

David Sánchez-Teruel¹
M^a-Auxiliadora Robles-Bello²
José-Antonio Camacho-Conde³

Validez de la versión española del Herth Hope Index y la Beck Hopelessness Scale en personas que han realizado una tentativa de suicidio

¹ Profesor del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba. España

² Profesora del Área de Psicología Evolutiva y de la Educación del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén. España

³ Profesor del Departamento de Medicina y Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga. España

Introducción. La evaluación del riesgo suicida sigue siendo un hándicap para políticas públicas sanitarias. La conducta más predictiva del suicidio consumado es la tentativa suicida previa. Sin embargo, los estudios centrados en factores de riesgo, hasta la fecha, no han disminuido las tasas de muertes por suicidio.

Objetivo. El objetivo de este estudio sería adaptar el Herth Hope Index (HHI) y la Beck Hopelessness Scale como instrumentos de evaluación de la esperanza y desesperanza en población clínica española que ha realizado una tentativa de suicidio y valorar su validez estructural y validez divergente.

Metodología. La muestra estuvo constituida por N=682 personas (62,4% mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 77 años (M=39; DT=19,1) con tentativas suicidas previas a los que se les aplicó la Herth Hope Index (HHI), la Beck Hopelessness Scale y la Escala de Resiliencia CD-RISC-10.

Resultados. Los resultados muestran que la HHI presenta una estructura bidimensional que explica el 71,2% de la varianza, una alta consistencia interna ($\alpha=0,97$), y adecuada validez divergente con desesperanza de $-0,77$. Y además existen importantes diferencias en esperanza según el nivel de resiliencia de los participantes.

Conclusiones. El riesgo de suicidio debe evaluarse mediante enfoques preventivos y clínicos. La esperanza modula la resiliencia ante tentativas de suicidio y se ofrece una nueva escala breve adaptada a población clínica española y fácil de aplicar en urgencias hospitalarias que predice el nivel de vulnerabilidad futura al reintento de suicidio futuro más grave.

Palabras clave: Suicidio, Esperanza, Resiliencia, Urgencias, Desesperanza, Evaluación

Correspondencia:
María Auxiliadora Robles-Bello
Universidad de Jaén
Campus Las Lagunillas
Edificio Humanidades y Ciencias de la Educación II (C5), Despacho: 223
23071 Jaén
Tel.: +34 953 21 17 21
Correo electrónico: marobles@ujaen.es

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(4):163-8

Validity of the spanish version of the Herth Hope Index and The Beck Hopelessness Scale in people who have attempted suicide

Introduction. Suicide risk assessment remains a handicap for public health policies. Suicide is a major global public health problem. The most predictive behavior of completed suicide is prior suicide attempt. However, studies focused on risk factors have to date proved unsuccessful in reducing death by suicide rates.

Aim. To adapt the Herth Hope Index and the Beck Hopelessness Scale as assessment tools for assessing hope and hopelessness to a Spanish clinical population having carried out a suicide attempt, and assess its structural validity and divergent validity.

Methods. The sample comprised 682 people (62.4% female) aged between 18 and 77 years (M=39; SD=19.1) with previous suicide attempts who were administered the Herth Hope Index (HHI), the Beck Hopelessness Scale, and the CD-RISC-10 Resilience Scale.

Results. The findings showed that the HHI had a two-dimensional structure that explains 71.2% of the variance, a high internal consistency ($\alpha=.97$), and adequate divergent validity with hopelessness of $-.77$. And there are also important differences in hope according to the resilience level of the participants.

Conclusion. The suicide risk should be assessed by preventive and clinical approaches. Hope modulates resilience to suicide attempts and a new short scale adapted to the Spanish clinical population is offered. This short tool is easy to use in emergency department settings and predicts the level of potential vulnerability to more serious future repeated attempts.

Keywords: Suicide, Hope, Resilience, Emergency Department, Hopelessness, Assessment

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un verdadero problema de salud pública mundial¹. Los estudios centrados en la evaluación de los factores de riesgo suicida no han logrado disminuir las tasas de muertes por suicidio^{2,3}. Parece ser que la realización de una tentativa de suicidio previa puede predecir un reintento de suicidio más grave o el suicidio consumado⁴. Sin embargo, tras una tentativa suicida existen algunas personas que realizan reintentos futuros más lesivos o que consiguen suicidarse en el primer intento, pero también existen otras que incrementan su nivel de resiliencia⁵. Este hecho ha iniciado líneas de investigación más centradas en factores de protección relacionados con la tentativa de suicidio. Dentro de los factores protectores que modulan la resiliencia ante tentativas suicidas destaca la esperanza⁶. Sin embargo, no existen instrumentos de evaluación de la esperanza, adaptados a esta población que puedan ser fácilmente aplicables en contextos clínicos, utilizando frecuentemente otros que siguen focalizando el interés en el riesgo como la Escala de Desesperanza de Beck⁷. Este hecho puede justificar el que se siga focalizando el interés en factores de riesgo como la desesperanza, y no en factores protectores como la esperanza para la valoración del riesgo suicida. Además, la Escala de Desesperanza de Beck ha sido validada y adaptada a población clínica de Perú⁸ y de Colombia⁹, sin que se conozca adaptación psicométrica previa⁷ a esta población de riesgo en España¹⁰. Este hecho puede justificar el que se siga focalizando el interés clínico en factores de riesgo como la desesperanza, y no en factores protectores como la esperanza para la valoración de la vulnerabilidad suicida.

El Herth Hope Index (HHI) (1992)¹¹ parece ser un instrumento viable para medir esperanza como factor protector. Sin embargo, adaptaciones transculturales de la escala HHI en muestras clínicas y no clínicas han mostrado estructuras factoriales diversas: unidimensionales (en Italia¹²) o bidimensionales (en Suecia¹³; en Holanda¹⁴; en Noruega¹⁵). Investigaciones realizadas con el HHI subrayan la ventaja de utilizar esta prueba como medida global de la esperanza dentro de un contexto clínico¹⁴, pero adaptando esta escala a una subpoblación clínica específica y al contexto cultural concreto. La HHI ha sido traducida a población general de España-IEH¹⁶ y, aunque existen estudios preliminares que informan de su adecuada aplicabilidad clínica en personas que han realizado una tentativa suicida, no se han valorado sus propiedades psicométricas¹⁷ y tampoco se ha valorado su validez estructural a través de análisis factoriales. La implementación de herramientas de cribado válidas, cortas y fáciles de administrar en los servicios de urgencias no psiquiátricas mejoraría la detección del riesgo oculto de intento o reintento suicida más letal¹⁸. De ahí que, el objetivo de este estudio sería adaptar un instrumento de evaluación de la esperanza en población clínica española que ha realizado un intento de suicidio, para valorar su validez estructural, validez divergente y comprobar si la esperanza modula el nivel de resiliencia como resultado tras

el alta del servicio de urgencias. Y a la vez se intenta analizar en población clínica de este país las propiedades psicométricas de la Escala Desesperanza de Beck⁷.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estuvo constituida por N=682 personas (62,4% mujeres) que habían realizado tentativas suicidas previas, con edades comprendidas entre 20 y 77 años (M=39; DT=19,1). En la tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Instrumentos

*Herth Hope Index (HHI)*¹¹. Se ha utilizado la versión traducida al español en población general-IEH¹⁶. Esta escala mide esperanza en adultos a través de 12 ítems de tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo hasta 4=totalmente de acuerdo) y en su versión original en inglés presenta tres subdimensiones (temporalidad y futuro, disposición y esperanza positiva e interconexión). En el estudio original se plantea que la escala presenta adecuadas propiedades psicométricas (alfa=0,97; test-retest=0,91) y una estructura tridimensional siguiendo el modelo de esperanza¹⁹.

*Beck Hopelessness Scale (BHS)*⁷. Se ha utilizado la versión traducida a población clínica con psicosis de Aguilar et al.²⁰, que mide actitudes negativas hacia el futuro (desesperanza), a través de 20 ítems en formato verdadero y falso, donde se valoran tres subdimensiones: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas.

*Escala de Resiliencia de Connor-Davidson-10 (Connor-Davidson Resiliencia Scale, CD-RISC10; Campbell y Stein, 2007)*²¹. Esta escala mide el nivel de resiliencia general de forma unidimensional y está formada por 10 ítems en un formato tipo Likert (desde 0 = nada de acuerdo hasta 4= totalmente de acuerdo). El instrumento empleado fue la adaptación al español a jóvenes de Notario-Pacheco et al.²² En cuanto a las propiedades psicométricas que presenta, posee una buena consistencia interna en trabajadores españoles (alfa=0,87)²³.

Procedimiento

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que quedaban detalladas las bases de este estudio: criterios de inclusión, pruebas aplicadas y objetivos que se perseguían, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 del Gobierno de España. Se obtuvieron informes favorables del Comité de

Tabla 1	Descripción de los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra		
	n(%)	Contraste estadístico	p
Género		12,14	0,02*
Mujeres	426(62,4)		
Hombres	256(37,6)		
Edad		4,78	0,54 ^{ns}
De 18 a 27 años	86(12,6)		
De 28 a 37 años	96(14,1)		
De 38 a 47 años	158(23,1)		
De 48 a 57 años	130(19,1)		
De 58 a 67 años	117(17,2)		
De 68 a 77 años	95(13,9)		
Estado civil		2,98	0,97 ^{ns}
Soltero	216(31,6)		
Casado	185(27,1)		
Separado / divorciado	151(22,2)		
Pareja de hecho	91(13,4)		
Viudo	39(5,7)		
Patología previa		17,22	0,001**
Trastornos del estado de ánimo	113(16,5)		
Trastorno de ansiedad	120(17,6)		
Trastornos psicóticos	64(7,7)		
Trastornos de personalidad	53(13,4)		
Trastornos del Control / Adicciones	106(15,5)		
Trastorno físico	75(11,0)		
Sin diagnóstico previo	125(18,3)		
Situación laboral		14,1	0,001**
Desempleado	430(63,1)		
Empleado	252(36,9)		
TOTAL	682		

*p<0,05; **p<0,01; ns=no significativa

La población clínica del estudio preliminar¹⁷ presentó algunas dificultades en la comprensión de los ítems de la versión inicial traducida al español de la HHI¹⁶, por lo que se decidió realizar una nueva traducción siguiendo un proceso estandarizado²⁴. En primer lugar, el primer autor de este manuscrito comparó la traducción española¹⁶ con la versión original inglesa¹¹ basándose en las reglas de Comisión Internacional de Test²⁵. Esta revisión al español fue apoyada por un traductor bilingüe adicional, que trabajó con este primer traductor para llegar a un acuerdo, especialmente sobre aquellos ítems que plantearon mayores dificultades semánticas y gramaticales en la población clínica preliminar. Posteriormente, otro traductor bilingüe (inglés-español) realizó de nuevo la traducción de la escala a través de una metodología de traducción inversa²⁶. Esta última versión en español fue la escala HHI utilizada en esta investigación.

Todas las pruebas fueron cumplimentadas en varios Hospitales donde se solicitó la colaboración de algunos miembros del personal sanitario de planta y del servicio de Urgencias para la ayuda en la aplicación de pruebas a los participantes. En el momento del estudio, el personal colaborador del hospital tenía entre 10 y 15 años de experiencia profesional.

Análisis de datos

Se decidió utilizar el paquete estadístico de IBM SPSS Statistics Base (versión 22.0.0). El nivel de significación requerido en todas las pruebas fue $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$; o $p \leq 0,001$. En primer lugar, se realizaron análisis factoriales exploratorios de la HHI en dos submuestras diferentes. Posteriormente, se realizó la prueba de correlación de Pearson para comprobar la relación entre las variables. También se comprobó la fiabilidad a través del procedimiento de consistencia interna de los instrumentos utilizados (coeficiente alfa de Cronbach) y validez divergente. Y finalmente, se comprobó qué variables modulaban un mayor grado de resiliencia.

RESULTADOS

Los resultados del análisis factorial exploratorio muestran que la medida de Kaiser-Meyer-Olkin del índice de adecuación del muestreo ($KMO=0,91$), la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=3,472,49$; $p<0,001$), y el determinante de la matriz de correlación (0,005) mostraron la idoneidad de los datos para el análisis factorial²⁷. Todos los ítems con cargas factoriales altas ($>0,50$) son conservados, pero la HHI muestra una estructura bidimensional (Tabla 2).

Por otro lado, los resultados en la segunda submuestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio ($n=342$) confirman la estructura bidimensional de la IEH, denominada como Factor 1=Futuro y Factor 2=Esperanza positiva, que ex-

Tabla 2	Análisis factorial exploratorio de la HHI (n=340)		
	Dimensiones		h ²
	1	2	
Factor 1			
Ítem 2	0,57	0,11	0,33
Ítem 3	-0,47	-0,11	0,31
Ítem 7	0,56	0,29	0,35
Ítem 9	0,70	0,16	0,52
Ítem 10	0,60	0,22	0,47
Ítem 11	0,55	0,28	0,54
Ítem 12	0,61	0,26	0,63
Factor 2			
Ítem 1	0,08	0,71	0,61
Ítem 4	0,25	0,67	0,51
Ítem 5	0,15	0,63	0,12
Ítem 6	-0,12	-0,59	0,16
Ítem 8	0,19	0,55	0,47

Carga factorial con valores >0,50 en negrita; h²=Comunidades; Factor 1: Temporalidad y futuro; Factor 2: Disposición y esperanza positiva interior

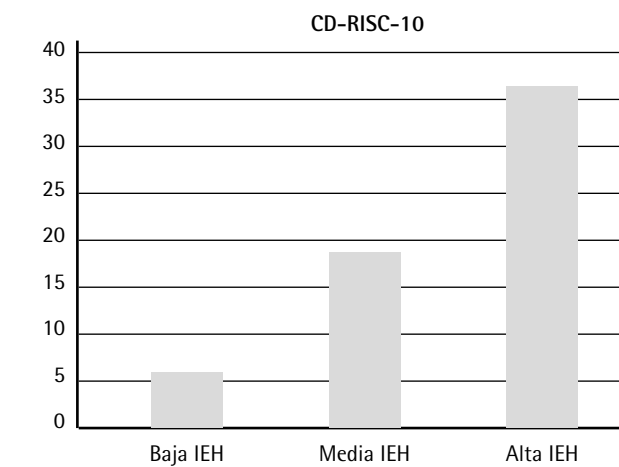


Figura 1 Nivel de resiliencia (CD-RISC10) según IEH en español

plica el 73% de la varianza con altos índices de bondad de ajuste (GFI=0,91; CFI=0,89), una alta consistencia interna ($\alpha = .97$) y una alta validez divergente con desesperanza ($r=-0,93$) (Tabla

3). Además, las propiedades psicométricas de la BHS muestran una alta consistencia interna ($\alpha=0,98$), una estructura bidimensional (Futuro y Pérdida) y un adecuado ajuste (GFI=0,98; CFI=0,86) en esta muestra clínica. También se observan importantes diferencias en el nivel de resiliencia (CD-RISC-10) según el nivel de esperanza de los participantes (Figura 1).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue adaptar un instrumento de evaluación de la esperanza en población clínica española

Tabla 3 Análisis factorial confirmatorio y consistencia interna de la HHI y la BHS (n=342)										
	α	r	S ²	BHS	χ^2	g.l.	p	GFI	CFI	RMSEA (IC 95%)
IEH	0,97	0,89	73%	-0,82	621,35	132	0,00	0,91	0,89	0,08
Futuro	0,83	0,79	42%	-0,77						
Esperanza positiva	0,92	0,81	66%	-0,80						
BHS	0,98	-0,93	69%	--	422,45	167	0,00	0,98	0,86	0,09
Futuro (afectivo)	0,91	-0,94	42%	--						
Pérdida (motivacional)	0,89	-0,80	31%	--						

IEH=Herth Hope Index- Índice de Esperanza de Herth en español; BHS=Escala de Desesperanza de Beck; r=Correlación con CDRISC-10; S²=Varianza explicada; χ^2 =chi cuadrado; g.l.=grados de libertad, p=nivel de significación; GFI=Índice Gamma; CFI=Índice de ajuste comparativo; RMSEA(IC95%)=error cuadrático medio de aproximación con un intervalo de confianza al 95%

que ha realizado un intento de suicidio, para valorar si la esperanza modula el nivel de resiliencia como resultado tras el alta del servicio de urgencias. Y a la vez se intentó validar en población clínica de este país las propiedades psicométricas de la Beck Hopelessness Scale⁷.

En Europa, los últimos datos publicados sobre suicidio consumado muestran importantes diferencias entre los estados miembros, siendo los países más afectados los del norte de Europa y los menos afectados los países mediterráneos²⁸. Sin embargo, se han producido importantes reducciones en las tasas de suicidio durante los últimos trece años en Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Grecia, Países Bajos, Portugal, Suecia y Reino Unido, mientras que se observan incrementos en las tasas de muerte por suicidio en Irlanda²⁹ y España³⁰. En el caso concreto de España, es preocupante la tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio observada en los últimos años⁴. Actualmente, en este país los datos publicados concluyen que el suicidio es la primera causa externa de muerte, muy por encima de homicidios (315) y accidentes de tráfico (1.807) (3.569 personas se han suicidado, 2.662 hombres y 907 mujeres)³¹. Sin embargo, las escasas actuaciones sanitarias realizadas sobre factores de riesgo en este país no han disminuido las tasas de muerte por suicidio⁴. Existiendo nuevas vías de la predicción del suicidio consumado más centradas en conductas previas como la tentativa de suicidio y en aquellos factores protectores como la esperanza que modulan su resiliencia tal y como han informado estudios anteriores^{5,6}. Sin embargo, este hecho ha alertado sobre la imperiosa necesidad de crear herramientas y protocolos ágiles y rápidos, adaptados culturalmente, para la predicción de futuros reintentos de suicidio con suficientes garantías de aplicabilidad clínica¹⁰.

Este estudio apoya la hipótesis referida al efecto del continuum esperanza-desesperanza en el suicidio que habían planteado estudios anteriores³¹. La desesperanza es un estado emocional de riesgo que determina la realización de una tentativa suicida, debido fundamentalmente a que el proceso desesperanza produce una sensación de pérdida de control sobre lo que está sucediendo en la propia vida, llevando a una persona a una total indefensión, y probablemente incrementando la necesidad de acabar con esa situación, a través de una tentativa suicida tal y como han planteado estudios previos¹⁷. Lo que aporta este estudio es que la esperanza parece ser una variable predictiva protectora sobre la tentativa de suicidio porque ayuda a cambiar su situación ante las dificultades, planificando caminos alternativos cuando los habituales son inefectivos. En este sentido, la esperanza como posibilidad de que las situaciones futuras sean más favorables, podría explicar la modulación de la gravedad suicida, y en concreto la subdimensión de futuro, es la que presenta un mayor nivel protector ante la tentativa de suicidio.

Los análisis factoriales de este estudio han confirmado una estructura bidimensional de la HHI diferente a su versión anglosajona¹¹ y con altos índices de bondad de ajuste, lo que informa de la importancia de realizar adaptaciones psicométricas adecuadas (fiabilidad y validez) de los instrumentos de valoración clínica en personas que han realizado tentativas de suicidio. Este aspecto también ha sido valorado en la EBeck Hopelessness Scale⁷, ofreciendo una estructura diferente constituida solo por dos subdimensiones (futuro y pérdida) y un excelente nivel de fiabilidad ($\alpha=0,98$). Los instrumentos de medida en población clínica deben ser especialmente sensibles a las dimensiones que se pretenden medir, sobre todo en servicios de urgencias tal y como lo han planteado otros estudios anteriores¹⁹.

La esperanza modula la resiliencia ante tentativas de suicidio y se ofrece una nueva escala adaptada a población clínica de España, corta y fácil de aplicar en urgencias hospitalarias y servicios clínicos o psicosociales que podría valorar el nivel de vulnerabilidad futura al reintento de suicidio en personas que han realizado un intento previo sin centrarse en factores de riesgo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de interés para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization-WHO. Preventing suicide: a global imperative. (spanish version). Washington, DC: Panamerican Health Organization; 2014.
2. Giménez M, Vázquez C, Hervás G. El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psych Soc Educ*. 2010;2(2):83-100.
3. Lopez-Castroman J, Gamez DD, Belloso JJ, Fernandez-Navarro P, Perez-Rodriguez MM, et al. Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *J Schizophr Res*. 2010;116(2-3):184-90.
4. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;5(1):8-23.
5. Hill RM, Pettit JW. Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: current evidence and future directions. *J Clin Psychol*. 2014;70(7):631-43.
6. Suicide Prevention Resource Center-SPRC. Risk and Protective Factors for Suicide. 2010.
7. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
8. Aliaga-Tovar J, Rodríguez de los Ríos L, Ponce-Díaz C, Frisancho-León A, Enríquez-Vereau J. Escala de Desesperanza de Beck: adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol*. 2006;9(1):69-79.
9. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Moreno-Quijano C, Martínez-Salazar GA, et al. Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):86-93.

10. Pérez-Rodríguez S, Marco JH, García-Alandete J. The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*. 2017;29(3):323-8.
11. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Advanced Nurs*. 1992;17(10):1251-9.
12. Ripamonti CI, Buonaccorso L, Maruelli A, Bandieri E, Boldini S, et al. Hope Herth Index (HHI): a validation study in Italian patients with solid and hematological malignancies on active cancer treatment. *Tumori*. 2010;98(3):385-92
13. Benzein E, Berg A. The Swedish version of Herth Hope Index—An instrument for palliative care. *Scand J Caring Sci*. 2010;17(4):409-15.
14. Van Gestel-Timmermans H, Van Den Bogaard J, Brouwers E, Herth K, Van Nieuwenhuizen C. Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index—Dutch version. *Scand J Caring Sci*. 2010;24:67-74.
15. Wahl A, Rustøen L, Lerdal A, Knudsen Ø, Moum T. The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliat Support Care*. 2004;2(3):255-63.
16. Meseguer M, Fernández MM, Soler MI. Propiedades Psicométricas de la escala abreviada de Esperanza de Herth (HHI) en una muestra multiocupacional de la Región de Murcia. I Congreso de Centros Universitarios de Relaciones Laborales y Ciencias del Trabajo, Valencia, España; 2013.
17. Sánchez-Teruel D, Lucena Jurado V, Cárdenas-Morales EK. Propiedades psicométricas del Herth Hope Index en personas que han realizado una tentativa de suicidio. II Jornadas de Psicología Hospitalaria. Alicante, España; 2018.
18. Boudreaux ED, Larkin C, Kini N, Capoccia L, Allen MH, Goldstein Grumet J, et al. Predictive utility of an emergency department decision support tool in patients with active suicidal ideation. *Psychol Serv*. 2018;15(3):270-8.
19. Dufault K, Martocchio B. Symposium on compassionate care and the dying experience Hope: Its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*. 1985;20(2):379-91.
20. Aguilar EJ, Hidalgo-Montesinos MD, Cano-García R, López-Manzano JC, Campillo-Agusti, M, et al. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatr*. 1994;11(4):121-5.
21. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(6):1019-28.
22. Notario-Pacheco M, Solera MD, Serrano R, Bartolomé J, García-Campayo V, Martínez-Vizcaino V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10 item Connor –Davidson Resilience Scale (10 item CDRISC) in young adults. *Health Qual Life Out*. 2011;9:63-8.
23. Soler MI, Meseguer M, García M. Psychometric properties of the spanish version of the 10-item Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) in a sample of workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2016;48(3):159-66.
24. Gjersing L, Caplehorn, J, Clausen, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Res Methodol*. 2010;10(1):13.
25. Hambleton RK. Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD, Eds. *Adapting Psychological and Educational Tests for Cross-Cultural Assessment* (pp. 3-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum. 2005; pp. 3-38.
26. Gudmundsson, E. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*. 2009;61(2),29-45.
27. O'Connor BP. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behav Res Methods*. 2000;32(3):396-402.
28. European Statistical Office of the European Commission-Eurostat. Harmonised unemployment rate by sex. 2015.
29. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, et al. The Incidence and Repetition of Hospital-Treated Deliberate Self Harm: Findings from the World's First National Registry. *PLoS One*. 2012;7(2):e31663.
30. Instituto Nacional de Estadística-I.N.E. Estadísticas de defunciones según causa de muerte; 2018.
31. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, García-León A. An Analysis of Suicide Attempts in Jaén Province (Andalusia-Spain). *Psychology, Community & Health*. 2015;4:14-26.