



ORIGINAL

Traducción y validación de la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* en población española con conducta suicida

Rebeca García-Nieto^{a,*}, Hilario Blasco-Fontecilla^b, Manuel Paz Yepes^a
y Enrique Baca-García^{a,c,d,e}

^a Servicio de Psiquiatría, IIS-Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, CIBERSAM, Madrid, España

^b Servicio de Psiquiatría, CSM-Collado Villalba, Hospital Puerta de Hierro, Universidad Europea de Madrid (UEM), CIBERSAM, Madrid, España

^c Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, New York, Estados Unidos

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España

^e Servicio de Psiquiatría, Hospital Infanta Elena, Madrid, España

Recibido el 8 de mayo de 2012; aceptado el 2 de julio de 2012

Disponible en Internet el 28 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Validación;
Suicidio;
Autolesiones;
Gestos suicidas

Resumen

Introducción: La mayor parte de instrumentos de evaluación que se utilizan en nuestro país examinan un rango limitado de conductas suicidas. En cambio, la escala *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI), desarrollada en EE. UU., valora un rango más amplio de dichas conductas: intento de suicidio, ideación suicida, gestos suicidas y conductas autolesivas. Dada la carencia señalada, nos parece necesario validar la escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA), traducción de la escala SITBI, en la población española.

Material y métodos: Con objeto de examinar las propiedades psicométricas de la EPCA en una muestra española, la escala se administró a 150 adultos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz. Para evaluar la fiabilidad test-retest de la escala, el protocolo de evaluación se volvió a administrar a todos aquellos pacientes que volvieron a ingresar en nuestra unidad al menos 6 meses después de la primera evaluación ($n=50$). Para valorar la validez de constructo de nuestra escala, se administraron algunas de las escalas de evaluación de suicidio más utilizadas en nuestro país.

Resultados: El acuerdo entre examinadores osciló entre $k = 0,90$ y 1. La fiabilidad test-retest fue muy buena en el caso de la ideación suicida, los planes suicidas y los intentos de suicidio; no obstante, fue inferior en el caso de las autolesiones y los gestos suicidas. Nuestros resultados apoyan también la validez de constructo de nuestra escala.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan la fiabilidad (tanto entre-examinadores como test-retest) y validez de constructo de la EPCA en población española.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgarcianieto@fjd.es (R. García-Nieto).

KEYWORDS

Validation;
Suicide;
Self-harming
behaviours;
Suicidal gestures

Translation and validation of the "Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview" in a Spanish population with suicidal behaviour**Abstract**

Introduction: Most of the assessment tools used in our country examine a limited range of suicidal behaviours. In contrast, the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI), developed in the US, assesses a wider range of these behaviours: suicidal ideation, suicide attempt, suicidal gestures, and self-harming behaviours. Given this lack, we think it is necessary to validate the *Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)*, Spanish translation of the SITBI, in the Spanish population.

Material and methods: The EPCA interview was administered to 150 inpatients in the Psychiatry Unit- Fundación Jiménez Díaz in order to examine its psychometric properties in a Spanish sample. To assess its test-retest reliability, the EPCA was again administered to those patients who were readmitted to hospital at least six months after the first assessment ($n=50$). To examine its construct validity, some of the most used assessment tools in this research field were also administered.

Resultados: Inter-rater agreement ranged from $k=.90$ to $k=1$. Test-retest reliability was good in the case of suicidal ideation, suicide plans and suicide attempts; however, it was lower in the case of self-harming behaviours and suicidal gestures. Our results also support the construct validity of the scale.

Conclusions: Our findings back the reliability (both inter-rater and test-retest) and construct validity of the EPCA in the Spanish population.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Pese a que se han realizado grandes avances en el estudio de las conductas suicidas en las últimas décadas, las medidas de conducta suicida empleadas tanto en investigación como en el ámbito clínico carecen de claridad y consistencia¹. Una limitación importante de prácticamente todos los instrumentos existentes, incluso de aquellos que incluyen definiciones claras y específicas de las distintas conductas suicidas, es que examinan únicamente un rango limitado de dichas conductas. En particular, la mayoría evalúan ideación suicida, un número menor de instrumentos examinan intentos de suicidio y una minoría valoran planes de suicidio, gestos suicidas o autolesiones. Este hecho limita la disponibilidad de información sobre los constructos menos estudiados –gestos suicidas y autolesiones–². Además, dificulta la comparación entre distintos estudios e impide examinar las relaciones entre las distintas conductas suicidas¹. Este último aspecto es muy importante, ya que puede ayudar a los clínicos a entender cuándo y cómo están relacionadas estas conductas; especialmente teniendo en cuenta que los tipos de conducta suicida menos severos son los mejores predictores de las conductas suicidas más severas¹. Concretamente, la presencia de un plan de suicidio y de autolesiones están relacionadas con un mayor riesgo de intento de suicidio^{3,4}.

La escala *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI), desarrollada en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard por Nock et al.¹, es el complemento ideal de otras medidas de conducta suicida, ya que, además de valorar las conductas autolesivas, permite evaluar gestos suicidas y diferenciarlos de los intentos de suicidio propiamente dichos.

La escala SITBI evalúa los siguientes aspectos para cada tipo de conducta suicida -ideación suicida, planes de

suicidio, intento de suicidio, gestos suicidas y conductas autolesivas-: edad de inicio, método, severidad, función, desencadenantes, dolor experimentado, consumo de alcohol o drogas asociado, impulsividad e influencia del entorno.

En la actualidad, el protocolo breve de evaluación del suicidio desarrollado conjuntamente por varios grupos de investigación en nuestro país⁵ es el único instrumento que valora todo el rango de las conductas suicidas, salvo las conductas autolesivas. Tampoco hay un instrumento que discrimine entre intentos de suicidio y gestos suicidas. Por ello, nos parece necesario validar la escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA), traducción de la escala SITBI, en la población española. La SITBI ha demostrado ya su utilidad en otros países como EE. UU.^{6,7}.

En este artículo se describe la escala EPCA y se presentan resultados preliminares sobre sus propiedades psicométricas, incluyendo estadísticos descriptivos, fiabilidad entre-examinadores para los ítems cuantitativos, fiabilidad test-retest para los ítems que examinan la presencia y frecuencia de cada tipo de conducta autolesiva en un período de 6 meses y la validez de constructo en relación a otras escalas utilizadas en este área de investigación.

Material y métodos

Participantes

Con objeto de examinar las propiedades psicométricas de la escala EPCA en una muestra española, la escala se administró a 150 pacientes adultos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) que habían realizado un intento de suicidio o parasuicidio, presentaban ideación autolítica y/o habían realizado

Tabla 1 Características sociodemográficas y diagnósticas de los participantes	
Variable	n (%)
<i>Sexo (% mujeres)</i>	84 (56)
<i>Etnia</i>	
Caucásica	136 (90,7)
Hispana	8 (5,3)
Gitana	4 (2,7)
Afroamericana	1 (0,7)
Magrebí	1 (0,7)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	64 (42,7)
Casado	60 (40)
Separado	24 (16)
Viudo	2 (1,3)
<i>Nivel educativo</i>	
Sin estudios	34 (22,7)
Primario	45 (30)
Secundario	32 (21,3)
Universitario	39 (26)
<i>Situación laboral</i>	
Activo	34 (22,7)
Paro	39 (26)
Incapacidad laboral	71 (47,3)
Jubilado	6 (4)
<i>Diagnóstico</i>	
Esquizofrenia	39 (26)
Depresión	27 (18)
Trastorno bipolar	21 (14)
Consumo/dependencia alcohol	19 (12,7)
Trastorno adaptativo	14 (9,3)
Trastorno de personalidad	9 (6)
Consumo tóxicos	7 (4,7)
Trastorno conducta alimentaria	6 (4)
Ansiedad	5 (3,3)
T. Orgánico	3 (2)

una conducta autodestructiva sin intención suicida según las definiciones establecidas en este área de investigación⁸. Los pacientes fueron incluidos en el estudio tras haber firmado el consentimiento informado validado por el Comité de Ética para participar en esta investigación. El período de reclutamiento tuvo lugar entre el 1 de diciembre de 2010 y el 31 de agosto de 2011. Un total de 6 pacientes rechazaron participar en el estudio. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que carecían de capacidad de comprender las preguntas de este estudio a causa de deterioro cognitivo o retraso mental. En base a estos criterios, 2 sujetos fueron excluidos.

La mayor parte de participantes fueron mujeres, caucásicos y solteros. La media de edad de los participantes fue de 43,3 años (Dt = 10,3). En la tabla 1 se presenta una información más detallada sobre las características demográficas y diagnósticas de los participantes.

Procedimiento

Traducción y traducción inversa de la escala

Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview

El proceso de traducción de la escala se llevó a cabo mediante un diseño de traducción inversa, con el fin de asegurar al máximo la equivalencia de ambas versiones. En la traducción participaron 2 personas bilingües especialistas en salud mental (R. G. N. N. W.). Las discrepancias entre ambas traducciones se resolvieron por consenso. La escala EPCA aparece recogida en el Anexo (disponible como material adicional en la web).

Antes de iniciar el proceso de recogida de la muestra, una psicóloga clínica (R. G. N.) experta en la administración de pruebas entrenó a 2 psiquiatras y 2 psicólogos para asegurar que las condiciones de administración fueran iguales. La fase de entrenamiento finalizó cuando se llegó al 100% de acuerdo en la corrección y puntuación de la escala. Los participantes fueron asignados a los entrevistadores al azar.

Evaluación

A todos los participantes se les administró la EPCA, una entrevista estructurada que consta de 169 ítems divididos en 5 módulos que examinan la presencia, frecuencia y características de 5 tipos de conductas autolesivas: a) ideación suicida; b) planes de suicidio; c) gestos suicidas; d) intentos de suicidio y e) autolesiones. La construcción de las preguntas en el SITBI original son consistentes con las definiciones de cada tipo de conducta comúnmente aceptadas^{8,9}.

Cada módulo comienza con una pregunta de *screening* sobre la presencia a lo largo de la vida de un pensamiento o conducta autolesiva. Si el participante niega haber presentado alguna vez dicha conducta, se pasa al módulo siguiente; si afirma haberla presentado, se solicita toda la información relativa a: la frecuencia de cada conducta autolesiva a lo largo de la vida, el pasado año y el pasado mes; la edad de inicio; la severidad y los métodos utilizados. A continuación, la escala EPCA evalúa la función que cumple para el paciente cada tipo de conducta examinada mediante 4 preguntas cuya respuesta puntúa en una escala Likert de 0 a 4. Las funciones examinadas son: regulación emocional (p. ej. para evadir sentimientos aversivos o generar sentimientos) o medio de comunicarse con otras personas (p. ej., llamar la atención de los demás o escapar de alguna situación).

La EPCA examina también los desencadenantes, el dolor experimentado y la influencia del entorno en la conducta autolesiva: la familia, los amigos, la pareja, los compañeros, el trabajo/estudios y el estado mental. A los participantes también se les pregunta acerca del consumo de alcohol/drogas en el momento de la conducta autolesiva y el grado de premeditación o impulsividad de la misma.

La administración de la escala lleva entre 3 y 15 min, dependiendo del número de módulos administrados. Además de la EPCA, con objeto de valorar la validez de constructo de nuestra escala, se administraron otras escalas relacionadas: la escala de ideación suicida de Beck (EIS)¹⁰, la escala de tentativa de suicidio de Beck (SIS)¹¹, la lethality rating scale (LRS)¹² y la risk-rescue scale (RRS)¹³. Todas estas escalas son ampliamente utilizadas en esta área de investigación, y en líneas generales han mostrado buenas propiedades psicométricas. Además, se administraron los siguientes instrumentos

diagnósticos: la minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)¹⁴ y la versión de screening del *International Personality Disorder Examination* (IPDE-SQ)¹⁵.

Con objeto de evaluar la fiabilidad test-retest de la escala, el protocolo de evaluación se volvió a administrar a todos aquellos pacientes que volvieron a ingresar en nuestra unidad a los 6 meses después de la primera evaluación ($n = 50$). Optamos por examinar la fiabilidad test-retest de la escala a 6 meses por ser este el criterio temporal elegido por Nock et al.¹ en el proceso de validación de la escala original.

Análisis de datos

En lugar de examinar un solo constructo utilizando numerosos ítems (como hace p. ej. la EIS¹⁰), la escala SITBI fue diseñada para examinar de forma eficiente un amplio rango de constructos utilizando un número mínimo de ítems. Por tanto, siguiendo a Nock et al.¹, no se realizaron análisis factoriales o de consistencia interna, ya que no tendrían ninguna relevancia teórica o empírica. En su lugar, primero examinamos los estadísticos descriptivos (media, desviación típica o proporción de cada ítem cuantitativo de la EPCA), y posteriormente examinamos la fiabilidad entre examinadores de cada ítem cuantitativo (en este estudio participaron 5 examinadores). Para ello, utilizamos el estadístico Kappa, que examina en qué medida 2 examinadores independientes coinciden a la hora de puntuar un ítem determinado de varias entrevistas seleccionadas al azar ($n = 15$). El coeficiente Kappa toma valores entre -1 y 1. Un valor de $k = 0$ refleja que la concordancia observada es exclusivamente del azar. Valores mayores de 0,75 corresponden a un acuerdo excelente entre examinadores; valores entre 0,40 y 0,75 corresponden a un buen acuerdo y valores menores de 0,40 corresponden a un acuerdo pobre entre examinadores¹⁶.

Posteriormente examinamos la fiabilidad test-retest de los ítems que se refieren a la presencia y frecuencia de cada conducta suicida ($n = 50$). Para ello, examinamos la correspondencia entre los ítems que evalúan la presencia de alguna conducta suicida (ítems 1, 30, 58, 84, 116 y 143, que evalúan la presencia/ausencia de ideación suicida, planes de suicidio, gestos de suicidio, intentos de suicidio, pensamientos autolesivos y autolesiones, respectivamente) en el momento de la primera entrevista y en la entrevista de seguimiento. Para examinar la fiabilidad test-retest de los ítems que se refieren a la frecuencia de los diferentes tipos de conducta suicida utilizamos el coeficiente de correlación intraclass (CCI)¹⁷.

Por último, examinamos la validez de constructo de la escala comprobando la correspondencia entre la EPCA y otras escalas relacionadas, detalladas en el anterior apartado. Además de la fiabilidad de la EPCA como instrumento de evaluación, es importante demostrar que es una medida válida de los constructos de la conducta suicida¹⁸. Examinamos la validez de la escala comprobando la consistencia de las respuestas a los ítems relativos a la presencia de ideación suicida (ítem 1), planes de suicidio (ítem 30) y los intentos de suicidio (ítem 84) con las respuestas a los ítems similares de la escala EIS¹⁰ (específicamente, los bloques II, III y IV, respectivamente). Comprobamos también la consistencia de las respuestas a los ítems relativos a la presencia de gestos suicidas de la EPCA (ítem 58) con las respuestas al ítem 9 de la EIS

(relativo al propósito del intento) y comparamos la frecuencia de los intentos de suicidio según la EPCA (ítem 88 con la respuesta al ítem 18 de la EIS). Asimismo, contrastamos la consistencia de las respuestas a algunas características de los intentos de suicidio: como el haber consumido alcohol o drogas en el momento del intento (ítem 110 de la EPCA e ítem 19 de la SIS¹¹), el grado de premeditación (ítem 97 de la EPCA e ítem 15 de la SIS), el método utilizado (ítem 92 de la EPCA y respuestas a la LRS¹² y el ítem 1 de la RRS¹³).

Resultados

Estadísticos descriptivos

Las frecuencias, medias y desviaciones típicas de las respuestas de los participantes aparecen recogidas en la tabla 2. Tal y como muestra dicha tabla, al tratarse de una muestra de pacientes hospitalizados, en muchos casos después de haber realizado un intento de suicidio, la tasa de cada tipo de conducta autolesiva fue bastante alta; especialmente en el caso de la ideación suicida y los intentos de suicidio. Cabe destacar también la alta tasa de consumo de alcohol/drogas en el momento de realizar una conducta autolítica (con una tasa de 48,4% en el caso de los gestos suicidas).

Respecto a la frecuencia de cada tipo de conducta, la que se produjo con más frecuencia a lo largo de la vida fue la ideación suicida. Por el contrario, la que se produjo con menos frecuencia fueron los intentos de suicidio. En cuanto a su inicio, las conductas que tienen lugar a una edad más temprana fueron las autolesiones. Los planes de suicidio, por el contrario, se iniciaron en torno a los 36 años.

La función más importante que cumplen la ideación suicida, los planes de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones para los pacientes fue el reforzamiento negativo automático (es decir, que los pacientes suelen presentar ideación autolítica, planear su suicidio, intentar suicidarse y/o autolesionarse para escapar de otros sentimientos negativos). Sin embargo, llama la atención que la función más importante que cumplen los gestos suicidas para los pacientes fuese el reforzamiento positivo social (para llamar la atención de una persona o comunicarse con alguien). Con respecto a los desencadenantes, el factor que más contribuyó a la realización de la conducta autolesiva fue el estado mental del paciente en el momento de realizarla, seguido por los problemas familiares y de pareja. Este hallazgo es similar al encontrado por Nock et al.¹.

En cuanto a los intentos de suicidio ($n = 121$), los métodos utilizados con mayor frecuencia fueron: sobreingesta medicamentosa (70,5%), drogas ilegales (16,6%) y los cortes profundos (14,1%). Otros métodos de suicidio como las armas de fuego (10,2%), la inmolación (8,9%) o el ahorcamiento (8,9%) fueron utilizados en menor medida en nuestro medio. Los problemas financieros fueron el factor desencajante del intento de suicidio más reciente en el 33,3% de los intentos, seguido de las discusiones de pareja (25,6%) y las discusiones familiares (17,9%). Un 67,9% de los intentos de suicidio fueron impulsivos, no premeditados, y se decidieron en el mismo día en que se produjo el intento. Por último, los participantes habían realizado una media de 1,4 intentos de suicidio previos ($Dt = 1,96$).

Tabla 2 Frecuencias, medias y desviaciones típicas de las respuestas de los participantes a la escala EPCA

	Ideación suicida		Planes de suicidio		Gestos suicidas		Intentos de suicidio		Autolesiones	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presencia a lo largo de la vida	123	82	37	24,6	31	20,6	78	52	28	18,7
Consumo alcohol/drogas	43	34,9	12	32,4	15	48,4	33	42,3	12	42,8
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Frecuencia	13,3	26,9	3,1	4,0	4,5	15,9	2,4	1,9	13,6	16,9
Edad inicio	19,8	6,3	36,1	16	19,8	6,8	30,8	12,9	17,8	11,3
Severidad (escala 0-4)	3,11	0,9	3,49	0,7	-	-	3,2	0,7	2,1	1,7
Función para el paciente (escala 0-4)										
Reforzamiento negativo automático	2,8	1,4	2,4	1,7	1,2	1,3	3,2	1,3	2,3	1,5
Reforzamiento positivo automático	0,8	1,5	1,2	1,6	0,8	1,4	0,9	1,5	1,7	1,4
Reforzamiento positivo social	0,9	1,4	0,8	1,2	2,8	1,5	0,8	1,2	0,3	0,8
Reforzamiento negativo social	0,9	1,5	1,0	1,5	1,2	1,4	1,3	1,6	0,1	0,5
Desencadenantes (escala 0-4)	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Familia	1,7	1,6	1,1	1,6	2,1	1,8	1,5	1,6	1,9	1,8
Amigos	0,3	0,8	0,2	0,6	0,5	1,2	0,3	0,8	0,5	0,9
Pareja	1,2	1,6	1,1	1,6	1,5	1,7	1,1	1,6	1,4	1,6
Compañeros	0,2	0,6	0,1	0,3	0,6	1,2	0,2	0,7	0,4	0,9
Trabajo/colegio	0,7	1,2	0,5	0,9	0,7	1,2	0,6	1,2	0,5	1,1
Estado mental	3,2	1,3	3	1,4	2,7	1,7	3,2	1,3	2,8	1,5

Reforzamiento negativo automático: para deshacerse de sentimientos negativos; Reforzamiento positivo automático: para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío; Reforzamiento negativo social: para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien; Reforzamiento positivo social: para comunicarse con otra persona o conseguir su atención.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad entre-examinadores

Nuestro análisis reveló un acuerdo perfecto entre examinadores ($k = 1$) para todos los ítems que evalúan la presencia de alguna conducta suicida a lo largo de la vida (ítems 1, 30, 58, 84, 116 y 143, que evalúan la presencia/ausencia de ideación suicida, planes de suicidio, gestos de suicidio, intentos de suicidio, pensamientos autolesivos y autolesiones, respectivamente). La fiabilidad entre examinadores fue también perfecta ($k = 1$) para todos los ítems que evalúan la presencia de alguna conducta suicida en el pasado año (ítems 5, 34, 62, 89 y 147) y en el pasado mes (ítems 6, 35, 63, 90 y 148). Para el resto de ítems cuantitativos (edad, números episodios), el coeficiente de fiabilidad obtenido fue excelente ($k = 0,90$). No se calculó la fiabilidad entre-examinadores para los ítems cualitativos (p. ej., preguntas abiertas sobre las razones para realizar conductas autolesivas), dada la naturaleza de los datos.

Fiabilidad test-retest

La fiabilidad test-retest fue muy buena en el caso de la ideación suicida (ítem 1, $k = 0,82$), los planes suicidas (ítem 30, $k = 0,79$) y los intentos de suicidio (ítem 84, $k = 0,87$); no obstante, fue inferior en el caso de las autolesiones (ítem 143, $k = 0,65$) y los gestos suicidas (ítem 58, $k = 0,47$).

La fiabilidad test-retest fue muy buena en el caso de la frecuencia de la ideación suicida (ítem 4, CCI = 0,77), planes de suicidio (ítem 33, CCI = 0,69) e intentos de suicidio (ítem 88, CCI = 0,91). No obstante, la fiabilidad test-retest fue

inferior en el caso de los gestos suicidas (ítem 61, CCI = 38) y las autolesiones (ítem 146, CCI = 0,49).

Validez de constructo

Los resultados relativos a la validez de constructo aparecen recogidos en la tabla 3. En general, el acuerdo entre las respuestas fue muy bueno, oscilando entre el $k = 0,65$ en el caso del método utilizado (al compararlo con el ítem 1 de la RRS¹³) y el $k = 0,99$ en el caso de la presencia de ideación suicida, planes e intentos de suicidio.

La concordancia con respecto a los gestos de suicidio fue ligeramente inferior a la obtenida para las demás conductas suicidas ($k = 0,78$). También fue menor la concordancia obtenida con respecto al método utilizado ($k = 0,65$).

Discusión

Nuestros resultados apoyan la fiabilidad (tanto entre-examinadores como test-retest) y validez de la EPCA en población española. Aunque existen muchas medidas que examinan conductas suicidas particulares (como la EIS¹⁰), no existen otras escalas en nuestro país que examinen todo el rango de la conducta suicida (ideación suicida, planes de suicidio, gestos e intentos de suicidio y conductas autolesivas). En nuestro país tampoco existen escalas que diferencien entre gestos suicidas e intentos de suicidio. Esta distinción es de vital importancia ya que, en comparación con aquellos que realizan gestos suicidas, las personas que intentan suicidarse con intención de morir tienen mayor riesgo de morir en un intento de suicidio posterior¹⁹⁻²¹ o realizar un intento

Tabla 3 Validez de constructo

	Coeficiente Kappa
<i>Presencia de ideación suicida</i> Correspondencia entre ítem 1 (SITBI) y Bloque II (EIS)	$k = 0,99$
<i>Presencia de planes de suicidio</i> Correspondencia entre ítem 30 (EPCA) y Bloque III (EIS)	$k = 0,99$
<i>Presencia de intentos de suicidio</i> Correspondencia entre ítem 84 (EPCA) y Bloque IV (EIS)	$k = 0,99$
<i>Presencia de gestos suicidas</i> Correspondencia entre ítem 58 (EPCA) e ítem 9 de la EIS	$k = 0,78$
<i>Frecuencia de intentos de suicidio</i> Correspondencia entre ítem 88 (EPCA) e ítem 18 de la EIS	$k = 0,89$
<i>Consumo de alcohol/drogas durante el intento de suicidio</i> Correspondencia entre ítem 110 (EPCA) e ítem 19 de la SIS	$k = 0,88$
<i>Grado de premeditación del intento de suicidio</i> Correspondencia entre ítem 97 (EPCA) e ítem 15 de la SIS	$k = 0,93$
<i>Método utilizado</i> Correspondencia entre ítem 92 (EPCA) y LRS	$k = 0,91$
Correspondencia entre ítem 92 (EPCA) e ítem 1 de la escala RRS	$k = 0,65$

EIS: escala de ideación suicida de Beck; EPCA: escala de pensamiento y conducta autolesiva; Escala LRS: lethality rating scale; Escala SIS: escala de tentativa de suicidio; RRS: risk-rescue scale.

de suicidio más letal^{22,23}. Por otra parte, la EPCA amplía en gran medida las escalas existentes, ya que, además de lo anterior, incluye ítems que recogen información sobre la motivación del sujeto a la hora de realizar una conducta suicida y sobre los acontecimientos desencadenantes. Por todo ello, la EPCA nos parece útil para evaluar el riesgo suicida de un paciente dado, uno de las tareas más importantes, y complejas, de la práctica clínica²⁴.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la excelente fiabilidad entre-examinadores observada para cada tipo de conducta suicida examinada parece estar relacionada con la claridad y precisión con que están definidas cada una de ellas. Nuestros análisis también revelaron una fiabilidad test-retest entre buena y excelente en todas las conductas suicidas examinadas. En general, podemos concluir que los coeficientes de fiabilidad test-retest indican que los datos obtenidos con la EPCA son estables. La fiabilidad obtenida fue mayor a la obtenida en otros instrumentos^{25,26}. La inferior fiabilidad obtenida en el caso de los gestos suicidas puede guardar relación con el pequeño número de pacientes que informaron de haber realizado alguna vez un gesto suicida en la entrevista de seguimiento. Concretamente, de los 31 pacientes que afirmaron haber realizado un gesto suicida en la primera entrevista, solo 13 hicieron la misma afirmación en la entrevista de seguimiento. No está claro por qué algunos pacientes cambiaron su respuesta a este ítem. Un gesto suicida puede interpretarse como un intento de manipular y movilizar a las personas de alrededor, y algunas personas no siempre están dispuestas a admitir que esas fueran sus intenciones.

Asimismo, nuestros resultados apoyan que las respuestas obtenidas mediante nuestra escala son consistentes con las de otras medidas de la conducta suicida (la EIS¹⁰, la

SIS¹¹, la LRS¹² y la RRS¹³), apoyando así la validez de constructo de nuestra escala. No obstante, el hecho de que la concordancia con respecto a los gestos de suicidio fuera ligeramente inferior a la obtenida para las demás conductas suicidas puede estar relacionado con la propia definición de gesto de suicidio. En la escala EPCA se define como cualquier conducta realizada por una persona para que otros crean que tenía intención de matarse cuando realmente no existía esa intención. El ítem 9 de la EIS¹⁰, en cambio, se refiere a una motivación más precisa (manipular el entorno, llamar la atención, venganza), no simplemente a hacer creer a los demás que quería matarse. Es probable que la menor concordancia encontrada en este caso esté relacionada con el hecho de que ambos ítems estén enunciados de manera distinta. También fue inferior la concordancia obtenida con respecto al método utilizado ($k = 0,65$). En este caso, se debe a la diferente forma de agrupar los métodos: en la escala SITBI se recogen hasta 15 métodos distintos; en cambio, la RRS¹³ agrupa todos los métodos en 3 bloques: a) ingestión, corte, puñalada; b) ahogamiento, asfixia, estrangulamiento y c) salto, disparo.

Por otra parte, aunque no era el objetivo de este estudio analizar las características de la muestra, algunos de los hallazgos merecen al menos un comentario. Cabe destacar la elevada tasa de consumo de tóxicos en todo el rango de conductas suicidas. En este sentido, algunos autores han encontrado una fuerte asociación entre la conducta suicida y el consumo de tóxicos, especialmente en el caso de consumidores de cocaína^{27,28}. Otro hallazgo significativo es el hecho de que las autolesiones se inicien a una edad más temprana que los planes de suicidio. Esto podría deberse a que dichas conductas cumplen funciones diferentes para el sujeto. Así, las autolesiones podrían tener una función

liberadora de tensión²⁹, mientras que la planificación podría estar más estrechamente relacionada a procesos depresivos o a la soledad³⁰. En cuanto a los desencadenantes y los métodos utilizados, nuestros hallazgos son similares a lo que refleja la literatura³¹.

En resumen, podemos concluir que la EPCA goza de buenas propiedades psicométricas. No obstante, a la hora de interpretar estos resultados, es importante tener en cuenta algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio piloto, la escala se validó en una muestra relativamente pequeña de pacientes (n=150); por tanto, los datos aquí presentados deben considerarse preliminares. Los participantes en este estudio fueron atendidos en los servicios de urgencia y hospitalización de la Fundación Jiménez Díaz. Es, por tanto, necesario administrarlo en otro tipo de entornos (p. ej. en consulta ambulatoria) para comprobar la generalizabilidad de estos resultados. Por otra parte, aunque nuestra escala examina un amplio rango de conductas suicidas, su alcance es limitado. Por ejemplo, no incluye ítems sobre comportamientos potencialmente autodestructivos, como el consumo de alcohol o el abuso de sustancias. Tampoco evalúa estados psicológicos frecuentemente asociados con la conducta suicida, como el estado de ánimo depresivo o la desesperanza. Entender la influencia de otros comportamientos autodestructivos y estos estados psicológicos sobre la conducta suicida es esencial para entender esta última. Por tanto, podría ser útil añadir módulos adicionales que recojan este tipo de información. Asimismo, no se realizó una adaptación cultural de la escala, lo cual podría limitar su utilidad en hispano parlantes no residentes en España (p. ej. hispanos en EE. UU.).

Por último, cabe destacar que, dado que el tiempo estimado de administración de la escala oscila entre los 3 y 15 min, su aplicación en la práctica clínica de nuestro medio resulta viable. Las preguntas de *screening* que encabezan cada módulo llevan menos de 3 min; los beneficios, en contraste, son muchos, ya que el hecho de administrar la escala puede tener una implicación legal y servir como fundamento a la hora de tomar decisiones clínicas³². Además, en caso de que el *screening* sea positivo, la administración de la escala puede contribuir a mejorar la forma en que la información es recogida y hacer que la evaluación clínica sea más completa³³. Por ello, creemos que la escala EPCA puede resultar útil en nuestra práctica clínica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este artículo ha sido posible gracias al proyecto de investigación «Valoración de conductas autolesivas y gestos suicidas: validación de la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI)» (2011) financiado por el Banco de Instrumentos en Salud Mental (BICIBERSAM) y a la beca Río Hortega para formación en investigación de profesionales sanitarios que han finalizado el período de formación sanitaria especializada (CM10/00034). Asimismo, los autores queremos dar las gracias al Dr. Matthew Nock, por darnos permiso para traducir y validar la escala SITBI.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.001>.

Bibliografía

1. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;19:309–17.
2. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11:129–47.
3. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56:617–26.
4. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatr Res*. 2006;144:65–72.
5. Garcia-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Saiz PA, Garcia Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluacion del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:24–36.
6. Walsh B. Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide. *J Clin Psychol/In Session*. 2007;63:1057–68.
7. Klonsky ED, Weinberg A. Assessment of non-suicidal self-injury. En: Nock MK, editor. *Understanding non-suicidal selfinjury: Origins, assessment, and treatment*. Washington: American Psychological Association Press; 2009. p. 45–6.
8. O'Carroll PW, Berman AL, Maris R, Moscicki E. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threat*. 1996;26:237–52.
9. Silverman MM, Bernan AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:264–77.
10. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44:499–505.
11. Beck AT, Weisman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psych*. 1974;42:861–5.

12. Mann JJ, Malone K. Cerebrospinal fluid amines and higher lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiat.* 1997;41:162–72.
13. Weisman AD, Worden JW. Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. *Arch Gen Psychiat.* 1972;20:553–60.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr.* 1998;59:22–33.
15. Loranger A. International personality disorder examination: ICD-10 module. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995.
16. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. Hoboken: Wiley; 2003.
17. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86:420–8.
18. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull.* 1955;52:281–302.
19. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Brit J Psychiat.* 2005;186:60–6.
20. Hjelmeland H. Verbally expressed intentions of parasuicide: II. Prediction of fatal and nonfatal repetition. *Crisis.* 1996;17:10–4.
21. Lonnqvist J, Ostamo A. Suicide following the first suicide attempt: A five-year follow-up using a survival analysis. *Psych Fen S.* 1991;22:171–9.
22. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiat.* 1975;132:285–7.
23. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *J Consult Clin Psych.* 2004;72:1170–4.
24. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:8–23.
25. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2000.
26. Goldston DB. Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2000.
27. Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry.* 2002;159:615–9.
28. Garlow SJ, Purselle D, D’Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70:101–4.
29. Conner KR, Duberstein PR, Beckman A, Heisel MJ, Hirsch JK, Gamble S, et al. Planning of suicide attempts among depressed inpatients ages 50 and over. *J Affect Disord.* 2007;97:123–8.
30. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124:134–40.
31. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Duberstein P, Perez-Rodriguez M, Dervic K, Saiz-Ruiz J, et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *J Pers Disord.* 2010;24:773–84.
32. Baca-García E, Diaz-Sastre C, Garcia Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decision by emergency psychiatrists after a patient’s suicide attempt. *Psychiatr Serv.* 2004;55:792–7.
33. Oquendo MA, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2:63–5.