

Adriana Díez-Gómez^{1,2}
Carla Sebastián Enesco^{2,3}
Alicia Pérez-Albéniz^{1,2}
Eduardo Fonseca Pedrero^{1,2}

Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve

¹ Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España

² Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA), España

³ Departamento de Investigación y Psicología en Educación, Universidad Complutense de Madrid, España

RESUMEN

Introducción. El suicidio es un problema sociosanitario en población juvenil a nivel mundial; sin embargo, no existen instrumentos de medida específicamente diseñados para su uso en adolescentes españoles. El principal objetivo de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas de un instrumento, denominado SENTIA-Breve, para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes españoles.

Metodología. Participaron 1790 estudiantes seleccionados mediante un muestreo estratificado por conglomerados. La media de edad fue de 15,70 años ($DT = 1,26$), siendo el 53,7 % chicas. Se utilizaron diferentes instrumentos que valoraban la conducta suicida y el ajuste socioemocional y conductual.

Resultados. Entre un 4 % y un 15 % de los adolescentes puntuaron afirmativamente en al menos un ítem de la escala. Las mujeres mostraron puntuaciones medias significativamente más altas que los varones. Se encontró una estructura esencialmente unidimensional. Ningún ítem mostró funcionamiento diferencial en función del género. La fiabilidad de las puntuaciones fue alta ($\omega = 0,97$). Las puntuaciones de SENTIA-Breve se asociaron positivamente con ideación suicida, síntomas de depresión, problemas de salud mental y experiencias psicóticas atenuadas.

Conclusiones. SENTIA-Breve parece ser un instrumento de medida breve, sencillo y con adecuadas propiedades psicométricas que permite la evaluación de la conducta suicida en jóvenes españoles. Además, SENTIA-Breve se puede utilizar como una herramienta de cribado, tanto en entornos

clínicos como educativos, para detectar a personas con riesgo suicida de cara a prevenir este problema y sus negativas consecuencias.

Palabras clave: adolescentes, conducta suicida, evaluación, prevención, SENTIA

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(1):24-34 | ISSN: 1578-2735

ABSTRACT

Suicidal behavior assessment in adolescents: Validation of the SENTIA-Brief scale

Introduction. Suicide is a socio-health problem in the youth population worldwide; however, there are no measuring instruments specifically designed for use in Spanish adolescents. The main goal of this work was to analyze the psychometric properties of a new measuring instrument, called SENTIA-Brief, for suicidal behavior assessment in Spanish adolescents.

Method. A total of 1790 students selected by sampling stratified by conglomerates participated in the survey. The average age was 15.70 years ($SD = 1.26$), 53.7% being girls. Different instruments to assess suicidal behavior and socio-emotional and behavioral adjustment were used.

Results. Between 4% and 15% of adolescents scored positively at least at one item of the SENTIA-Brief scale. Women showed significantly higher scores than men in the total score. An essentially one-dimensional structure was found. No items showed differential functioning by gender. The reliability was adequate ($\omega = .97$). SENTIA-Brief scores were positively associated with suicidal ideation, symptoms of depression, mental health problems, and psychotic-like experiences.

Correspondencia:

Eduardo Fonseca Pedrero
Universidad de La Rioja
Departamento de Ciencias de la Educación
C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives)
26004, Logroño, España
Tel.: (+34) 941 299 396
E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

Conclusions. SENTIA-Brief seems to be a simple and brief instrument with adequate psychometric properties that allows the assessment of suicidal behavior in young Spaniards. In addition, SENTIA-Brief can be used as a screening tool, both in clinical and educational settings, to detect individuals at risk for suicidal behavior in order to prevent this problem and its negative consequences associated.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, assessment, prevention, SENTIA

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un problema de salud pública, tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y sociosanitarias que conlleva asociadas¹. Por ejemplo, el suicidio consumado es la segunda causa de muerte entre adolescentes y jóvenes adultos a nivel mundial y se sitúa entre una de las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad^{2,3}. Por ello, una de las líneas prioritarias de acción es su prevención. En este sentido, las estrategias de prevención en el campo de la conducta suicida se pueden aplicar a nivel universal, selectivo e indicado^{1,4-6} (por ejemplo, contexto sanitario, medios de comunicación, control de acceso a armas), siendo una de las más relevantes la detección e identificación precoz de un posible caso y la posterior intervención temprana eficaz (si fuera necesaria). De hecho, estudios previos han demostrado la eficacia de los programas de identificación y detección temprana de conducta suicida en jóvenes^{5,7-9}. Para ello, se hace necesario disponer de herramientas para la evaluación de la conducta suicida, desarrolladas, validadas y baremadas para su uso en el contexto español, siguiendo los estándares científicos internacionales, que permitan tomar decisiones informadas.

El suicidio es un fenómeno complejo, multidimensional, multicausal y rodeado de estigma y tabú. Su abordaje, delimitación conceptual, etiología, evaluación, tratamiento y prevención es una difícil empresa que no tiene fácil solución^{6,10,11}, siendo así que aún en el siglo XXI muchas cuestiones continúan sin respuesta. Etimológicamente, el suicidio es el acto de provocarse a sí mismo la muerte de forma intencional. La conducta suicida, según su naturaleza, tiene diferentes manifestaciones. Dichas expresiones oscilan desde la ideación suicida (plan suicida, ideas de muerte, deseo de muerte e ideas de suicidio), pasando por la comunicación (amenaza suicida y expresión verbal y no verbal) hasta llegar al acto suicida (el propio suicidio, el intento suicida, el intento abortado por otros y las autolesiones)^{6,12,13}. Este fenómeno tiene múltiples caras (poliédrico) que no se limitan al suicidio consumado. En función de la expresión dentro de este *continuum*, el nivel de riesgo de suicidio

consumado para una persona concreta será, teóricamente, mayor o menor. Los modelos teóricos actuales consideran que las causas del suicidio se pueden encontrar en la compleja interacción dinámica que se establece entre factores biológicos, psicológicos, clínicos, medioambientales y socioculturales^{12,14}, que son experimentados por una persona determinada en función de una biografía y circunstancias concretas^{15,16}.

Las tasas de prevalencia de conducta suicida tanto a nivel internacional como nacional son elevadas, siendo especialmente preocupantes entre adolescentes y personas en la adultez temprana. Por ejemplo, en España, en 2017, se produjeron 3679 suicidios. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), 259 personas menores de 30 años se quitaron la vida en España, siendo la proporción de 73 % hombres (188 hombres y 71 mujeres). En un metaanálisis¹⁷ se encontró que en adolescentes, la prevalencia vital y la prevalencia 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 la prevalencia 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 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)¹⁸. 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 %^{19,20}.

En adolescentes, la conducta suicida se ha asociado con una amplia amalgama de factores de riesgo^{11,18,21,22}, si bien su capacidad pronóstica y predictiva es aún muy limitada²¹. En jóvenes, las variables que han sido asociadas con un incremento de suicidio consumado son²³, entre otras, la presencia de trastornos mentales o psicopatología (por ejemplo, trastorno afectivo), ideación suicida, tentativas previas, consumo de sustancias legales e ilegales, antecedentes familiares de intento de suicidio, de abusos sexuales o al absentismo escolar²³⁻²⁷. En el caso del suicidio consumado, uno de los factores de riesgo de mayor impacto es haber realizado tentativas previas de suicidio²³⁻²⁶. Además, los jóvenes que presentan conducta suicida en cualquiera de sus expresiones también refieren, entre otros, un mayor número de problemas emocionales y conductuales, mayor consumo de sustancias, más conductas de riesgo e impulsividad y peor autoestima, regulación emocional, rendimiento académico y calidad de vida^{20,28-31}.

En la literatura previa existe una amplia gama de instrumentos de medida que permiten la evaluación de la conducta suicida^{32,33}. Algunos de los más utilizados son la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS)³⁴ la escala

de ideación suicida de Beck³⁵ o la Escala Paykel de Suicidio³⁶; no obstante, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no se dispone en el contexto español de una herramienta de medición específicamente diseñada y validada para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. Con este fin, Díez-Gómez *et al.*³⁷ desarrollaron SENTIA: Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. Este instrumento está compuesto por 16 ítems en formato dicotómico sí/no. En su construcción y validación se utilizó una muestra de 1790 estudiantes seleccionados mediante un muestreo estratificado por conglomerados. Se siguieron los estándares internacionales en la construcción de test³⁸ y modelos teóricos validados¹⁴. Los resultados del análisis factorial exploratorio y confirmatorio sugirieron que la estructura dimensional que mejor explicaba las puntuaciones de SENTIA consistía en un modelo bifactor, concretado en un factor general de conducta suicida más tres factores específicos (ideación, comunicación y acto/planificación). Las puntuaciones de SENTIA mostraron adecuados niveles de fiabilidad. Además, ningún ítem de SENTIA mostró funcionamiento diferencial en función del género. Las puntuaciones de SENTIA también se asociaron positivamente con conducta suicida (evaluada con la escala Paykel), síntomas de depresión, problemas emocionales y comportamentales y experiencias psicóticas atenuadas³⁷.

Aunque SENTIA es un instrumento adecuado para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes españoles³⁷, la construcción de una versión abreviada puede ser interesante y necesaria, tanto desde el punto de vista clínico como investigador. Por un lado, una versión breve de SENTIA puede servir como herramienta de cribado cuya administración sea rápida, eficaz y no invasiva. Por otro lado, puede utilizarse en trabajos donde el objetivo de estudio no sea analizar directamente la conducta suicida, pero se necesite recabar información de este fenómeno.

Dentro de este contexto de investigación, el objetivo de este trabajo fue desarrollar y validar una escala breve para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes españoles, denominada SENTIA-Breve. De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos: a) obtener evidencias de la estructura interna; b) estimar la fiabilidad de las puntuaciones; c) analizar las tasas de prevalencia de conducta suicida; d) analizar el efecto del género y la edad en la conducta suicida; e) estudiar la relación de SENTIA-Breve con la versión extendida de 16 ítems de SENTIA, así como con otros indicadores de salud mental y ajuste socioemocional; y f) establecer los baremos correspondientes. Se espera que las puntuaciones de la herramienta desarrollada presenten adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y evidencias de validez.

METODOLOGÍA

Participantes

Con la finalidad de garantizar la representatividad de la muestra, se realizó durante el año 2019 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 estudiantes.

La muestra inicial estuvo compuesta por 1972 estudiantes, eliminándose aquellos participantes que presentaban una puntuación elevada en la escala de Oviedo de infrecuencia de respuesta³⁹ (más de dos puntos) ($n = 146$) o una edad mayor de 19 años ($n = 36$). De este modo, quedó un total de 1790 estudiantes, 816 varones (45,6 %), 961 mujeres (53,7 %) y 13 con diversidad en identidad de género (0,7%). El estudiantado pertenecía a 30 centros escolares y un total de 98 aulas. La media de edad fue de 15,70 años ($DT = 1,26$), oscilando entre los 14 y los 18 años.

La distribución de la nacionalidad de los participantes fue la siguiente: 89,4 % española, 2,5 % rumana, 1,9 % latinoamericana (Bolivia, Argentina, Colombia y Ecuador), 1,4 % marroquí, 0,8 % pakistani, 0,3 % portuguesa y 3,8 % de otras nacionalidades.

Instrumentos

SENTIA. Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes³⁷. La escala SENTIA es un autoinforme desarrollado para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. La versión extendida consta de 16 ítems en formato dicotómico (sí/no). SENTIA mide un factor general de conducta suicida y tres factores específicos (acto/planificación suicida, comunicación e ideación). Estudios previos indican que las puntuaciones de SENTIA presentan adecuadas propiedades psicométricas³⁷. Los ítems de la versión breve de SENTIA se recogen en el Anexo I y su interpretación en el Anexo II.

Escala Paykel de Suicidio (Paykel Suicide Scale, PSS)³⁶. Es una herramienta diseñada para la evaluación de la conducta suicida. Consta de un total de cinco ítems, con un sistema de respuesta dicotómico (sí/no) (puntuación 0-4).

ciones 1 y 0, respectivamente). Concretamente, valora pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación suicida (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 5. El marco temporal al que se refieren las preguntas es el último año. La PSS ha sido utilizada previamente en adolescentes españoles, mostrando sus puntuaciones una adecuada calidad psicométrica¹⁰.

Índice de Bienestar Personal-versión escolar (Personal Wellbeing Index-School Children, PWI-SC)^{40,41}. El PWI-SC fue desarrollado para evaluar el bienestar subjetivo en niños y adolescentes en edad escolar. El PWI-SC se compone de un total de ocho ítems donde las opciones de respuesta oscilan desde 0 (*muy descontento*) hasta 10 (*muy contento*). El primer ítem de la escala, utilizado en el presente trabajo, analiza cómo se siente el participante con su vida en general. El PWI-SC ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos con adolescentes españoles⁴².

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) versión autoinformada⁴³. El SDQ es un instrumento empleado para evaluar las dificultades conductuales y emocionales y las capacidades en el ámbito social. Está compuesto por 25 ítems de respuesta tipo Likert de tres opciones (0 = *no, nunca*, 1 = *a veces*, 2 = *sí, siempre*) que se agrupan en cinco subescalas (con cinco ítems cada una): Dificultades Emocionales, Problemas de Conducta, Hiperactividad, Problemas con Compañeros y Conducta Prosocial. Cuanto mayor puntuación, mayor grado de dificultades en comportamiento y emociones, a excepción de la subescala de Conducta Prosocial, donde una puntuación más alta se refiere a un mejor ajuste. Estudios previos indican que las puntuaciones del SDQ presentan un adecuado comportamiento psicométrico en adolescentes españoles^{44,45}.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale)⁴⁶. Este instrumento es una escala unidimensional que permite valorar la autoestima. Está compuesta por 10 ítems (por ejemplo, "En general estoy satisfecho conmigo mismo/a") que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = *totalmente en desacuerdo* y 4 = *totalmente de acuerdo*). En el presente trabajo, se ha utilizado la versión española que presenta adecuadas propiedades psicométricas⁴⁷.

Escala Reynolds Breve para Depresión Adolescente (Reynolds Adolescent Depression Scale Short Form, RADS-SF)⁴⁸. La RADS-SF es un autoinforme utilizado para la evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva (Anhedonia, Quejas somáticas, Autoevaluación negativa y Disforia) en adolescentes. Consta de un total de 10

ítems en formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones (1 = *casi nunca*; 4 = *casi siempre*). En este estudio se ha utilizado la versión RADS-SF adaptada y validada al español en adolescentes⁴⁹.

Cuestionario de Pródromos de Psicosis-Breve (Prodromal Questionnaire-Brief; PQ-B)⁵⁰. El PQ-B es un autoinforme compuesto por 21 ítems que valoran síntomas prodromáticos de psicosis de tipo positivo. Los ítems se encuentran formulados en formato dicotómico (verdadero/falso). Si el participante responde afirmativamente al ítem, tiene que indicar el grado de preocupación o malestar que le provoca dicha experiencia en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta (de 1 = *totalmente en desacuerdo* a 5 = *totalmente de acuerdo*). El PQ-B presenta propiedades psicométricas adecuadas en términos de fiabilidad, así como una estructura esencialmente unidimensional en muestras de adolescentes españoles⁵¹.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Modificada (INF-OV-M)³⁹. La INF-OV-M se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesto a los instrumentos de medida administrados. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo Likert de cinco categorías en función del grado de adherencia (1 = *completamente en desacuerdo* a 5 = *completamente de acuerdo*). Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de dos ítems de la INF-OV de forma incorrecta son eliminados del estudio.

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).

Con la finalidad de estandarizar el proceso de administración, a cada persona del equipo investigador se le entregó un protocolo y unas normas que debía llevar a cabo antes, durante y después de la administración de los instrumentos de medida. La administración de los cuestionarios se realizó por ordenador y de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes.

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. Se solicitó un consentimiento por parte de las familias que autorizase la participación del adolescente en la investigación.

Análisis de datos

Primero, una vez seleccionados los cinco ítems en función de criterios teóricos y psicométricos, se utilizó un procedimiento de validación cruzada, dividiendo al azar la muestra total en dos submuestras. En la primera ($n = 866$) se realizó un análisis factorial exploratorio y en la segunda ($n = 924$), un análisis factorial confirmatorio.

En el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de *Minimum Rank Factor Analysis*, la matriz de correlaciones tetracóricas y la implementación óptima del análisis paralelo. En el análisis factorial confirmatorio se sometió a prueba el modelo de un factor general. El método de estimación fue WLSMV (*weighted least squares mean and variance adjusted*). Se verificó el ajuste del modelo mediante los siguientes índices de bondad de ajuste: el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y su intervalo de confianza (IC) del 90 %, el *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR), el índice comparativo (CFI) y el índice de Tucker Lewis (TLI). Para que haya un buen ajuste de los datos al modelo teórico sometido a prueba, los valores de CFI y TLI deben estar por encima de 0,95, mientras que los valores de RMSEA deben ser inferiores a 0,08, para un ajuste razonable, y menores a 0,05, para un buen ajuste⁵².

Como evidencia de estructura interna también se analizó el Funcionamiento Diferencial de los ítems (FDI) en función del género. El FDI es una de las principales amenazas contra la validez de las puntuaciones de los participantes en los instrumentos de medida⁵³. En este trabajo, se empleó el test Mantel-Haenszel (GMH)⁵⁴. El nivel de significación estadística fue $p < 0,01$ y se ajustó para comparaciones múltiples con el procedimiento de Holm y Benjamini-Hochberg. Para el análisis se utilizó el paquete *DifR*.

En segundo lugar, se estimó la fiabilidad de las puntuaciones mediante el coeficiente Omega. También se estimó la función de información del test bajo la óptica de la Teoría de Respuesta a los Ítems⁵⁵.

En tercer lugar, se procedió al estudio de los estadísticos descriptivos. También se llevó a cabo un MANOVA, con el objetivo de analizar las posibles diferencias en función del género y edad de los participantes en la versión abreviada de SENTIA. Para ello, se introdujeron como factores intersujetos el género y la edad y, como variable dependiente, la puntuación total de SENTIA-Breve. Se utilizó el valor *Lambda de Wilks* para observar si existían diferencias significativas entre todas las variables dependientes tomadas en conjunto. Como índice de tamaño del efecto se empleó el estadístico eta cuadrado parcial (η^2 *parcial*).

En cuarto lugar, para obtener evidencias de validez se examinó, mediante cómputo, la matriz de correlaciones de Pearson, la relación entre la versión corta y la versión extendida –de 16 ítems– de SENTIA, así como con variables externas de ajuste emocional y conductual. Finalmente, se computaron los baremos tipo percentil en función del género.

Para el análisis de datos se utilizaron los programas SPSS 24⁵⁶, FACTOR⁵⁷ y R⁵⁸.

RESULTADOS

Selección de ítems

Para la construcción de la versión abreviada de SENTIA se seleccionaron cinco ítems de la versión de SENTIA de 16 ítems (1, 3, 10, 12 y 16) que cumplieran la siguiente conjunción de criterios empíricos y sustantivos:

1. Todas las facetas de la conducta suicida, de acuerdo al modelo propuesto en la fundamentación teórica, debían estar representadas (deseo [ítem 1], ideación [ítem 2], planificación [ítem 3], comunicación [ítem 4] y conducta [ítem 5]).
2. De los tres factores específicos, y dada la no representación homogénea en cuanto a su número de ítems, se seleccionaron dos ítems de los factores acto/planificación (ítems 3 y 5) e ideación/desesperanza (ítems 1 y 2) y un ítem del factor comunicación (ítem 4).
3. Ítems que presentaron mayor carga factorial tanto en los factores específicos como en el factor general (Tabla 2).
4. Ítems que presentaron desde la óptica de la TRI, una mayor función de información en niveles altos del rasgo latente.

Evidencias de estructura de validez interna

Análisis factorial exploratorio

La medida de adecuación muestral fue 7162,4 ($p < 0,001$) y el Kaiser-Meyer Olkin (KMO) de 0,91. El primer factor con un valor propio de 4,55 explicó el 90,1% de la varianza total. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,30. Los resultados se presentan en la Tabla 1. El análisis paralelo aconsejó la extracción de un único factor. Los resultados parecen sugerir que la estructura factorial que subyace a las puntuaciones de SENTIA-Breve es esencialmente unidimensional.

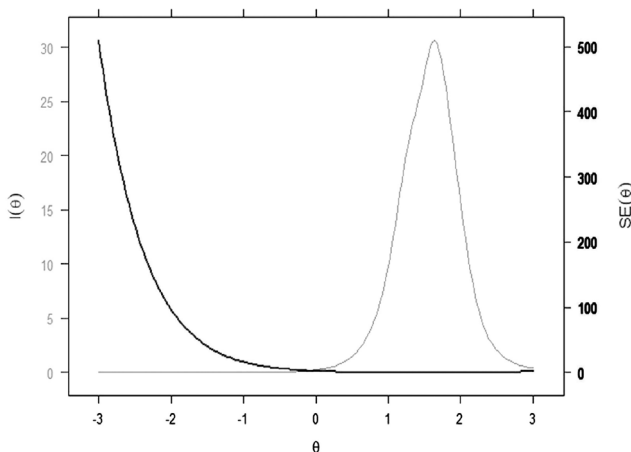
Análisis factorial confirmatorio

El modelo unidimensional sometido a prueba mostró adecuados índices de bondad de ajuste ($\chi^2 = 8,715$, g.l.= 5, $p = 0,12$, RMSEA = 0,028, IC 90 % [0-0,059], WRMR = 0,043, CFI = 0,99; TLI = 0,99). Todas las cargas factoriales completamente estandarizadas estimadas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$) (véase Tabla 1).

Tabla 1		
Cargas factoriales estimadas del análisis factorial exploratorio (primera submuestra) y del análisis factorial confirmatorio (segunda submuestra) en los ítems de la versión abreviada de SENTIA		
	Análisis factorial exploratorio	Análisis factorial confirmatorio
Ítem	FI	FI
1	0,856	0,860
2	0,978	0,984
3	0,989	0,953
4	0,905	0,964
5	0,924	0,922

Funcionamiento diferencial de los ítems en función del género

Ningún ítem de la versión breve de SENTIA presentó funcionamiento diferencial en función del género de los participantes.



Línea gruesa= error estándar (SE); Línea clara: función de información

Figura 1

Función de información de la escala SENTIA-Breve

Estimación de la fiabilidad y precisión de las puntuaciones

El valor del coeficiente omega para la puntuación total de la versión breve de SENTIA fue de 0,97. Todos los índices de discriminación fueron superiores a 0,30 (véase Tabla 2). La precisión de las puntuaciones también se estimó desde la óptica de la TRI. Se utilizó el modelo de dos parámetros para datos dicotómicos. En la Figura 1, se presenta la Función de Información de SENTIA-Breve. Como se puede observar, el mayor grado de precisión a la hora de estimar la conducta suicida en esta muestra fue en los valores que oscilaron entre 1 y 2 del rasgo latente.

Estadísticos descriptivos y comparaciones de medias en función del género y la edad

En la Tabla 2 se recogen los estadísticos de los ítems de SENTIA-Breve (media, desviación típica, asimetría y curtosis) en la muestra total de participantes. Por ejemplo, un 15 % de la muestra respondió afirmativamente a la cuestión: "¿Has deseado estar muerto?".

Tabla 2		Estadísticos descriptivos de los ítems de la versión breve de SENTIA			
ítem	Media	DT	Asimetría	Curtosis	Índice de discriminación
1	0,05	0,22	4,17	15,44	0,56
2	0,05	0,23	3,92	13,36	0,74
3	0,04	0,18	5,05	23,52	0,63
4	0,10	0,30	2,62	4,86	0,74
5	0,15	0,36	1,94	1,75	0,63

El valor λ de Wilks reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas para el factor género (λ Wilks = 0,98, $F = 9,49$, $p < 0,01$, η^2 parcial = 0,011) en la puntuación total de SENTIA-Breve. El ANOVA posterior corroboró dichas diferencias [$M_{\text{hombre}} = 0,26$; $Dt_{\text{hombre}} = 0,84$; $M_{\text{mujer}} = 0,49$; $Dt_{\text{mujer}} = 1,14$; $F_{(1,1767)} = 18,84$, $p < 0,01$, η^2 parcial = 0,011], indicando que las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas que los varones. Ni el efecto principal de la edad (λ Wilks = 0,995; $F = 1,217$; $p > 0,05$; η^2 parcial = 0,003), ni su interacción con el género (λ Wilks = 0,004; $F = 0,939$; $p > 0,05$; η^2 parcial = 0,002), fueron estadísticamente significativos.

Evidencias de relación con variables externas

El grado de convergencia entre las dos versiones de SENTIA (extendida y abreviada) fue alto. Los resultados se recogen en la Tabla 3. Se analizó asimismo la relación de SENTIA-Breve con otros indicadores de ajuste socioemocional con la finalidad de obtener evidencias de validez. Los resultados se presentan en la Tabla 4. Las puntuaciones de SENTIA-Breve correlacionaron de forma estadísticamente significativa y positiva con las puntuaciones de

	Conducta Suicida	Ideación Suicida	Intención Suicida	SENTIA Total
Ideación Suicida	0,657**			
Intención Suicida	0,540**	0,532**		
SENTIA Total	0,853**	0,934**	0,708**	
SENTIA-Breve	0,825**	0,874**	0,665**	0,946**

** $p < 0,01$

Variables	SENTIA-Breve
Bienestar emocional subjetivo	-0,458**
Autoestima	-0,475**
Problemas emocionales	0,373**
Problemas conductuales	0,214**
Problemas compañeros	0,357**
Hiperactividad	0,158**
Comportamiento prosocial	-0,074**
Síntomas depresivos	0,570**
Conducta suicida (Escala Paykel)	0,768**
Experiencias psicóticas atenuadas	0,359**

** $p < 0,01$

conducta suicida (escala Paykel), síntomas de depresión (RADS-B), problemas emocionales y comportamentales (SDQ) y experiencias psicóticas atenuadas (PQ-B). Por su parte, se relacionaron de forma negativa con las puntuaciones de bienestar emocional subjetivo (PWI-SC), autoestima (escala de Rosenberg) y conducta prosocial (SDQ).

Baremación

Para la elaboración de los baremos de SENTIA-Breve se ha tenido en cuenta las diferencias estadísticamente significativas encontradas en función del género. En la Tabla 5 se presenta la baremación en percentiles para mujeres y hombres.

Centil	Puntuación directa Mujeres	Puntuación directa Hombres	Centil
1	-		1
50	-		50
70	-		70
75	-		75
80	1		80
85	1		85
90	2	1	90
93	3	1	93
95	4	2	95
96	4	2	96
97	4	3	97
98	5	4	98
99	5	5	99
<i>N</i>	961	816	<i>N</i>
Media	0,49	0,26	Media
<i>DT</i>	1,15	0,84	<i>DT</i>
Etm	0,04	0,03	Etm

CONCLUSIONES

Hasta el momento, no se había desarrollado y validado un instrumento de medida específico y breve para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes españoles. Por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo fue confec-

cionar y validar una herramienta de cribado, denominada SENTIA-Breve, para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes españoles. Los resultados parecen indicar que las puntuaciones de SENTIA-Breve presentan un adecuado comportamiento psicométrico que permite tomar decisiones fundamentadas. La existencia de un instrumento específico validado en una muestra representativa de adolescentes, siguiendo los estándares internacionales en la construcción de test, puede ayudar a avanzar en la comprensión y análisis de este fenómeno, así como en su evaluación, prevención y abordaje.

La construcción y validación de un nuevo instrumento queda justificado tanto por la elevada prevalencia de la conducta suicida (no solo referida al suicidio consumado), como por el impacto a nivel personal, escolar, familiar y sociosanitario que ocasiona (tanto en la sociedad presente como futura). No cabe duda de que se hace necesario implementar medidas y estrategias que prevengan, eviten o mitiguen este problema de gran calado social. Por lo tanto, la situación actual demanda, entre otras actuaciones, la necesidad de implementar medidas de prevención referidas a la detección e identificación fiable y precoz de cara a una intervención preventiva temprana eficaz. Para ello, es necesario disponer de instrumentos de medición específicamente diseñados para población adolescente que permitan actuar frente a esta problemática de forma precisa, rápida y eficiente.

Los resultados a nivel de prevalencia indicaron que las tasas encontradas de conducta suicida en este estudio fueron similares a las halladas en trabajos previos. En un metaanálisis se encontró que en adolescentes la prevalencia vital y la prevalencia anual de intento de suicidio fue del 6 y del 4,5 %, respectivamente¹⁷. Por su parte, la prevalencia vital y la prevalencia anual de ideación suicida fue del 18 % y del 14,2 %, respectivamente. En estudios previos realizados en adolescentes españoles se ha encontrado que la prevalencia de conducta suicida grave era aproximadamente del 4 %²⁰. Estos resultados apuntan a que la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes es elevada, que depende de sus diferentes manifestaciones (ideas, comunicación, acto) y de otros factores (edad, género, etc.), y no se circunscribe únicamente al suicidio consumado.

Las puntuaciones de SENTIA-Breve presentaron un adecuado comportamiento psicométrico. Primero, los resultados derivados del análisis de la estructura interna indicaron la existencia de un factor general de conducta suicida. Dado el reducido número de ítems, y aunque se incluyeron todas las expresiones de la conducta suicida de cara a garantizar la validez de contenido, es totalmente plausible encontrar una estructura esencialmente unidimensional. Estudios previos, utilizando la escala Paykel de suicidio en adolescentes,

han llegado a resultados similares¹⁰. Sea como fuere, y como es sabido, la estructura dimensional encontrada depende de diferentes variables como, por ejemplo, la naturaleza de la muestra, el tipo y número de preguntas (ítems), o el criterio psicométrico utilizado en la extracción de factores. Asimismo, y aunque se haya encontrado un único factor, la escala SENTIA-Breve trató de recoger todas las manifestaciones de la conducta suicida, de acuerdo a modelos teóricos propuestos por autores previos¹²⁻¹⁴.

La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de SENTIA-Breve arrojó valores superiores a 0,90. Además, desde la TRI, la función de información del test mostró que se estimaba con mayor precisión las puntuaciones elevadas del rasgo latente. Este resultado es interesante desde un punto de vista aplicado, pues la escala SENTIA-Breve ha sido desarrollada para que sirva de cribado, esto es, para detectar a participantes que presentan cierto riesgo y, por lo tanto, es en esta parte de la función de información donde se debería medir con menor error el rasgo latente. Más aún, ningún ítem de SENTIA presentó funcionamiento diferencial en función del género. Esto permitió garantizar la equidad en el proceso de medición de SENTIA. Los baremos de SENTIA-Breve desarrollados a partir de una muestra representativa de la población adolescente, seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado, permiten la comparación de las puntuaciones con ciertas garantías.

También se obtuvieron evidencias de validez con variables externas. Primero, las dos versiones de SENTIA presentaron un coeficiente de correlación cercano a la unidad, indicativo de que, en este estudio concreto, se perdería poca información, al menos en términos psicométricos, utilizando la versión abreviada de SENTIA. Segundo, las puntuaciones de SENTIA-Breve correlacionaron de forma positiva con otras medidas que valoraban la conducta suicida, como la escala Paykel, así como con síntomas de depresión, dificultades emocionales y conductuales o experiencias psicóticas atenuadas (un indicador de riesgo de psicosis). Al mismo tiempo, las puntuaciones de SENTIA-Breve se asociaron de forma negativa con bienestar emocional, autoestima y comportamiento prosocial. Estos resultados son congruentes con trabajos previos donde los jóvenes que presentan cualquiera de las manifestaciones de la conducta suicida (por ejemplo, ideación, comunicación, gesto) refieren, entre otros, un mayor número de problemas emocionales y conductuales, mayor consumo de sustancias, más conductas de riesgo e impulsividad y peor calidad de vida, autoestima y regulación emocional^{22,28,29,31}. Además, estos resultados aportan evidencias de validez de relación con otras variables externas de SENTIA-Breve, a partir de la cual se pueden dibujar inferencias con mayores garantías de cara a la toma de decisiones, así como construir redes nomológicas.

SENTIA-Breve permite analizar la conducta suicida en adolescentes españoles de cara a obtener información que permita comprender a la persona, detectar e identificar un posible caso de riesgo (por ejemplo, con la finalidad de realizar una evaluación psicológica más exhaustiva) y poder tomar decisiones de cara a una posible intervención profiláctica o mejorar la gestión de recursos sociosanitarios. La versión breve de SENTIA se puede utilizar tanto en el campo clínico como investigador, así como en contextos educativos, sanitarios o sociales, por mencionar algunos. SENTIA-breve se debe utilizar como instrumento de *screening* de conducta suicida en adolescentes. La puntuación de SENTIA-Breve se debe situar siempre en relación e interacción con otros factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, considerando a la persona y su biografía dentro de un modelo biopsicosocial. Además, tanto SENTIA como SENTIA-Breve se deben utilizar siempre en combinación con otros procedimientos y herramientas, como pudieran ser entrevistas, escalas de observación, etc., que favorezcan o ayuden a la toma de decisiones. En el campo de la conducta suicida, el juicio clínico es una variable nuclear, por lo que SENTIA-Breve viene a complementar la labor del profesional de la psicología.

En suma, SENTIA-Breve se presenta como herramienta de evaluación sencilla, breve, útil y con adecuadas propiedades psicométricas que cubre una limitación en el campo de la evaluación psicológica española, concretamente, en la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. Además, el suicidio juvenil se da con una alta prevalencia y de manera cada vez más frecuente en todo el mundo, por ello es necesario eliminar los mitos y tabúes que lo han rodeado históricamente con el fin de conseguir un tratamiento adecuado y disminuir así el número de casos. Futuros estudios deberán seguir analizando la escala SENTIA-Breve en otras muestras y sectores de la población, examinar su relación considerando múltiples niveles de análisis (por ejemplo, genético, cerebral, neurocognitivo, psicológicos, social) o su implementación mediante procedimientos de evaluación ambulatoria.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por la Convocatoria 2015 de *Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales*, por las *Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017* y al *Instituto de Estudios Riojanos (IER)* cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. OMS. Prevención del suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. *Organ Mund la Salud*. 2014;4. doi:10.1002/9780470774120
2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;18(377):2093-2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
3. Catalá-López F, Gènova-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(2):80-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.07.002
4. Gvion Y, Apter A. Evidence-Based Prevention and Treatment of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. En: *The International Handbook of Suicide Prevention (Second Edition)*. 2016:301-322. doi:10.1002/9781118903223.ch17
5. Jiménez-Sola, E, Martínez-Alés G, Román-Mazuecos, E, Sánchez-Castro P, de Dios-Perrino, C, Rodríguez-Vega B, Bravo-Ortiz M. Implementation of a suicide risk prevention program in the Autonomous Community of Madrid. The ARSUIC experience. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019;47:229-235.
6. O'Connor R, Pirkis J. *The International Handbook of Suicide Prevention (Second Edition)*. Hoboken: Wiley; 2016.
7. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(2), 97-107. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009
8. Fonseca-Pedrero E, Díez A, Pérez A, Inchausti F, Sebastián-Enesco C, Pérez M. Prevención del suicidio en los centros educativos. En: Lucas-Molina B, Giménez-Dasi M, eds. *Promoción de La Salud a Través de Programas de Intervención En Contexto Educativo*. Madrid: Pirámide. 2019:157-184.
9. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9977):1536-1544. doi:10.1016/S0140-6736(14)61213-7
10. Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del psicólogo*. 2020. doi:10.23923/pap.psicol2020.2928
11. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Prim*. 2019;5:74. doi:10.1038/s41572-019-0121-0
12. Anseán A. *Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de La Conducta Suicida*. Madrid: Fundación Salud Mental; 2014.

13. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2018;48(3):353-366. doi:10.1111/sltb.12354
14. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice.* UK:John Wiley & Sons, Ltd.; 2011.
15. Pérez-Álvarez M. Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo.* 2018;39:161-173. doi: 10.23923/pap.psicol2018.2875
16. García-Haro J, García-Pascual H, González González M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2018; 38(134), 381-400. doi:10.4321/S0211-57352018000200003
17. Lim K, Wong C, McIntyre R, et al. 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. *Int J Env Res Public Heal.* 2019;16(22). doi: 10.3390/ijerph16224581.
18. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019; 64(2), 265-283. doi:10.1007/s00038-018-1196-1
19. Bousoño M, Al-Halabí S, Burón P, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones.* 2017;29:97-104. doi:10.20882/adicciones.811
20. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, et al. Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017; 11(2), 76-85. doi:10.1016/j.rpsm.2017.07.004
21. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232. doi:10.1037/bul0000084
22. Cha CB, Franz PJ, Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018;59(4):460-482. doi:10.1111/jcpp.12831
23. Castellvi-Obiols P, Piqueras JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Rev Estud Juv.* 2018;121:45-59.
24. Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernández A, Elorza-Pardo R. Repeated suicide attempts: a follow-up study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47(4):127-12736.
25. Geoffroy MC, Orri M, Girard A, Perret LC, Turecki G. Trajectories of suicide attempts from early adolescence to emerging adulthood: Prospective 11-year follow-up of a Canadian cohort. *Psychol Med.* 2020; 1-11. doi:10.1017/S0033291720000732
26. Goñi-Sarriés A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López-Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema.* 2018; 30(1), 33-38. doi:10.7334/psicothema2016.318
27. Picazo-Zappino J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014; 42(3):125-132
28. Soto-Sanz V, Piqueras JA, Rodríguez-Marín J, et al. Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema.* 2019; 31(3); 246-254. doi:10.7334/psicothema2018.339
29. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016;387(10024):1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
30. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012;379(9834):2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
31. Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry.* 2019; 6(4), 327-337. doi:10.1016/S2215-0366(19)30030-6
32. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess.* 2015;27(2):501-512. doi:10.1037/pas0000053
33. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180292. doi:10.1371/journal.pone.0180292
34. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011; 168(12), 1266-1277. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
35. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47:343-352. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343
36. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry.* 1974;124(0):460-469. doi:10.1192/bjp.124.5.460
37. Díez-Gómez A, Pérez de Albéniz A, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. SENTIA: An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. *Psicothema.* 2020; 32(3), 382-389. doi: 10.7334/psicothema2020.27
38. Muñiz J, Fonseca-Pedrero E. Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema.* 2019;31:7-16. doi:10.7334/psicothema2018.291
39. Fonseca-Pedrero E, Paino-Piñeiro M, Lemos-Giráldez S, Villazón-García U, Muñiz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophr Res.* 2009;111(1-3):53-60. doi:10.1016/j.schres.2009.03.006

40. Cummins RA, Lau ADL. *Personal Wellbeing Index-School Children (PWI-SC) (3rd Ed.)*. Melbourne: Deakin University; 2005.
41. 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(3):1013-1031. doi:10.1007/s11205-011-9970-y
42. Fonseca-Pedrero E. *Bienestar emocional en adolescentes riojanos*. La Rioja: Universidad de La Rioja; 2017.
43. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
44. 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(1):14-26.
45. Sánchez-García MA, Pérez de Albéniz A, Paino M, Fonseca-Pedrero E. Emotional and behavioral adjustment in a spanish sample of adolescents. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46:205-216.
46. Rosenberg M. *Society and Adolescent Self-Image*. Princeton: University press; 1965.
47. Oliva A, Suárez LA, Pertegal MÁ, et al. *Instrumentos Para La Evaluación de La Salud Mental y El Desarrollo Positivo Adolescente y Los Activos Que Lo Promueven*. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Educación; 2011.
48. Reynolds WM. *Reynolds Adolescent Depression Scale - 2nd Edition. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.; 2002.
49. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, Inchausti F, et al. Screening for depressive symptoms in adolescents at school: New validity evidences on the short form of the reynolds depression scale. *PLoS One*. 2017;12(2). doi:10.1371/journal.pone.0170950
50. Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, Bearden CE, Cannon TD. Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire--brief version (PQ-B). *Schizophr Res*. 2011;129:42-46. doi: 10.1016/j.schres.2011.03.029.
51. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Albéniz A, Ortuño-Sierra J. Validation of the Prodromal Questionnaire-Brief in a representative sample of adolescents: Internal structure, norms, reliability, and links with psychopathology. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2018; 27(4), e1740. doi:10.1002/mpr.1740
52. 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. doi:10.1080/10705519909540118
53. Gómez-Benito J, Sireci S, Padilla J-L, Dolores Hidalgo M, Benítez I. Differential item functioning: Beyond validity evidence based on internal structure. *Psicothema*. 2018;30(1). doi:10.7334/psicothema2017.183
54. Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst*. 1959;22:719-748. doi:10.1093/jnci/22.4.719
55. Muñiz J. *Introducción a la Psicometría*. Madrid: Pirámide; 2018.
56. IBM SPSS Advanced Statistics 24. *IBM*; 2016. doi:10.1080/02331889108802322
57. Ferrando PJ, Lorenzo-seva U. Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017;29(2):236-240. doi:10.7334/psicothema2016.304
58. R Development Core Team. *Introducción a R*. 16/05/00.

Anexo 1	Escala SENTIA-Breve	
A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, responde de forma sincera atendiendo a tu forma de pensar y sentir en los últimos 6 meses. Muchas gracias por tu colaboración.		
1. ¿Has deseado estar muerto?	Sí	No
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	Sí	No
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	Sí	No
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	Sí	No
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Anexo 2	Interpretación
Puntuación total: suma de los ítems con respuesta afirmativa (sí = 1; no = 0).	
Una mayor puntuación indica mayor gravedad o mayor riesgo de suicidio.	
Acto/Planificación: ítems 5 y 3.	
Comunicación: ítem 4.	
Ideación: ítems 1 y 2.	