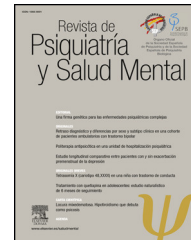




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales para la detección de los intentos de suicidio



Paula Artieda-Urrutia^a, David Delgado-Gómez^b, Diego Ruiz-Hernández^c,
Juan Manuel García-Vega^a, Nuria Berenguer^a, María A. Oquendo^d
e Hilario Blasco-Fontecilla^{a,e,*}

^a Department of Psychiatry, IDIPHIM, Puerta de Hierro University Hospital, Majadahonda, Madrid, España

^b Department of Statistics, Universidad Carlos III, Leganés, Madrid, España

^c Department of Quantitative Methods, CUNEF, Madrid, España

^d Molecular Imaging and Neuropathology Division, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, Estados Unidos

^e Autonoma University, CIBERSAM, Madrid, España

Recibido el 26 de enero de 2015; aceptado el 20 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Personas que intentan suicidarse;
Personalidad;
Acontecimientos vitales;
Sensación de vacío

Resumen

Objetivo: Desarrollar una escala breve y fiable para identificar a las personas en riesgo de conducta suicida.

Método: *Diseño:* estudio de caso-control. *Muestra y centro:* 182 individuos (61 personas que intentaron suicidarse, 57 controles psiquiátricos y 64 controles sanos) con una edad de 18 años o más, admitidos en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, España. *Mediciones:* todos los participantes rellenaron un formulario que incluía sus características sociodemográficas y clínicas, y la Escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (27 cuestiones). Para evaluar los diagnósticos del Eje I, a todos los pacientes psiquiátricos (incluyendo a las personas que intentaron suicidarse) se les realizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. *Análisis estadístico:* se aplicó estadística descriptiva para los factores sociodemográficos. Además, se aplicaron las pruebas de independencia de χ^2 para evaluar las diferencias de las variables sociodemográficas y clínicas, y de la Escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales entre grupos. Se llevó a cabo una regresión lineal escalonada con selección de variable retrospectiva para elaborar la escala abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PLE). A fin de evaluar la precisión se realizó un análisis de ROC. Se evaluó la fiabilidad interna utilizando la α de Cronbach, y la fiabilidad externa mediante un procedimiento de prueba-reprueba.

Resultados: La escala S-PLE, que se compone únicamente de 6 cuestiones, reflejó un buen desempeño al discriminar los controles sanos, los controles psiquiátricos y los intentos de suicidio en una muestra independiente. Por ejemplo, la escala S-PLE discriminó a las personas que

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: hblasco@yahoo.es, hblasco@idiphim.org (H. Blasco-Fontecilla).

intentaron suicidarse y a las que no lo hicieron en el pasado, con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 75%. El área bajo la curva ROC fue del 88%. Un análisis factorial extrajo solamente un factor, lo que revela la dimensión única de la escala S-PLE. Además, la escala S-PLE aporta valores de fiabilidad interna y externa que se incluyen dentro de los rangos débil (prueba-reprueba: 0,55) y aceptable (α de Cronbach: 0,65). El tiempo de realización es de alrededor de un minuto.

Conclusiones: La escala S-PLE es un instrumento útil y preciso para calcular el riesgo de conducta suicida en centros asistenciales donde escasea el tiempo.

© 2015 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Suicide attempters;
Personality;
Life events;
Emptiness

Short Personality and Life Event scale for detection of suicide attempters

Abstract

Objective: To develop a brief and reliable psychometric scale to identify individuals at risk for suicidal behaviour.

Method: Design: Case-control study. **Sample and setting:** 182 individuals (61 suicide attempters, 57 psychiatric controls, and 64 psychiatrically healthy controls) aged 18 or older, admitted to the Emergency Department at Puerta de Hierro University Hospital in Madrid, Spain.

Measures: All participants completed a form including their socio-demographic and clinical characteristics, and the Personality and Life Events scale (27 items). To assess Axis I diagnoses, all psychiatric patients (including suicide attempters) were administered the Mini International Neuropsychiatric Interview. **Statistical analysis:** Descriptive statistics were computed for the socio-demographic factors. Additionally, χ^2 independence tests were applied to evaluate differences in socio-demographic and clinical variables, and the Personality and Life Events scale between groups. A stepwise linear regression with backward variable selection was conducted to build the Short Personality Life Event (S-PLE) scale. In order to evaluate the accuracy, a ROC analysis was conducted. The internal reliability was assessed using Cronbach's α , and the external reliability was evaluated using a test-retest procedure.

Results: The S-PLE scale, composed of just 6 items, showed good performance in discriminating between medical controls, psychiatric controls and suicide attempters in an independent sample. For instance, the S-PLE scale discriminated between past suicide and past non-suicide attempters with sensitivity of 80% and specificity of 75%. The area under the ROC curve was 88%. A factor analysis extracted only one factor, revealing a single dimension of the S-PLE scale. Furthermore, the S-PLE scale provides values of internal and external reliability between poor (test-retest: 0.55) and acceptable (Cronbach's α : 0.65) ranges. Administration time is about one minute.

Conclusions: The S-PLE scale is a useful and accurate instrument for estimating the risk of suicidal behaviour in settings where the time is scarce.

© 2015 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevención del suicidio constituye un motivo de gran preocupación en la salud pública¹⁻³. Con arreglo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio representa aproximadamente el 1,4% de la carga global de enfermedad⁴. Se calcula que un millón y medio de personas cometerán suicidio cada año, y al menos de 10 a 20 veces más realizarán intentos no letales para el año 2020⁵. Además, solo en EE. UU., los costes económicos anuales y estimados del suicidio representan alrededor de 33 billones de dólares al año⁶.

A pesar de estas cifras tan impactantes, es posible prevenir parcialmente la conducta suicida con intervenciones específicas en poblaciones de alto riesgo^{7,8}. Por ejemplo,

algunos investigadores han señalado que el acceso al tratamiento adecuado podría reducir los índices de suicidio hasta en un 25%⁹. Más recientemente, Hampton¹⁰ reportó una reducción de los índices de suicidio del 75% mediante la introducción de un programa de cuidados en los casos de depresión.

Una de las tareas más difíciles en la prevención del suicidio es la detección de las personas en riesgo¹¹. Entre los motivos que se hallan tras este problema se encuentra el hecho de que la mayoría de las personas que intentan suicidarse no revelan sus pensamientos y planes suicidas a sus médicos^{12,13}. Además, aunque diversos factores de riesgo incrementan la posibilidad de suicidio –como es el caso de la depresión mayor¹⁴, la tentativa de suicidio previa¹⁵ o los acontecimientos vitales recientes¹⁶–, los esfuerzos previos

para encontrar una herramienta que identifique a las personas en riesgo de conducta suicida deben reportar aún unos buenos resultados^{17,18}. Por ejemplo, Bolton et al.¹⁹ realizaron un estudio en el que la escala SAD PERSONS no pudo predecir con precisión los intentos de suicidio entre las personas que requerían servicios psiquiátricos en las unidades de urgencias. En otro estudio, la Escala de Intento de Suicidio no fue capaz de predecir qué personas con conducta autolesiva morirían finalmente por cometer suicidio²⁰.

Estos hallazgos subrayan la importancia de desarrollar herramientas precisas que identifiquen y prevengan la conducta suicida. Con este fin, Blasco-Fontecilla et al.²¹ desarrollaron la escala Personality and Life Events (PLE, «Personalidad y Acontecimientos Vitales»). La escala PLE consiste en 27 cuestiones de entre las más discriminativas de una serie de cuestionarios que se emplean normalmente en la evaluación de la conducta suicida. Las 27 cuestiones fueron seleccionadas utilizando el algoritmo de Larsen²². La escala PLE reflejó unos excelentes resultados de precisión (86,4%), sensibilidad (80,8%) y especificidad (89,6%) para clasificar a las personas que intentan suicidarse²¹.

El objetivo de este artículo es desarrollar y probar una versión reducida de la escala PLE que pueda utilizarse en procesos analíticos cuando se dispone de poco tiempo, como en los servicios de urgencias y los centros ambulatorios saturados. Además, también es relevante el desarrollo de esta escala abreviada dado el incremento de las aplicaciones sobre salud en Internet: hoy en día, tanto los investigadores como los profesionales médicos recolectan los datos de los pacientes mediante las aplicaciones de los teléfonos móviles²³. La disponibilidad de escalas abreviadas es esencial, considerando que el arrepentimiento es uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos al recolectar este tipo de datos²⁴. Nuestra hipótesis es que la versión abreviada de la escala PLE (S-PLE) puede identificar con precisión a las personas en riesgo de conducta suicida.

Material y métodos

Muestras y procedimiento

Los participantes no recibieron incentivo alguno. Inicialmente, incorporamos a 236 personas, pero excluimos de nuestros análisis a 54 de ellas (22,5%) debido a la falta de valores. La muestra final de este estudio consistió en 182 personas (61 que habían intentado suicidarse, 57 controles psiquiátricos y 64 controles psiquiátricamente sanos) con edad de 18 años o más, admitidos en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, España, entre el 1 de junio y el 1 de diciembre de 2013. Todos los participantes fueron evaluados dentro de las primeras 24 h posteriores a su ingreso. Las valoraciones fueron realizadas por los residentes en Psiquiatría, con formación específica para evaluar los intentos de suicidio.

El grupo de personas con tentativa de suicidio incluyó a 18 varones y 43 mujeres. El grupo de control psiquiátrico comprendía a 21 varones y 36 mujeres que se habían presentado en el Servicio de Urgencias por cualquier motivo psiquiátrico diferente a la conducta suicida. Dichas personas negaron una historia previa de intento de suicidio. Los controles psiquiátricamente sanos (en adelante

denominados, simplemente, los controles sanos) incluían a 26 varones y 38 mujeres, que se presentaron en el Servicio de Urgencias debido a un motivo médico (no psiquiátrico). Los controles sanos se hallaban libres de situaciones psiquiátricas. En los 3 grupos se excluyó a las personas incapaces de decidir o comprender la escala PLE por cualquier motivo. Todos los pacientes incluidos aportaron un consentimiento informado escrito para participar en el estudio. El Comité de Ética del Hospital Universitario Puerta de Hierro aprobó el estudio.

Mediciones

Todos los participantes rellenaron un formulario que recogía sus características sociodemográficas y clínicas. A fin de facilitar el uso de la escala PLE, se dicotomizaron todas las cuestiones (sí/no). Para valorar los diagnósticos del Eje I, a todos los pacientes psiquiátricos (incluyendo los que trataron de suicidarse) se les realizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional²⁵, que es una entrevista diagnóstica estructurada eficaz, breve y fácil de realizar^{21,25}. Se determinó que los controles sanos no tuvieran una historia personal de enfermedad psiquiátrica, lo que se verificó mediante preguntas directas y revisión de su historia médica electrónica.

Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva para los factores sociodemográficos. Además, se aplicaron las pruebas de independencia de χ^2 para evaluar las diferencias de las variables sociodemográficas y clínicas entre los grupos. También se realizó la prueba de independencia de χ^2 para evaluar la fortaleza de la relación entre cada cuestión de la escala PLE y el tipo de individuo (intento de suicidio, control psiquiátrico o control sano).

Se llevó a cabo una regresión lineal escalonada con selección de variable retrospectiva para elaborar la escala abreviada. A fin de evaluar la precisión de la escala desarrollada, se realizó un análisis de la característica operativa del receptor (ROC). Normalmente, los trabajos publicados en las áreas de psicología y psiquiatría realizan este análisis utilizando los mismos datos para ambas disciplinas, así como la estimación de los parámetros de los clasificadores y la evaluación de la precisión. La consecuencia de esta práctica es que los resultados reportados tienden a ser mejores que la observación en la práctica. Por ejemplo, las máquinas de vectores de soporte son capaces de lograr una clasificación perfecta en un conjunto dado. Sin embargo, siempre que este clasificador se aplica a un conjunto de datos diferente, su rendimiento disminuye drásticamente. Este fenómeno se conoce como sobreajuste. A fin de evitar este problema, se realizó el análisis utilizando una curva ROC, de acuerdo con la práctica habitual en la comunidad de reconocimiento del patrón, es decir, se separaron los datos en 2 conjuntos inconexos, denominados conjuntos de práctica y prueba. El conjunto de práctica se utiliza para calcular los parámetros de la regresión lineal, y el conjunto de prueba se utiliza para calcular las curvas ROC. A fin de obtener resultados más relevantes, se realizaron 100 validaciones cruzadas. En cada una de ellas, el conjunto de práctica incluyó a 32 controles

Tabla 1 Comparación de los intentos de suicidio, los controles psiquiátricos y los controles sanos con las variables sociodemográficas

Variable	Intento de suicidio (n = 61), n (%)	Control psiquiátrico (n = 57), n (%)	Control sano (n = 64), n (%)	Estadísticas ^a	Marco de datos	p
Edad (años)	36,9 (DE 11,83)	44,1 (DE 13,48)	41,1 (DE 15,19)	4,18	2; 179	0,02
Sexo (mujer)	43 (70,5)	36 (63,2)	38 (59,4)	1,727	2	0,42
Años de educación				8,472	4	0,08
< 8	4 (6,6%)	10 (19,6%)	5 (7,8%)			
9-12	37 (60,6%)	22 (43,1%)	30 (46,9%)			
> 12	20 (32,8%)	19 (37,3%)	29 (45,3%)			
Estatus socioeconómico (euros)				4,986	4	0,29
Bajo (< 500) y bajo-medio (500-1.500)	33 (62,3)	26 (59,1)	28 (47,5)			
Medio (1.500-2.000)	11 (20,8)	6 (13,6)	11 (18,6)			
Medio-alto (> 2.000)	9 (16,9)	12 (27,3)	20 (33,9)			
Modo de convivencia				10,82	4	0,03
Familia de origen	22 (36,1)	10 (17,5)	9 (14,1)			
Familia propia	31 (50,8)	37 (64,9)	47 (73,4)			
Solo y otros	8 (13,1)	10 (17,6)	8 (12,5)			
Raza				4,210	4	0,38
Caucásica	53 (86,9)	53 (93,0)	55 (85,9)			
Hispana	7 (11,5)	3 (5,3)	5 (7,8)			
Otra raza	1 (1,6)	1 (1,8)	4 (6,2)			

^a La prueba de χ^2 se aplicó a todas las comparaciones excepto a la edad (ANOVA).

sanos, 29 controles psiquiátricos y 31 intentos de suicidio, seleccionados de nuestra base de datos, al azar. Las personas restantes (32 controles sanos, 28 controles psiquiátricos y 30 intentos de suicidio) fueron incluidas en el conjunto de prueba.

Por último, una vez evaluado el desempeño de la escala propuesta, se realizó un análisis factorial con la rotación varimax, calculándose la fiabilidad interna y externa a fin de esclarecer las propiedades psicométricas de la escala propuesta. Se valoró la fiabilidad interna utilizando una α de Cronbach, y la fiabilidad externa mediante un procedimiento prueba-reprueba, así como el coeficiente de correlación intraclase. El intervalo de la prueba-reprueba osciló entre 3 y 6 meses. Básicamente, a los 3-6 meses de la entrevista inicial todos los participantes habían sido contactados telefónicamente, solicitándoles que volvieran a responder a la escala PLE. Debido al rechazo a participar en la reprueba, la imposibilidad de contactar con la persona, o la escasez de tiempo transcurrido desde la primera entrevista (inferior a los 3 meses programados), utilizamos una submuestra de 85 individuos (47%) para realizar los análisis prueba-reprueba.

Resultados

Características de la muestra

La [tabla 1](#) refleja los datos sociodemográficos. Aparte de la edad y el modo de convivencia, se produjeron diferencias estadísticamente insignificantes entre los grupos, en términos de datos sociodemográficos.

La [tabla 2](#) muestra la comparación entre las puntuaciones obtenidas por las personas que intentaron suicidarse y los

controles psiquiátricos en la escala Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Se hallaron diferencias estadísticamente insignificantes en los trastornos del Eje I, al comparar los intentos de suicidio y los controles psiquiátricos.

Pruebas de independencia de χ^2

La prueba de χ^2 evaluó la relación entre cada cuestión y la pertenencia al grupo (véase la [tabla 3](#)).

Las cuestiones «Llegada de un nuevo miembro a la familia», «Lesión o enfermedad personal», «Planifico la seguridad laboral» o «Agresión armada a otros» no se relacionaron con la situación de intento de suicidio. De igual modo, las cuestiones «Tengo pocas o nulas ganas de mantener sexo con alguien» y «Gasto o cargo más dinero del que gano» reflejaron una relación débil con la situación de intento de suicidio. Estos resultados apoyan la idea de recortar la escala PLE.

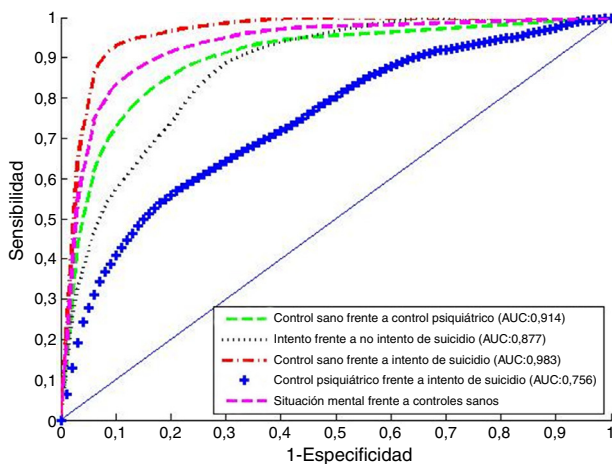
Selección de la cuestión retrospectiva escalonada

Se llevó a cabo un análisis de regresión retrospectiva para seleccionar las cuestiones más adecuadas a incluir en la escala S-PLE. El resultado de este análisis fue la selección de las 6 cuestiones siguientes: «A menudo siento un vacío interior», «Autolesión adulta», «Tengo rabietas o explosiones de coraje», «He sido víctima de ataques injustos hacia mi carácter o reputación», «No puedo decidir el tipo de persona que quiero ser» y «Creo que mi esposo/a (o amante) puede serme infiel».

Tabla 2 Comparación de los intentos de suicidio y los controles psiquiátricos con los trastornos psiquiátricos (escala MINI)

MINI	Intentos de suicidio (n = 61), n (%)	Controles psiquiátricos (n = 57), n (%)	Prueba χ^2 (p)
Episodio depresivo mayor (actual)	45/60 (75,0)	39/57 (68,4)	0,42
Episodio depresivo mayor (pasado)	21/58 (36,2)	19/57 (33,3)	0,75
Distimia	7/60 (11,7)	3/57 (5,3)	0,22
Trastorno de pánico (actual)	6/59 (10,2)	5/57 (8,8)	0,79
Trastorno de pánico con agorafobia	1/59 (1,7)	4/57 (7,0)	0,16
Dependencia del alcohol	12/58 (20,7)	8/58 (13,8)	0,34
Drogodependencia	4/59 (6,8)	3/57 (5,3)	0,73
Trastorno de ansiedad generalizada	24/58 (41,4)	22/57 (38,6)	0,76
Trastorno psicótico (real)	2/59 (3,4)	2/57 (3,5)	0,97

Las celdas de las primeras 2 columnas muestran la ratio de casos con el atributo en relación con los datos disponibles. La ausencia de datos corresponde a la no respuesta a cada cuestión particular.

**Figura 1** Curvas ROC de la escala S-PLE para discriminación de diferentes comparaciones pareadas.

Análisis de la característica operativa del receptor

Una vez identificadas las cuestiones relevantes, el análisis ROC evaluó la capacidad de estas para clasificar correctamente a las personas. Los resultados correspondientes se reflejan en la [figura 1](#). Dicha figura muestra las ROC medias para las 100 simulaciones mencionadas anteriormente, junto con su área media bajo la curva. La escala propuesta discriminó con precisión a los controles sanos y los controles psiquiátricos (línea rayada), logrando una sensibilidad cercana al 90%, con una especificidad del 75%. Por tanto, la escala S-PLE podría utilizarse como un buen instrumento para la detección de enfermedades mentales en los centros de atención primaria.

Dependiendo del tipo de servicio (urgencias, atención sin turno previo, etc.) podrían asignarse diferentes valores a los parámetros predictivos (es decir, sensibilidad, especificidad). Por ejemplo, un centro médico que fije umbrales de sensibilidad del 90% para discriminar a controles sanos y psiquiátricos, y una especificidad del 70% para discriminar a

controles psiquiátricos e intentos de suicidio, obtendría la matriz de confusión reflejada en la [tabla 4](#).

Propiedades psicométricas

El análisis factorial con rotación varimax, aplicado a las cuestiones seleccionadas, extrajo únicamente un factor. Esto refleja la unidimensionalidad de la escala S-PLE. El factor extraído (con valor de Eigen superior a uno) explicó el 36,9% de la varianza. La primera columna de la [tabla 5](#) refleja las cargas factoriales tras la rotación. La contribución de las cuestiones seleccionadas a este factor es muy similar.

En cuanto a la consistencia interna, la α de Cronbach fue de 0,65, mientras que la fiabilidad prueba-reprueba fue de 0,55 (calculada sobre la base de los 85 individuos que participaron en la reprueba), y el coeficiente de correlación intraclases fue de 0,53.

Escala propuesta

Por último, se calcularon las ponderaciones de la escala propuesta utilizando el conjunto completo de datos. Dichas ponderaciones se reflejan en la última columna de la [tabla 5](#). La puntuación total de la escala S-PLE para un individuo dado se obtiene mediante la suma de las ponderaciones de las cuestiones que recibieron una respuesta afirmativa de dicho individuo, y de la constante. Por ejemplo, un individuo que siente «a menudo un vacío interior» y tiene historia de «autolesión adulta» recibiría una puntuación de 2,27 (0,66 [vaciedad] + 0,46 [autolesión adulta] + 1,15 [constante]) (véanse las ponderaciones en la [tabla 5](#)).

Se plantean 2 umbrales para diferenciar los 3 tipos de individuos: aquellos con una puntuación inferior a 1,70 se consideran mentalmente sanos; los individuos con una puntuación superior a 2,46 se consideran en riesgo de tentativa de suicidio; y finalmente, los que obtienen puntuaciones comprendidas entre estos 2 valores son clasificados como individuos con un posible trastorno mental. Los valores asignados a estos umbrales son aquellos que maximizan la precisión de la clasificación.

Tabla 3 Comparación de los intentos de suicidio, los controles psiquiátricos y los controles sanos con las cuestiones de la escala PLE

	Cuestión de la escala PLE	Intentos de suicidio (n = 61), n (%)	Control psiquiátrico (n = 57), n (%)	Control sano (n = 64), n (%)	Prueba χ^2 (p)
1	Cambio de la frecuencia de los argumentos	41 (67,2)	31 (54,4)	11 (17,2)	0,00
2	Cambio de los hábitos personales	39 (63,9)	30 (52,6)	17 (26,6)	0,00
3	Separación matrimonial	18 (29,5)	7 (12,3)	0 (0,0)	0,00
4	A menudo siento vacío interior	55 (90,2)	37 (64,9)	5 (7,8)	0,00
5	Llegada de un nuevo miembro a la familia	6 (9,8)	7 (12,3)	10 (15,6)	0,61 ^a
6	Autolesión adulta	21 (34,4)	3 (5,3)	0 (0,0)	0,00
7	Lesión o enfermedad personal	5 (8,2)	4 (7)	6 (9,4)	0,89 ^a
8	Me preocupa estar solo y tener que cuidar de mí mismo	34 (55,7)	38 (66,7)	12 (18,8)	0,00
9	Tengo rabietas o explosiones de coraje	44 (72,1)	33 (57,9)	12 (18,8)	0,00
10	He sido víctima de ataques injustos hacia mi carácter o reputación	42 (68,9)	35 (61,4)	5 (7,8)	0,00
11	No puedo decidir el tipo de persona que quiero ser	33 (54,1)	22 (38,6)	4 (6,3)	0,00
12	Creo que mi esposo/a (o amante) puede serme infiel	21 (34,4)	6 (10,5)	4 (6,3)	0,00
13	Normalmente me siento incómodo o indefenso cuando estoy solo	23 (37,7)	28 (49,1)	4 (6,3)	0,00
14	No me relacionaré con las personas hasta estar seguro de que les gusto	27 (44,3)	27 (47,4)	7 (10,9)	0,00
15	Tengo pocas o nulas ganas de mantener sexo con alguien	25 (41,0)	23 (40,4)	13 (20,3)	0,02
16	Gasto o cargo más dinero del que gano	20 (32,8)	14 (24,6)	9 (14,1)	0,04
17	La gente piensa que soy raro o excéntrico	27 (44,3)	19 (33,3)	8 (12,5)	0,00
18	Voy al extremo para evitar que las personas se alejen de mí	28 (45,9)	12 (21,1)	1 (1,6)	0,00
19	Mis sentimientos son como el tiempo: siempre cambiantes	32 (52,5)	31 (54,4)	3 (4,7)	0,00
20	Actúo por impulsos	47 (77)	31 (54,4)	13 (20,3)	0,00
22	Tengo autocontrol	28 (45,9)	32 (56,1)	59 (92,2)	0,00
23	Planifico los viajes con la suficiente antelación	34 (55,7)	35 (61,4)	52 (81,3)	0,01
24	Planifico la seguridad laboral	45 (73,8)	44 (77,2)	55 (85,9)	0,22 ^a
25	Las personas tienen una elevada opinión sobre mí	39 (63,9)	42 (73,7)	60 (93,8)	0,00
26	Normalmente obtengo diversión y entretenimiento de la vida	29 (47,5)	33 (57,9)	60 (93,8)	0,00
27	Agresión armada a otros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,00 ^a

^a Relaciones estadísticamente no significativas.

Discusión

Reportamos el desarrollo y la prueba de una escala abreviada de PLE. La escala S-PLE ha demostrado ser un instrumento fiable para clasificar a los individuos con o sin intentos de suicidio pasados. Nuestros resultados han reflejado

también que la escala S-PLE ha sido capaz de distinguir entre individuos con situaciones mentales –bien controles psiquiátricos, bien con intentos de suicidio– y controles sanos. El desempeño de la escala S-PLE disminuye cuando se trata de separar los controles psiquiátricos de los intentos de suicidio. Esto no es sorprendente, dado que los diagnósticos

Tabla 4 Matriz de confusión^a

		Real		
		Control sano (n = 32)	Control psiquiátrico (n = 28)	Intento de suicidio (n = 30)
Predicho	Control sano	27,79 (2,04)	4,97 (2,89)	1,35 (0,92)
	Control psiquiátrico	4,19 (2,05)	13,64 (3,69)	8,17 (3,07)
	Intento de suicidio	0,02 (0,20)	9,39 (2,55)	20,48 (2,98)

Datos expresados como desviación media y estándar del número de casos sobre 100 simulaciones.

^a El desempeño de un modelo dado de clasificación puede evaluarse mediante una matriz de confusión. Dicha matriz refleja la precisión de las predicciones realizadas por el modelo. Por tanto, la diagonal refleja el número de clasificaciones correctas realizadas para cada clase (es decir, intentos de suicidio, controles psiquiátricos o controles sanos), reflejándose los errores realizados fuera de la diagonal. Por ejemplo, de las 32 pruebas de controles sanos, casi 28 (27,79) fueron correctamente clasificadas como controles sanos, y alrededor de 4 (4,19) y 0 (0,02) personas fueron incorrectamente clasificadas como controles psiquiátricos e intentos de suicidio, respectivamente.

Tabla 5 Análisis factorial y ponderaciones de la escala S-PLE

Cuestión	Cargas factoriales (tras la rotación)	Ponderaciones
1 A menudo siento un vacío interior	0,64	0,66
2 Autolesión adulta	0,70	0,46
3 He sido víctima de ataques injustos hacia mi carácter o reputación	0,60	0,40
4 Creo que mi esposo/a (o amante) puede serme infiel	0,87	0,36
5 No puedo decidir el tipo de persona que quiero ser	0,67	0,24
6 Tengo rabietas o explosiones de coraje Constante	0,57	1,15

psiquiátricos constituyen en sí mismos factores de riesgo de la conducta suicida. En cualquier caso, el área bajo la curva ROC que comparó los controles psiquiátricos y los intentos de suicidio resultó bastante aceptable (0,756). El estudio se completó con la evaluación de la fiabilidad interna y externa. En esta valoración, la α de Cronbach adoptó un valor de 0,65, que se aproxima al valor de referencia indicado por Nunnally en 1978²⁶. En cuanto a la fiabilidad externa, la correlación prueba-reprueba fue de 0,55. Esta baja correlación estaba prevista, ya que algunas de las cuestiones incluidas en la escala S-PLE (es decir, «Tengo rabietas o explosiones de coraje») miden la situación del individuo, y no sus rasgos. Además, el hecho de que esta escala esté compuesta únicamente por 6 cuestiones la hace particularmente útil en centros en los que escasea el tiempo.

Otra gran fortaleza de la escala S-PLE es que puede evaluar indirectamente el riesgo de conducta suicida. Las cuestiones que componen la escala S-PLE evalúan el modo en que el examinado se siente con respecto a sí mismo y a su entorno social, laboral y afectivo. Esto es importante

porque muchas personas que intentan suicidarse, y las que lo consiguen, no exhiben una ideación suicida en las citas previas con sus médicos¹², lo que dificulta la prevención de la conducta suicida. En un estudio realizado en Finlandia, solo el 22% de los suicidas reportaron un intento de suicidio al profesional de atención sanitaria¹³. Sin estigmatizar, la hospitalización o el truncamiento de sus planes podrían explicar la falta de comunicación^{12,13}. En este contexto, la escala S-PLE podría ser particularmente interesante ya que, a excepción de la autolesión adulta, esta escala no plantea cuestiones directas acerca de la tentativa de suicidio. En consecuencia, la escala S-PLE podría ser particularmente útil para pacientes que pudieran desear ocultar esta información.

La escala S-PLE se compone de 6 cuestiones referidas al trastorno de la personalidad y un historial de autolesión previa. Las cuestiones más discriminativas fueron «A menudo siento un vacío interior» y «Autolesión adulta». Estos resultados concuerdan con la literatura. Por ejemplo, en una revisión reciente, hallamos que la vaciedad podría tener un poder más predictivo que la impulsividad en relación con la conducta suicida, y podría constituir uno de los factores clínicos más estrechamente asociados a la repetición de la tentativa de suicidio²⁷⁻²⁹, y a la adicción a la conducta suicida^{29,30}. Además, el historial de autolesión y la inestabilidad afectiva constituyen factores de riesgo de una conducta suicida bien reconocidos^{31,32}.

Una limitación del presente estudio es que el conjunto resultante de 6 cuestiones debe compararse aún con las escalas específicas que evalúan la conducta suicida. Asimismo, la escala S-PLE no ha sido probada todavía de modo prospectivo. Sin embargo, resulta útil la capacidad de esta escala para identificar a aquellas personas con probabilidad de padecer una situación psiquiátrica, y a aquellas con probabilidad de tentativa de suicidio pasado, en un minuto.

Conclusiones

La escala S-PLE ha reflejado propiedades psicométricas aceptables, constituyendo un instrumento valioso de detección para evaluar el riesgo de conducta suicida. Esta escala aúna 2 características importantes: mide indirectamente el riesgo de suicidio y puede responderse con rapidez dentro de un breve periodo de tiempo. Por ello, la escala S-PLE

podría constituir una herramienta interesante en los centros de atención primaria o en los servicios de urgencias.

Financiación

Este artículo recibió el apoyo de CIBERSAM (<http://www.cibersam.es/cibersam>) para el desarrollo de una escala capaz de predecir las conductas suicidas (PLE). La escala abreviada S-PLE se incluirá en el Banco de Instrumentos de CIBERSAM. Paula Artieda-Urrutia ha obtenido financiación competitiva de IDIPHIM (<http://www.investigacionpuertadehierro.com/>).

Conflicto de intereses

En los últimos 3 años, el Dr. Hilario Blasco-Fontecilla ha percibido honorarios por impartición de conferencias de Eli Lilly, AB-Biotics, Janssen, Rovi y Shire. Maria A. Oquendo percibió royalties por el uso comercial de C-SSRS, y su familia posee participaciones de Bristol-Myers Squibb. El resto de los autores declara no tener conflicto de intereses alguno.

Agradecimientos

Monica Fernández-Rodríguez, Isabel González-Villalobos, Cesar Rodríguez-Lomas, María Martín-García y Rocio Blanco-Fernández prestaron su ayuda para la incorporación de ciertas personas a nuestro estudio. El Dr. Iruela-Cuadrado nos autorizó a realizar este estudio en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Bibliografía

- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192:98–105.
- Saiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:1–4.
- Giner L, Guija JA. [Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine] Spanish. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:139–46.
- World Health Organization. World report on violence and health. Geneva (Switzerland): WHO; 2002.
- World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva (Switzerland): WHO; 1999.
- Coreil J, Bryant CA, Henderson JN. Social and behavioral foundations of Public Health. Sage Publications; 2001.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis*. 2011;32:319–33.
- Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:47–51.
- Isacsson G. Suicide prevention-A medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:113–7.
- Hampton T. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *JAMA*. 2010;303:1903–5.
- Davis AT, Schrueder C. The prediction of suicide. *Med J Aust*. 1990;153:552–4.
- Smith EG, Kim HM, Ganoczy D, Stano C, Pfeiffer PN, Valenstein M. Suicide risk assessment received prior to suicide death by Veterans Health Administration patients with a history of depression. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:226–32.
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry*. 1995;152:919–22.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156:181–9.
- Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:151–8.
- Kolves K, Varnik A, Schneider B, Fritze J, Allik J. Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Soc Sci Med*. 2006;62:2887–96.
- Hendin H, Al Jurdi RK, Houck PR, Hughes S, Turner JB. Evidence for significant improvement in prediction of acute risk for suicidal behavior. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:604–5.
- Pokorny A. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:249–57.
- Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: A longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:e735–41.
- Harriss L, Hawton K. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: The predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord*. 2005;86:225–33.
- Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gomez D, Ruiz-Hernandez D, Aguado D, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1272–7.
- Delgado-Gomez D, Blasco-Fontecilla H, Sukno F, Ramos-Plasencia MS, Baca-Garcia E. Suicide attempters classification: Toward predictive models of suicidal behavior. *Neurocomputing*. 2012;92:3–8.
- Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, van Os J. Experience sampling research in psychopathology: Opening the black box of daily life. *Psychol Med*. 2009;39:1533–47.
- Eysenbach G. The law of attrition. *J Med Internet Res*. 2005;7:e11.
- 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 Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22–33.
- Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.
- Blasco-Fontecilla H, de León-Martínez V, Delgado-Gomez D, Giner L, Guillaume S, Courtet P. Emptiness and suicidal behavior: An exploratory review. *SOL*. 2013;4:21–32.
- Blasco-Fontecilla H, Jaussent I, Olie E, et al. A cross-sectional study of major repeaters: A distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16.
- Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Courtet P, García-Nieto R, de Leon J. Horror vacui: Emptiness might distinguish between major suicide repeaters and nonmajor suicide repeaters: A pilot study. *Psychother Psychosom*. 2015;84:117–9, <http://dx.doi.org/10.1159/000369937>.
- Blasco-Fontecilla H, Artieda-Urrutia P, Berenguer-Elias N, Garcia-Vega JM, Fernandez-Rodriguez M, Rodriguez-Lomas C, et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? *Adicciones*. 2014;26:321–33.
- Palmier-Claus JE, Taylor PJ, Varese F, Pratt D. Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice. *J Affect Disord*. 2012;143:5–15.
- McGirr A, Alda M, Seguin M, Cabot S, Lesage A, Turecki G. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1124–34.