

Diseño y análisis psicométrico de una escala para evaluar riesgo suicida en adolescentes y jóvenes argentinos

Aixa Galarza¹, Mercedes Fernández-Liporace^{2,3}, Claudia Castañeiras¹ y Agustín Freiberg-Hoffmann^{2,3}

¹ Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos aires, Argentina

² CONICET, Buenos aires, Argentina

³ Universidad de Buenos Aires, Buenos aires, Argentina

Design and psychometric analysis of a suicide risk scale for Argentinean adolescents and young people

Abstract: Suicidal behavior in adolescents and youth has become a public health issue which requires improving the available scales in order to enable the early detection of risk cases. Therefore, for this purpose, this study presents the design and psychometric analysis of the Argentinean Scale of Suicidality for Adolescents (EASA-I by its Spanish acronym) Screening. It measures a specific dimension of suicidal ideation and five risk factors: low self-esteem, negative perspective of the future, low emotion regulation, difficulties in problem-solving and lack of social support. This study was aimed at analyzing content construct and face validity, as well as convergent and discriminant validity evidence with external measures. Internal consistency of the scores was also examined. The sample was composed of 291 adolescents and young adults. Results suggest that the EASA-I constitutes a short and simple scale with adequate psychometric properties suitable to be used in different areas of application and research.

Keywords: adolescents; youth; suicide risk; multidimensional assessment; screening.

Resumen: Los comportamientos suicidas en la adolescencia y la juventud constituyen un problema de salud pública que exige mejorar las herramientas de evaluación disponibles, de cara a detectar precozmente casos en riesgo. Se presenta el diseño y análisis psicométrico de la *Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes EASA-I Screening*. Su objetivo reside en la medición de una dimensión específica, i.e., la ideación suicida, más cinco factores de riesgo: baja autoestima, perspectiva negativa del futuro, baja regulación emocional, dificultades para la resolución de problemas y falta de apoyo social. Basándonos en una muestra de 291 adolescentes y jóvenes, se analizaron evidencias de validez de contenido, aparente y de constructo, así como de validez convergente y discriminante con medidas externas. Se examinó, además, la consistencia interna de las puntuaciones obtenidas. Los resultados indican que la EASA-I posee adecuadas propiedades técnicas para su uso en población local en diferentes ámbitos de aplicación e investigación.

Palabras clave: adolescentes; jóvenes; riesgo suicida; evaluación multidimensional; screening.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) el suicidio se ha convertido en un acuciante problema

de salud pública. La franja etaria que mayor preocupación ofrece es la de jóvenes entre 15 y 29 años, puesto que en todo el mundo el suicidio es la segunda o tercera causa de decesos en este sector poblacional, inclu-

Correspondencia: Aixà Galarza, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Funes 3250, edificio 5º, Mar del Plata (CP 7600), BsAs, Argentina. Correo-e: aixà_galarza@live.com.ar

Agradecimientos/financiación: La investigación fue financiada a través de la beca doctoral otorgada a Aixà Galarza por el CONICET. Contó con el aval del Programa de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

yendo a la Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Desde sus inicios, la meta fundamental de la investigación y la clínica suicidológica ha sido lograr una estimación lo más precisa posible del riesgo suicida, de cara a la detección de los casos que potencialmente podrían pasar al acto, con el objetivo ulterior de intervenir y prevenir (Shneidman y Farberow, 1957). Se entiende por *riesgo de suicidio* la propensión que exhibe una persona en un momento dado para desarrollar ideaciones suicidas y/o cometer un intento de suicidio. Según Klonsky y May (2014), resulta útil distinguir dos niveles de evaluación. En el primero (*screening*) se indaga la presencia de ideaciones suicidas, que indican cierta probabilidad de que la persona se encuentre en alguna fase del proceso suicida, aunque también se analizan factores de riesgo/protectores. Entonces, en este nivel el riesgo suicida se establece en términos de probabilidad con verificación *a posteriori*. El segundo nivel (diagnóstico) se focaliza en determinar la presencia de indicadores de riesgo inminente al estimar la intencionalidad del acto suicida. Para ello es necesario explorar en profundidad una serie de dimensiones suicidogénicas específicas, tales como plan suicida, antecedentes de intento previo de la persona y de su familia, más comportamientos asociados a la capacidad adquirida para suicidarse, p.ej., autolesiones no suicidas (p.ej., American Psychiatric Association APA, 2003; Nock et al., 2008; Posner, 2016).

Las pruebas de *screening* apuntan al cribado de casos en posible riesgo, por lo que se caracterizan por ser breves, sencillas, con alta sensibilidad y baja especificidad, lo que resulta de particular importancia en la medición de variables clínicas (Runeson et al., 2017). Se recurre al artificio de aumentar la sensibilidad o umbral mínimo de la puntuación de corte a partir de una escasa cantidad de indicadores. Ello permite una evaluación que activa la detección de riesgo y facilita, por ende, la identificación excesiva de falsos positivos, minimizando el peligro de generar negativos falsos y, por ende, de perder de vista casos en riesgo real. Debido a estas características, el *screening* ofrece una interpretación preliminar y poco detallada de la disfuncionalidad, que deberá profundizarse en una fase posterior, para adentrarse en la identificación del tipo y severidad de la supuesta disfunción, o en el descarte de esa hipótesis (Fernández-Liporace, 2015).

Las escalas de *screening* que miden riesgo suicida suelen incluir una dimensión específica del fenómeno —en general ideaciones suicidas— y factores asociados; tal es el caso de la dimensión desesperanza. Por su brevedad y sencillez, resultan útiles en procedimientos de rastillaje en muestras numerosas para investigaciones

comunitarias o escolares. Sin embargo, según la APA (2003), también pueden emplearse en el contexto clínico individual, tanto en evaluaciones psicológicas de admisión para psicoterapia, o en casos de sospecha de conductas de riesgo suicida y/o de autolesiones no suicidas. En este sentido, Nock et al. (2008) y Posner (2016) sugieren que, en la práctica psicoterapéutica, debe evaluarse mediante estos *screenings* a todo consultante y no solo a quienes explícitamente manifiesten ideas o refieran intentos concretos.

En Estados Unidos y Europa existe gran cantidad de instrumentos disponibles (p.ej., Nock et al., 2008; Runeson et al., 2017). En Latinoamérica son menos las herramientas psicométricas que cuentan con los debidos procesos de adaptación a población adolescente según los estándares de la International Test Commission (ITC, 2017). Sin embargo, en los últimos años se observa en la región un aumento de los estudios psicométricos no solo de adaptación, sino de construcción de nuevas escalas. Algunos ejemplos son el Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes IRIS, desarrollado en México por Hernández-Cervantes y Lucio (2003), la Escala Riesgo Suicida construida en Chile (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2011), y la Escala para la Evaluación del Riesgo Suicida ERS para adolescentes, diseñada en Colombia (Bahamón y Alarcón-Vázquez, 2017). También merecen mencionarse los trabajos realizados en población estudiantil adolescente y joven colombiana, que analizaron evidencias de validez y fiabilidad para el Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 (Paniagua-Suárez et al., 2016), y para el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio SRI-25 (Villalobos-Galvis et al., 2012), entre otros.

En Argentina, los instrumentos más utilizados son el Inventario ISO-30 (King y Kowalchuk, 1994), las escalas Beck (p.ej. Beck y Steer, 1991; Beck et al., 1974), la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik et al., 1989), el Inventario RFL para adultos (Linehan et al., 1983), y la Escala de Multiactitudes ante la Tendencia Suicida MAST (Orbach et al., 1991). Sin embargo, a la fecha solamente se han publicado algunas evidencias de validez y fiabilidad para adaptaciones de la escala MAST (Casullo et al., 2006), la Escala de Desesperanza de Beck (Mikulic, 1998), y el Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida CCCS-18 (Desuque et al., 2011). El instrumento que más atención local ha recibido es el ISO-30, adaptado por Casullo en 1997 y posteriormente analizado por Fernández-Liporace y Casullo (2006). Un estudio psicométrico reciente propone una versión reducida (Galarza et al., 2019). Esta es la única escala especialmente adaptada para adolescentes y jóvenes locales, útil para el *screening* de riesgo de suicidio en nuestro país.

En este marco, es urgente generar herramientas de evaluación sencillas y breves que mejoren la detección y la estimación del riesgo suicida en este grupo. Para ello, se trabajó en el desarrollo de un instrumento psicométrico integral denominado *Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes* (EASA), que se compone de dos fases. La primera es una escala de *screening* autoadministrable para evaluar ideaciones suicidas y factores de riesgo asociados a la suicidalidad (EASA-I). Su objetivo es detectar casos en riesgo que, presuntivamente, atraviesan alguna fase del proceso suicida. La segunda es una escala complementaria de diagnóstico que estima la intencionalidad del acto suicida (EASA-II), aplicable en aquellos casos que alcancen puntuaciones de riesgo en la fase de cribado. Su finalidad reside en brindar precisión y especificidad diagnósticas sobre el tipo y grado de riesgo, así como descartar falsos positivos. Hasta donde se tiene registro, ninguno de los instrumentos disponibles en el escenario internacional incluye ambas posibilidades.

Los objetivos del presente estudio fueron: 1) Diseñar una escala de *screening* para evaluar el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes; 2) analizar evidencias de validez de contenido a través de un juicio experto y de validez aparente a partir de un estudio piloto; 3) estudiar evidencias de la capacidad discriminativa de los ítems; 4) examinar evidencias de validez de constructo mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios; 5) estudiar evidencias de fiabilidad en cuanto a consistencia interna; y 6) analizar evidencias de validez empírica convergente y discriminante con medidas externas.

Método

Participantes

El juicio experto fue llevado a cabo por dos especialistas en suicidología y adolescencia, y tres en psicometría. El estudio se basó en 20 adolescentes y jóvenes con edades entre 16 y 20 años ($M = 17.80$; $DT = 1.23$; 60% mujeres). Para la tipificación se utilizaron 291 participantes con un rango de edad entre 15 y 21 años ($M = 18.12$; $DT = 2.23$; 68.4% mujeres). El 29.2% se encontraba cursando el nivel de Secundaria Superior y el 71.8%, el primer año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

Procedimiento

Se realizó un estudio instrumental de tipo psicométrico correlacional, en el marco de la teoría clásica de los

tests. Se propuso un diseño no experimental, transversal y de grupos contrastados.

Para el diseño de la escala se utilizó una estrategia racional-empírico-clínica. Se analizaron los hallazgos de investigación más recientes sobre el tema, se revisaron los protocolos de intervención y manuales de tratamiento de autores representativos, y se mantuvieron entrevistas en profundidad con tres expertos en suicidología que actuaron en calidad de informantes clave respecto de la importancia de ciertas variables en la estimación del potencial suicida en adolescentes y jóvenes en el contexto clínico. Así, se seleccionaron seis dimensiones que cumplieron los siguientes criterios: a) hallarse vinculadas a modelos robustos, b) resultar de evidencia empírica debidamente documentada y, c) poseer relevancia clínica para la evaluación del riesgo de suicidio (p.ej., Anestis et al., 2011; Chu et al., 2017; Nock et al., 2008; Opperman et al., 2015). Las dimensiones elegidas fueron: ideaciones suicidas, baja autoestima, falta de apoyo social, baja regulación emocional, dificultades para la resolución de problemas y perspectiva negativa del futuro.

Para la confección del banco inicial de 202 ítems se consideraron contenidos incluidos en diferentes medidas internacionalmente reconocidas, se consultó la literatura especializada y se tomó la información aportada por los expertos en suicidología. Se hizo especial hincapié en que resultaran culturalmente pertinentes para los adolescentes y jóvenes locales.

El listado inicial de reactivos, la pertinencia de las dimensiones seleccionadas, las instrucciones, y el formato de respuesta de la EASA-I *Screening* se sometieron a un proceso de valoración por cinco jueces expertos: tres del campo de la psicometría y dos provenientes de la suicidología. Se les solicitó que valoraran cada afirmación según la dimensión a la que consideraran que pertenecía, su representatividad en relación con la misma, la claridad lingüística para población adolescente, y la cualidad para considerarla como ítem crítico. Tras la depuración correspondiente, se efectuó un estudio piloto con adolescentes y jóvenes ($n = 20$), que colaboraron como fuentes de datos para el análisis de la adecuación lingüística y de evidencias de validez aparente de la escala.

Para la tipificación, la administración se llevó a cabo mediante lápiz y papel, en forma colectiva en los tres últimos años de educación secundaria de seis establecimientos de la ciudad de Mar del Plata (Bs. As., Argentina) y en el primer año de la carrera de Psicología de la UNMDP en el período 2018-2019. Se organizó por cursos en un único encuentro de aproximadamente una hora. Al final de cada aplicación se propició un espacio de diálogo psicoeducativo para la prevención del suicidio.

En todos los casos la participación fue voluntaria, sin retribución económica y bajo consentimiento informado de los participantes y sus padres o tutores, en los casos en que ello correspondiera según edad. Todas las etapas del estudio siguieron las recomendaciones para la investigación con seres humanos establecidas en los Códigos de Ética de la American Psychological Association (2017) y de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). Asimismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos en función de la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales. La investigación contó con el aval del Programa de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Recaba información sociodemográfica, familiar y clínica: edad, identidad de género, lugar de residencia, grupo de convivencia, presencia de ideaciones y conductas autolesivas.

Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASA-I). Para la administración de tipificación se aplicó la versión de la EASA-I resultante del juicio experto y del estudio piloto que, luego de las modificaciones recomendadas en esas etapas previas, quedó compuesta por 148 elementos agrupados en seis dimensiones: baja autoestima, perspectiva negativa del futuro, baja regulación emocional, dificultades para la resolución de problemas, falta de apoyo social e ideaciones suicidas. Se aplicó una escala Likert de cinco opciones de respuesta según grado de acuerdo que va desde 1 («Muy en desacuerdo») a 5 («Muy de acuerdo»).

Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-19; King y Kowalchuk, 1994; versión argentina abreviada de Galarza et al., 2019). Evalúa la presencia de riesgo suicida a través de 19 ítems agrupados en cuatro dimensiones: baja autoeficacia, desesperanza, soledad y aislamiento social, e ideaciones suicidas. Se responde mediante una Likert de cuatro opciones que gradúa el acuerdo/desacuerdo desde 0 («Totalmente en desacuerdo») hasta 3 («Totalmente de acuerdo»). La versión utilizada cuenta con evidencias satisfactorias de validez de contenido, de constructo a través de análisis factorial confirmatorio, y de consistencia interna. Para la muestra bajo análisis los índices de consistencia se ubicaron entre $\alpha = .61$ y $\alpha = .83$.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004; versión argentina de Medrano y Trogolo 2014). Evalúa dificultades en la regulación emocional a partir de seis dimensiones: dificultades en el control de impulsos, acceso limitado a estrategias de regulación emocional, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas orientadas a metas, falta de

conciencia emocional, y falta de claridad emocional. Cuenta con un formato de respuesta Likert de cinco opciones que van de 1 («Casi nunca») a 5 («Casi siempre»). Se ha aportado evidencia acerca de sus propiedades psicométricas satisfactorias (Medrano y Trogolo). Para la muestra aquí analizada los índices de consistencia interna variaron entre $\alpha = .50$ y $\alpha = .88$.

Inventario de Resolución de Problemas (SPSI-R:S; D’Zurilla et al., 1998). Evalúa el estilo de resolución de problemas de la vida cotidiana a través de 25 ítems con respuesta Likert según grado de acuerdo desde 1 («No es cierto en absoluto») a 5 («Absolutamente cierto»), que se distribuyen equitativamente en cinco dimensiones: orientación positiva al problema, resolución racional de problemas, orientación negativa al problema, estilo descuidado-impulsivo y estilo evitativo. Los coeficientes de consistencia interna para la muestra bajo estudio variaron entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .78$.

Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes (APSA; Nolten, 1994; versión argentina de Fernández-Liporace y Ongarato, 2005). Posee evidencia adecuada respecto de sus propiedades psicométricas. Se trata de una escala de 60 reactivos distribuidos equitativamente en cuatro subescalas, que corresponden a las fuentes de apoyo potencialmente perceptibles por el adolescente (padres, profesores, amigos y compañeros). Se responde en función de una escala Likert de cuatro opciones que va de menor a mayor frecuencia de aparición de cada comportamiento desde 1 («Nunca o casi nunca») a 4 («Siempre o casi siempre»). Para la presente investigación, en función del estudio piloto conducido en una etapa previa, se decidió no incluir la subescala profesores y se duplicó la subescala parental para evaluar por separado el apoyo percibido por parte de madre y de padre. La consistencia interna para la muestra aquí analizada resultó satisfactoria, con valores entre $\alpha = .91$ y $\alpha = .91$.

Análisis estadístico

Para el objetivo 1 no se previeron análisis de datos debido a que corresponde al diseño de la escala. Para el análisis de validez de contenido planteado en el objetivo 2, se trabajó con cinco jueces expertos. Se calculó el coeficiente V de Aiken para estimar el acuerdo interjueces mediante el software Visual Basic (Merino-Soto y Livia-Segovia, 2009). En el caso del estudio piloto, para el análisis de validez aparente se solicitó a los participantes que señalaran aquellas afirmaciones que resultaran poco claras, complejas, ambiguas, poco familiares, incómodas o excesivamente ansiógenas. También se les pidió su parecer en relación con la claridad de la consigna y con

el grado de dificultad para responder a los ítems redactados en sentido inverso.

En cuanto al objetivo 3, se analizó la capacidad de discriminación de los elementos a través del índice de homogeneidad (índice h) y del método basado en la diferencia de medias de grupos extremos (Valor D) mediante prueba t . Respecto del objetivo 4, mediante el software Factor 11 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2020), se analizó el número de factores que sería pertinente extraer a través de método de Hull-CAF, recomendado cuando se emplea la estimación de máxima verosimilitud en el análisis factorial exploratorio (Bandalos, 2018; Lorenzo-Seva et al., 2011). Inicialmente se aplicó una rotación Oblimin, pero dado que se hallaron correlaciones interfactoriales iguales o inferiores a .30, se asumió la independencia de los factores, por lo que se optó por reemplazar ese método por una rotación Varimax (Lloret-Segura et al., 2014). Se eliminaron los reactivos con saturaciones inferiores a .40, o bien con cargas superiores a ese valor en dos factores (Yong y Pearce, 2013).

El modelo resultante del análisis factorial exploratorio fue posteriormente probado a través de un análisis factorial confirmatorio con el software LISREL 8.80 (Scientific Software International, 2006). Dado el tamaño muestral, se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud robusto, que resulta apropiado cuando se trabaja con muestras pequeñas. El ajuste del modelo se interpretó a través de los índices *comparative fit index* (CFI), *normed fit index* (NFI), *non-normed fit index* (NNFI) y *root mean square error of approximation* (RMSEA). Para el análisis de validez convergente y discriminante se estimó la varianza media extractada (VME).

Para analizar evidencias de la fiabilidad de las puntuaciones (objetivo 5) se calcularon coeficientes alfas ordinales mediante un procedimiento de modelización que obtiene estimaciones a partir de la varianza explicada por cada reactivo, con independencia de la varianza de error (Elosua y Zumbo, 2008). Por último, para el estudio de validez convergente y discriminante con medidas externas planteado en el objetivo 6, se calculó el coeficiente r de Pearson para estimar la asociación entre las dimensiones de EASA-I y los cuatro criterios externos descriptos en Instrumentos.

Resultados

Evidencias de validez de contenido y aparente

Se calculó el coeficiente V de Aiken para estimar el grado de acuerdo interjueces. Del total inicial de 202 reactivos, se mantuvieron 171; 37 de ellos se reformularon. Con base en las recomendaciones de Merino-Soto

(2016), el criterio mínimo para conservar los ítems tal como fueran formulados inicialmente fue $V \geq .80$ ($IC_{95\%} = .49-.94$), que representaba el acuerdo mayoritario por parte de los jueces en cuanto a la dimensión de pertenencia del ítem, su representatividad en relación con tal dimensión y su claridad lingüística. Para la reformulación parcial se estableció como criterio un acuerdo moderado en cuanto a la claridad ($V \geq .60$ y $< .80$). Por último, la decisión de eliminar 31 ítems obedeció a que en esos casos no se logró acuerdo suficiente sobre su relevancia y/o claridad ($V \leq 0.60$), o bien por la falta de consenso en cuanto a la pertenencia del ítem respecto de la dimensión operacionalizada.

Esta versión depurada de 171 reactivos se sometió a un estudio piloto con $n = 20$ voluntarios y, a partir de sus sugerencias, se ajustaron las instrucciones iniciales, se eliminaron 23 elementos por considerarse poco representativos, ambiguos, complejos y/o reiterativos, y se modificaron otros 10 para simplificar su redacción. De este modo se arribó a una versión preliminar de 148 afirmaciones que se aplicó luego a la muestra de tipificación.

Evidencias de la capacidad discriminativa de los ítems

Tras la administración de tipificación a $n = 291$ adolescentes y jóvenes, se analizó la capacidad discriminativa de los ítems. Se empleó el método basado en la diferencia de medias de grupos extremos con criterio externo, Valor D . A partir de la puntuación obtenida en la dimensión ideaciones suicidas del Inventario ISO-19, se segmentaron dos grupos en función de los percentiles 25 y 75, y se aplicó prueba t de Student. Asimismo, se estimó el índice de homogeneidad (índice h). Como resultado, se eliminó un total de 54 reactivos por no discriminar entre los grupos segmentados y/o presentar baja homogeneidad (valores inferiores a $h_i = .40$).

Evidencias de validez de constructo:

Análisis factorial exploratorio

Con el fin de analizar evidencias de validez de constructo se sometió la escala resultante de los análisis previos a análisis factorial exploratorio (AFE). Previo a la aplicación del AFE se analizó, mediante el método de Hull, el número de factores a extraer. Se observó como resultado un mejor balance entre ajuste y parsimonia para la estructura de seis factores (Tabla 1). Además de este criterio objetivo, se consideró que el modelo hexafactorial resultaba interpretable a la luz de la literatura suicidológica disponible, tanto aquella de naturaleza teórica como la de raigambre empírica (Lloret-Segura et al., 2014; Lorenzo-Seva et al., 2011).

Tabla 1. Determinación de número de factores a extraer

Número de factores	Hull-CAF	gl
0	.175	435
1	.320	405
2	.343	376
3	.370	348
4	.386	321
5	.422	295
6	.490	270
7	.494	246

Nota. Hull-CAF = índice de bondad de ajuste de Hull basado en la parte común explicada.

Luego, tras verificar la adecuación del procedimiento según tamaño muestral (índice de esfericidad de Bartlett y Kaiser Meyer Olkin), se utilizó el método de máxima verosimilitud con rotación Varimax (Tabla 2). Se adoptó el criterio de un único peso factorial igual o superior a .40 por elemento, sin cargas iguales o mayores en otro factor para conservar ítems y dimensiones (Yong y Pearce, 2013). Para una mejor lectura e interpretación de los resultados se suprimieron los valores absolutos menores a .35 en la Tabla 2.

Dado que se pretendía construir una escala breve, y en vista de que la cantidad de ítems conservados luego del AFE excedía el límite estipulado de 30 reactivos en total, para aquellos ítems con formulaciones similares se utilizaron como criterios de selección final la simplicidad en la redacción, el índice *h* y la valoración de los jueces expertos en suicidología en cuanto a la relevancia teórica y clínica (ítems críticos). Así, el modelo factorial que resultó más adecuado quedó compuesto por seis factores y 30 ítems que explicaban el 50.87% de la varianza total: ideaciones suicidas, dificultades para la resolución de problemas, baja regulación emocional, baja autoestima, falta de apoyo social y perspectiva negativa del futuro. Por otro lado, cada factor explicó un porcentaje de varianza de entre 7 y 10%, lo que indicaría que las seis dimensiones son igualmente relevantes.

El modelo resultante del procedimiento exploratorio fue posteriormente testeado a través de un análisis factorial confirmatorio, que verificó un adecuado ajuste (CFI = .968; NFI = .947, NNFI = .966; RMSEA = .069 [.064-.075]). Los resultados presentan en la tabla 3. Por otro lado, los valores superiores a .50 de VME para todas las dimensiones indican su adecuada validez convergente. Asimismo, se verificó la validez discriminante de cada factor, en tanto los valores VME fueron superiores a las

correlaciones interfactoriales al cuadrado en todos los casos (Hair et al., 2018).

Estudio de fiabilidad: consistencia interna

Se calcularon los coeficientes alfas ordinales correspondientes a cada dimensión de la versión definitiva de la EASA-I: ideaciones suicidas $\alpha = .83$, baja autoestima $\alpha = .80$, falta de apoyo social $\alpha = .77$, dificultades para la resolución de problemas $\alpha = .72$, baja regulación emocional $\alpha = .66$ y perspectiva negativa del futuro $\alpha = .56$. Los índices informados pueden considerarse aceptables en tanto se trata de factores integrados por pocos elementos (Coulacoglou y Saklofske, 2017).

Evidencias de validez convergente y discriminante con medidas externas

Se estimaron los coeficientes de correlación de Pearson entre las seis dimensiones de EASA-I y las cuatro medidas externas (Tabla 4). Tomando en cuenta el criterio propuesto por Hernández et al. (2016), en todos los casos los resultados fueron satisfactorios, a la luz de las diferencias en la operacionalización de los constructos entre los diferentes instrumentos. Los factores ideaciones suicidas, baja autoestima y perspectiva negativa del futuro de EASA-I mostraron asociaciones positivas significativas moderadas con las dimensiones ideaciones suicidas, baja autoeficacia y desesperanza, respectivamente, de la ISO-19 (Galarza et al., 2019; King y Kowalchuk, 1994) (r entre .46*** y .64***).

Por otro lado, en lo que refiere al análisis de evidencias de validez convergente entre dificultad para la resolución de problemas de EASA-I y el inventario SPSI-R:S (D'Zurilla et al., 1998), las correlaciones más altas se obtuvieron con las subescalas que aluden a estilo evitativo ($r = .59***$) y orientación negativa hacia los problemas ($r = .54***$). Ello era esperado en tanto la dificultad para resolver problemas se operacionalizó en EASA-I de modo tal de destacar justamente dichos aspectos, sin contemplar los componentes impulsivos.

En el caso del factor baja regulación emocional de EASA-I, la correlación positiva que más destacó fue la calculada con dificultades en el control de los impulsos ($r = .63***$) de la escala DERS (Gratz y Roemer, 2004; Medrano y Trogolo, 2014). Este hallazgo es lógico pues este factor de EASA-I se operacionalizó para apuntar a los componentes impulsivos de la regulación de estados emocionales negativos y a la tolerancia de esos estados.

Por último, en lo referido a la dimensión falta de apoyo social de EASA-I, los estudios de evidencias de validez discriminante con la Escala de Apoyo Social para

Tabla 2. Estructura factorial exploratoria

	1 Ideaciones suicidas	2 Dificultades resolución de problemas	3 Baja regulación emocional	4 Baja autoestima	5 Falta de apoyo social	6 Perspectiva negativa del futuro
Varianza	10.15	8.88	8.32	8.30	8.26	6.96
EASA 17	.80					
EASA 12	.77					
EASA 19	.76					
EASA 20	.74					
EASA 6	.48					
EASA 11		.95				
EASA 21		.64				
EASA 15		.61				
EASA 29		.58				
EASA 5		.53				
EASA 14			.93			
EASA 4			.66			
EASA 18			.58			
EASA 10			.51			
EASA 22			.42			
EASA 28				.78		
EASA 1				.77		
EASA 7				.70		
EASA 13				.58		
EASA 16				.56		
EASA 9					.72	
EASA 3					.71	
EASA 25					.68	
EASA 23					.61	
EASA 27					.61	
EASA 30						.71
EASA 24						.68
EASA 26						.63
EASA 8						.61
EASA 2						.43

KMO = .912; Prueba de Esfericidad de Bartlett $\chi^2 = 6179.43$; $p = <.001$

Método de extracción: Máxima Verosimilitud. Método de rotación: Varimax. Normalización Kaiser.

Nota. Los contenidos de los ítems se consignan en el Anexo 1.

Tabla 3. Análisis factorial confirmatorio y valores de VME

	BA	IS	FAS	BRE	DRP	PNF
EASA1	.772					
EASA7	.827					
EASA13	.746					
EASA16	.685					
EASA28	.743					
EASA6		.767				
EASA12		.892				
EASA17		.934				
EASA19		.900				
EASA20		.873				
EASA3			.821			
EASA9			.725			
EASA23			.789			
EASA25			.832			
EASA27			.710			
EASA4				.738		
EASA10				.629		
EASA14				.914		
EASA18				.625		
EASA22				.542		
EASA5					.635	
EASA11					.881	
EASA15					.679	
EASA21					.719	
EASA29					.690	
EASA2						.470
EASA8						.684
EASA24						.849
EASA26						.784
EASA30						.806
VME	.571	.765	.603	.492	.526	.534
BA	1	.463	.351	.262	.328	.288
IS	.681	1	.412	.262	.174	.400
FAS	.593	.642	1	.156	.174	.456
BRE	.512	.512	.395	1	.192	.186
DRP	.573	.418	.418	.439	1	.233
PNF	.537	.633	.676	.432	.483	1

Nota. VME = Varianza media extraída; Debajo de la diagonal = Correlaciones interfactoriales; Sobre la diagonal = Varianza compartida entre factores; BA = Baja autoestima; IS = Ideaciones suicidas; FAS = Falta de apoyo social; BRE = Baja regulación emocional; DRP = Dificultades para la resolución de problemas; PNF = Perspectiva negativa del futuro

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones de EASA-I y medidas externas

EASA	ISO-19						
	DES	BA		IS			
Perspectiva negativa del futuro	.51***	-		-			
Baja autoestima	-	.46***		-			
Ideaciones suicidas	-	-		.64***			
Escalas SPSP:R							
	Faceta funcional			Faceta disfuncional			
	OPP	RRP	EF	ONP	EDI	EE	ED
Dificultades resolución de problemas	-.30***	-.18**	-.27***	.54***	.33***	.59***	.62***
Escalas DERS							
	DCI	ALE	FAE	INT	CCE	CLA	
	Baja regulación emocional	.63***	.37***	.44***	.45***	.25***	.32***
APSA						ISO-19	
	Padre	Madre	Amigos	Compañeros	Total Apoyo	SYA	
	Falta de apoyo social	-.40***	-.44***	-.51***	-.31***	-.58***	.61***

Nota. ISO = Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-19; IS = Ideaciones suicidas; BA = Baja autoeficacia; DES = Desesperanza. SPSP-R:S = Inventario de Resolución de Problemas; OPP = Orientación positiva al problema; RRP = Resolución racional de problemas; EF = Dimensión funcional (RP + OPP); ONP = Orientación negativa al problema; EDI = Estilo descuidado-impulsivo; y EE = Estilo evitativo; ED = Total Disfuncional (ONP + EE + EDI). DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; DCI = Dificultades en el control de impulsos; ALE = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; FAE = Falta de aceptación emocional; INT = Interferencia en conductas orientadas a Metas; CCE = Falta de conciencia emocional CLA = Falta de claridad emocional. APSA = Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes; SYA = Soledad y aislamiento social.

** $p < .01$; *** $p < .001$

Adolescentes (Fernández-Liporace y Ongarato, 2005; Nolten, 1994) indican que la correlación significativa de mayor magnitud se dio con la puntuación total de la escala APSA ($r = -.58***$), y evidencias de validez con-

vergente con la subescala soledad y aislamiento social de ISO-19 ($r = .61***$).

A continuación, se presentan las medias y desvíos de los factores confirmados (Tabla 5).

Tabla 5. Valores medios y desviaciones típicas para cada dimensión de EASA-I

	BA	IS	FAS	BRE	DRP	PNF
<i>Media</i>	9.46	6.43	8.56	12.72	11.98	8.14
<i>DT</i>	3.73	2.69	3.14	4.49	3.96	2.90

Nota. BA = Baja autoestima; IS = Ideaciones suicidas; FAS = Falta de apoyo social; BRE = Baja regulación emocional; DRP = Dificultades para la resolución de problemas; PNF = Perspectiva negativa del futuro.

Discusión

Mediante el presente trabajo se llevó a cabo la construcción y análisis psicométrico de la Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes EASA-I *Screening*. Tras la fase de diseño propiamente dicha, se realizó un

procedimiento de juicio experto para estimar evidencias de validez de contenido y un estudio piloto para analizar evidencias de validez aparente. La versión depurada del instrumento se aplicó a una muestra de tipificación. Eso condujo al estudio de la capacidad discriminativa de los reactivos y posteriormente al análisis de evidencias de

validez de constructo a nivel exploratorio y confirmatorio. La estructura factorial más adecuada se compone de seis factores y 30 ítems que explican el 50.87% de la varianza total y que, a la vez, cuenta con óptimos valores de ajuste. Los seis factores obtuvieron adecuadas evidencias de validez discriminante y, en todos los casos, se hallaron evidencias de validez convergente entre los ítems y sus factores latentes. En vista del contenido de los ítems de cada dimensión, se las denominó de la siguiente manera: ideaciones suicidas, dificultades para la resolución de problemas, baja regulación emocional, baja autoestima, falta de apoyo social y perspectiva negativa del futuro.

El primer factor, *ideaciones suicidas*, contempla tal conjunto de cogniciones desde una concepción amplia, dado que incluye ítems relativos a ideas pasivas sobre morir, como por ejemplo, las fantasías sobre quedarse dormido y no despertar. Ello posibilita la detección de casos que, potencialmente, se hallan en el inicio de un proceso suicida que aún no se ha manifestado claramente. La decisión de conservar estos ítems se debió a la necesidad de priorizar la sensibilidad por sobre la especificidad en una escala de *screening*. Así, el factor alude a un gradiente de pensamientos y sentimientos que varía desde falta de sentido vital, fantasías de desaparecer, legitimación del suicidio como modo de resolución de problemas, vivencia de un dolor intolerable e ideas concretas sobre quitarse la vida. Vale mencionar que este factor es el que ha obtenido el índice más elevado de consistencia interna.

El segundo factor, *baja autoestima*, refiere a la imagen del sí mismo. El contenido de los reactivos incluye componentes emocionales en relación con esa área, la conformidad y autoaceptación (p.ej., «Me acepto como soy con mis virtudes y defectos») la valoración de los propios recursos y el sentimiento de valía/inutilidad (p.ej., «Siento que no valgo nada»).

El tercer factor, *baja regulación emocional*, alude al grado de control/impulsividad percibido en la expresión de estados emocionales negativos como tristeza, ira, frustración e impotencia, así como a la capacidad para tolerar el malestar inevitable que generan esos estados.

El cuarto factor, *dificultades para la resolución de problemas*, refiere a la autopercepción sobre el uso de un estilo evitativo y pasivo ante los problemas cotidianos. Es interesante destacar que, si bien tradicionalmente el abordaje de las dificultades para la resolución de problemas suele ser un objetivo terapéutico clave en el tratamiento con adolescentes y jóvenes con comportamientos suicidas, no existen a la fecha instrumentos que lo midan. De este modo, su inclusión en EASA-I resulta un aporte novedoso y un valor agregado para este trabajo (p.ej., Chu et al., 2017).

El quinto factor de EASA-I, *falta de apoyo social*, incluye afirmaciones redactadas en sentido positivo sobre la percepción de sostén por parte del entorno y el sentimiento de pertenencia social; es decir la creencia de que los otros significativos (familia y pares) constituyen una red de contención, confianza, apoyo y afecto de la que el adolescente forma parte. Tanto autoestima como apoyo social se consideran aspectos capitales para el desarrollo psicosocial de los adolescentes y se vuelven, en sentido amplio, factores protectores/de riesgo ante las ideaciones suicidas (p.ej., Benavides-Mora et al., 2020; Opperman et al., 2015; Sánchez-Teruel et al., 2019).

El último factor, *perspectiva negativa del futuro*, se compone de ítems positivos que describen una visión optimista de sí mismo y del futuro, la percepción de que los eventos no son estáticos sino inciertos y sujetos a cambio, incluso cuando se atraviesan momentos negativos. Se destaca que trabajos recientes indican que el bajo optimismo es un buen predictor de la ideación suicida (Elledge et al., 2021).

Respecto del estudio de fiabilidad, los índices de consistencia interna hallados resultan aceptables puesto que los factores se componen de pocos elementos (Coulacoglou y Saklofske, 2017). A la vez, particularmente en el caso de los factores de baja regulación emocional y perspectiva negativa del futuro, las definiciones operacionales cubren una variedad de dominios, de modo que es esperado que haya menor homogeneidad entre sus ítems que en los otros factores y, por ende, menor consistencia.

En cuanto a los estudios de evidencias de validez empírica convergente y discriminante con medidas externas, en todos los casos los coeficientes de correlación hallados fueron significativos y satisfactorios (Hernández et al., 2016), si se tienen en cuentas las variaciones en las definiciones operacionales de los constructos de los diferentes instrumentos. Estos datos permiten inferir que aquellos jóvenes que presentan puntuaciones de mayor riesgo suicida se caracterizan por una más baja autoestima, una perspectiva pesimista acerca del futuro, y baja percepción de contención y apoyo social. Muestran predominantemente dificultades para regular sus estados emocionales negativos y un estilo evitativo de resolución de problemas.

Esta investigación presenta una serie de limitaciones. Probablemente la más sustancial es la imposibilidad para recolectar suficientes casos como para conformar una muestra clínica de comparación (con intento de suicidio previo) y analizar su comportamiento versus los resultados obtenidos por la muestra escolarizada bajo estudio. Contar con un grupo representativo de los casos que hayan llevado al acto una tentativa de suicidio permitiría un análisis más preciso de la representatividad y

la capacidad discriminativa de los reactivos de la escala, y un examen más riguroso de las evidencias de validez de constructo. En segundo lugar, una muestra de mayor tamaño y más heterogénea (p.ej., adolescentes más jóvenes, de diferentes zonas del país, pertenecientes al colectivo LGTBQI+) permitiría llevar a cabo un nuevo estudio factorial confirmatorio, así como testear modelos alternativos unidimensionales y bifactoriales. También posibilitaría efectuar un análisis de invarianza factorial y validaciones cruzadas segmentando la muestra según distintas variables independientes, para establecer si el modelo es pasible de generalizarse a otros grupos y garantizar su invariabilidad al medir el constructo. Estos puntos pendientes se abordarán en próximas investigaciones. También se efectuarán estudios para determinar puntos de corte donde las dimensiones alcancen las máximas sensibilidad y especificidad por medio de curvas ROC, cuestión fundamental para escalas que evalúan variables clínicas (Runeson et al., 2017).

En suma, estos resultados sugieren que la escala EA-SA-I *Screening* presenta adecuadas evidencias de validez de contenido, poder discriminativo en los reactivos que la componen, apropiadas evidencias de validez de constructo, y aceptables evidencias de validez de convergente-discriminante con criterios externos, así como de consistencia interna en sus dimensiones. Esto avala y justifica su aplicabilidad en población local escolarizada de 14 a 21 años, que es la que presenta mayor riesgo suicida según datos oficiales (Ministerio de Salud de la Nación, 2019; OMS, 2019). Se trata de una herramienta útil para evaluar el potencial riesgo suicida a través de seis dimensiones con relevancia teórica e importancia clínica, acorde con las recomendaciones de medir estos aspectos para una evaluación multidimensional y comprensiva del riesgo en una instancia de *screening* (p.ej., Anestis et al., 2011; Chu et al., 2017; Elledge et al., 2021; Opperman et al., 2015; 53, Sánchez-Teruel et al., 2019). Su valor agregado reside en que Argentina solamente cuenta con una escala de *screening* para la estimación del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes, cuya versión original data de 1994, por lo que se halla algo desactualizada.

Por otro lado, desde el punto de vista aplicado, un instrumento de cribado como EASA-I *Screening* constituye un aporte valioso al proporcionar una tecnología breve, sencilla y de aplicación tanto individual como colectiva, con capacidad de transferencia hacia diferentes ámbitos. Será útil para recoger información de importancia para la evaluación de riesgo-no riesgo y para orientar el diseño de intervenciones a partir de rastrillajes masivos en escuelas o comunidades. También en el ámbito clínico, ya que, retomando lo expuesto anteriormente, los expertos reco-

miendan para la práctica psicoterapéutica la evaluación de comportamientos suicidas mediante *screening* en todos los consultantes y no solamente en aquellos en quienes constituye un motivo de consulta (p.ej., APA, 2003; Nock et al., 2008; Posner, 2016).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors [Supplemental material]. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1-60. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Extraído de: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Anestis, M. D., Bagg, C. L., Tull M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Bahamón, M. J., y Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el riesgo suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee>
- Bandalos, D. (2018). *Measurement theory and applications for the social sciences*. Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G., y Villalobos-Galvis, F. H. (2020). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. D., y Fernández-Liporace, M. (2006). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: Morir antes de la muerte*. Lugar Editorial.
- Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2017). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in five samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(1), 137-160. <https://doi.org/10.1037/pspp0000152>
- Coulacoglou, C., & Saklofske, D. (2017). *Psychometrics and psychological assessment. Principles and applications*. Academic Press.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the social problem-solving inventory revised (SPSI-R)*. Multi-Health Systems, Inc.

- Desuque, D., Vargas-Rubilar, J., y Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. *Liberabit*, 17(2), 187-198. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200008&script=sci_abstract
- Elledge, D., Zullo, L., Kennard, B., Diederich, A., Emslie, G., & Stewart, S. (2019). Refinement of the role of hopelessness in the Interpersonal Theory of Suicide: An exploration in an inpatient adolescent sample. *Archives of Suicide Research*, 25(1), 141-155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1661896>
- Elosua, P., y Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720458>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Extraído de: http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf
- Fernández-Liporace, M. (2015). Instrumentos de evaluación de la personalidad. En M. Fernández-Liporace y A. Castro-Solano, *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos. Teoría e instrumentos* (pp. 107-128). Lugar Editorial
- Fernández-Liporace, M. y Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 21 (1), 9-22. <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R21/R211.pdf>
- Fernández-Liporace, M., y Ongarato, P. (2005). Adaptación de la Escala de Apoyo Social para Estudiantes en adolescentes de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 2(2), 43-50. <http://m.rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1014/07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Galarza, A. L., Castañeiras, C., Fernández-Liporace, M., y Freiberg-Hoffmann, A. (2019). Estudio de las propiedades psicométricas del inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en adolescentes marplatense. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(51), 135-147. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.10>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed.). CENGAGE.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37, 192-197. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807709.pdf>
- Hernández-Cervantes, Q., y Lucio, E. (2003). *Inventario de riesgo suicida para adolescentes-IRIS. Versión para investigación*. Facultad de Psicología, UNAM.
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2nd ed.). www.InTestCom.org
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *Manual for ISO-30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation-30*. National Computer Systems.
- Klonsky, D., & May, A.M. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.008>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 8-18. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2020). *Manual of the Program FACTOR*. Extraído de: <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/>
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.564527>
- Medrano, L., y Trogolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 15-26. <https://doi.org/10.11144>
- Merino-Soto, C. (2016). Percepción de la claridad de los ítems: Comparación del juicio de estudiantes y jueces-expertos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), 1469-1477. <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v14n2/v14n2a40.pdf>
- Merino-Soto, C., y Livia-Segovia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25, 169-171. https://www.um.es/analesps/v25/v25_1/19-25_1.pdf
- Mikulic, I. M. (1998). *Ecoevaluación Psicológica del Exdelincuente en su Ambiente Natural*. [Tesis Doctoral, Facultad de Psicología. Universidad de Belgrano. Buenos Aires].
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Estadísticas vitales* (serie 5, n.º 62). Argentina. Extraído de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Janis, I. B., & Deliberto, T. L. (2008). Self-injurious thoughts and behaviors. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.) *A guide to assessment that works*. Oxford University Press.
- Nolten, P. W. (1994). *Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale*. [Doctoral Thesis]. University of Wisconsin-Madison.
- Opperman, K., Czyz, E. K., Gipson, P. I., & King, C. (2015). Connectedness and Perceived Burdensomeness among Adolescents at Elevated Suicide Risk: An Examination of the Interpersonal Theory of Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 385-400. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957451>
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. *Journal of Psychological Assessment*, 3(3), 398-404. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.398>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio* [Fact sheet]. Extraído de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Paniagua-Suárez, R. E., González-Posada, C. M., & Rueda-Ramírez, S. M. (2016). Validation of the Spanish Version of the Inventory of Suicide Orientation - ISO 30 in Adolescent Students of Educational Institutions in Medellín - Colom-

- bia. *World Journal of Education*, 6(4), 22-29. <https://doi.org/10.5430/wje.v6n4p22>
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violent risk: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 1-7. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)
- Posner, K. (2016). Evidence-Based Assessment to improve assessment of suicide risk, ideation, and behavior *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.051>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik-Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 12(7), Article e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., y García-León, A. (2019). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>
- Scientific Software International (2006). *LISREL 8*. <https://ssicentral.com/index.php/products/lisrel/>
- Shneidman, E. S., & Farberow, N. L. (1957). Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *Journal of Genetic Psychology*, 56, 251-259. <https://doi.org/10.1080/00221309.1957.9920335>
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 721-734. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n3/v10n3a07>
- Villalobos-Galvis, F. H, Arévalo Ojeda, C., y Rojas Rivera, F. D. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 233-239. <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/233-239/>
- Yong, A., & Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), 79-94. <https://doi.org/10.20982/tqmp.09.2.p079>

Anexo 1. Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASI-A)

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Me acepto como soy, con mis virtudes y defectos					
2. No podré cambiar las cosas que me molestan					
3. La gente que me rodea me apoya					
4. Me irrito fácilmente					
5. Pierdo mucho tiempo preocupándome por mis problemas en lugar de intentar resolverlos					
6. Ya no soporto el dolor que siento dentro mío					
7. Me siento incómodo/a conmigo mismo/a					
8. Hasta las peores cosas tienen un lado positivo					
9. Cuento con personas en las que puedo confiar					
10. Me cuesta controlar mis impulsos cuando estoy muy triste					
11. Ocupo más tiempo en evitar mis problemas que en solucionarlos					
12. Siento que no tiene sentido vivir mi vida					
13. Ya no me soporto					
14. Me cuesta controlar mis impulsos cuando estoy muy enojado/a					
15. Suelo esperar a que los problemas se resuelvan solos					
16. Siento que no sirvo para nada					
17. Morir puede resolver mis problemas					
18. Cuando me siento frustrado/a o con impotencia quiero romper todo					
19. Quisiera irme de este mundo					
20. Fantaseo con la posibilidad de quitarme la vida					
21. Muchas veces demoro la solución de los problemas hasta que es demasiado tarde					
22. Puedo manejar mis estados de ánimo, aun cuando sean intensos					
23. Las personas a mi alrededor me comprenden					
24. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo					
25. Me siento querido/a por quienes me rodean					
26. Tengo planes para el futuro que me gustaría concretar					
27. La gente que me rodea me acepta como soy					
28. Me quiero a mí mismo/a					
29. Enfrento mis problemas directamente en vez de evitarlos					
30. La vida siempre nos puede sorprender					