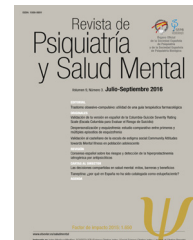




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Escala de dolor psicológico: adaptación de la *Psychache Scale* al español en jóvenes adultos



Jorge L. Ordóñez-Carrasco*, Isabel Cuadrado Guirado y Antonio Rojas Tejada

Departamento de Psicología, Universidad de Almería, Almería, España

Recibido el 29 de enero de 2019; aceptado el 3 de abril de 2019

Disponible en Internet el 4 junio 2019

PALABRAS CLAVE

Dolor psicológico;
Psychache Scale;
Propiedades
psicométricas;
Ideación suicida

Resumen

Introducción: El dolor psicológico es entendido como un estado mental intolerable y perturbador caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas. El presente estudio tiene como objetivo realizar una adaptación al contexto español de la escala de dolor psicológico de Holden et al. en adultos jóvenes.

Material y métodos: La escala evalúa el dolor psicológico como experiencia subjetiva. Está compuesta por 13 ítems con un formato de respuesta tipo Likert. Siguiendo las directrices de la *International Tests Commission* para la adaptación de test, obtuvimos una versión equivalente conceptual y lingüísticamente a la escala original. A través de un cuestionario *online* los participantes completaron la escala de dolor psicológico junto a otras escalas para medir depresión (BDI-II), desesperanza (escala de desesperanza de Beck) y riesgo suicida (escala de riesgo suicida de Plutchik). Los participantes fueron 234 personas (94 hombres, 137 mujeres y 3 personas de otro sexo) de 18 a 35 años.

Resultados: El AFE mostró una solución de un factor y el AFC reveló adecuados índices de ajuste del modelo unifactorial. También mostró una buena fiabilidad de las puntuaciones del test, y evidencias favorables de validez de la escala en relación con la depresión, desesperanza, ideación suicida y riesgo suicida (correlaciones altas, positivas y estadísticamente significativas).

Conclusión: La adaptación al español de la escala de dolor psicológico puede contribuir a mejorar la evaluación tanto del paciente con riesgo suicida como la eficacia de la terapia psicológica, así como la prevención e intervención del comportamiento suicida.

© 2019 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Psychological pain;
Psychache scale;
Psychometric
properties;
Suicidal ideation

Scale of psychological pain: Spanish adaptation of the *Psychache Scale* in young adults

Abstract

Introduction: Psychological pain is understood as an intolerable and disturbing mental state characterized by an internal experience of negative emotions. This study was aimed at making a Spanish adaptation of the *Psychache Scale* by Holden and colleagues in a sample of young adults.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joc657@ual.es (J.L. Ordóñez-Carrasco).

Material and methods: The scale evaluates psychological pain as a subjective experience. It is composed of 13 items with a Likert-type response format. Following the guidelines of the International Tests Commission for the adaptation of the test, we obtained a version conceptually and linguistically equivalent to the original scale. Through an online questionnaire, participants completed the psychological pain scale along with other scales to measure depression (BDI-II), hopelessness (Beck's scale of hopelessness) and suicide risk (Plutchik suicide risk scale). The participants were 234 people (94 men, 137 women and three people who identified as a different sex) from 18 to 35 years old.

Results: The EFA showed a one-factor solution, and the FCA revealed adequate indexes of adjustment to the unifactorial model. It also showed good reliability of the test scores. The evidence of validity of the scale in relation to the other variables showed high, positive and statistically significant correlations with depression, hopelessness, suicidal ideation and suicidal risk.

Conclusion: In summary, this Spanish adaptation of the Psychache Scale could contribute to improving the evaluation of both the patient with suicide risk and the effectiveness of psychological therapy, as well as suicidal behaviour prevention and intervention.

© 2019 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La conducta suicida se relaciona con las ideaciones, comunicaciones y comportamientos vinculados potencialmente con la voluntad de acabar con la propia vida¹. Estos comportamientos pueden diferir en su forma según el resultado de la conducta, entidad del acto, grado de intencionalidad y conocimiento de los resultados de dicha conducta². El impacto en la salud pública de la conducta autolítica no se circunscribe únicamente al suicidio consumado, sino que la ideación suicida y las tentativas de suicidio son conductas más habituales y, frecuentemente, precedentes de muerte por suicidio³.

Actualmente, el fenómeno suicida es un problema de salud global responsable de casi un millón de muertes al año en el mundo. Se estima que las muertes anuales por suicidio en la próxima década alcanzarán la cifra de un millón y medio de personas⁴. En España la tasa de mortalidad por suicidio en 2017 fue de 7,91 por cada 100.000 habitantes⁵, lo que se traduce en 3.679 suicidios. A pesar de la inversión en investigación y la implantación de programas de prevención focalizados en paliar el comportamiento suicida en nuestra sociedad, este esfuerzo no ha resultado en una disminución del suicidio⁶. De hecho, en nuestro país, la mortalidad por suicidio en los últimos 10 años se ha mantenido estable, e incluso ha sufrido un marcado aumento en el caso de las mujeres⁷. Lejos de ser una problemática que afecte en exclusiva a la población adulta, la prevalencia de conducta suicida es especialmente alta en adolescentes y jóvenes adultos. El suicidio constituye la segunda causa de muerte prematura en las personas de entre 15 y 29 años⁴. Igualmente, el 4% de los adolescentes españoles ha atentado contra su vida y el 6,9% padece ideación suicida³. La ideación suicida en adolescentes ha sido asociada al consumo de sustancias psicotrópicas, a la presencia de síntomas depresivos, al uso desadaptativo de Internet y a conflictos con

iguales en el contexto académico⁸. De igual forma, las tentativas de suicidio y la ideación suicida en jóvenes también han sido asociadas a un menor bienestar emocional y a una baja satisfacción con la vida³.

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial fruto de la combinación de variables de diferente naturaleza e influencia temporal, cuya predicción es especialmente compleja^{9,10}. A pesar de ello, existe suficiente evidencia teórica y empírica que apoya el rol central que desempeña el dolor psicológico en la predicción del comportamiento suicida¹¹.

El dolor psicológico¹², entendido también en la literatura como dolor mental, dolor psíquico o perturbación interna, incluye las creencias, pensamientos, emociones y conductas que forman parte de la experiencia de este tipo de dolor¹³. Meerwijk y Weiss¹⁴ revisaron las descripciones de dolor psicológico aportadas en los últimos 60 años y encontraron las siguientes características comunes: un sentimiento desagradable (a menudo experimentado como una desintegración del yo), valoración negativa de una incapacidad o deficiencia del yo (referente a la evaluación del estado actual respecto al estado deseado), un estado duradero que conlleva tiempo para su resolución y un estado difícil de mantener en el tiempo sin graves consecuencias. Este concepto no es novedoso en la literatura científica, pero adquiere relevancia en el estudio del suicidio a través del trabajo realizado por Shneidman¹⁵⁻¹⁷.

Para Shneidman¹⁵ el dolor psicológico hace referencia a un estado mental intolerable y perturbador caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas (e. g., vergüenza, angustia, culpa, humillación, soledad y miedo). Shneidman¹⁶ afirma que el estímulo común del suicidio es el dolor psicológico insoportable, entendiéndose el suicidio como el medio para conseguir el cese de la conciencia dolorosa insoportable. Esta afirmación, posteriormente simplificada en el axioma *sin dolor no hay suicidio*¹⁸, situó al

dolor psicológico como un elemento central en otros modelos actuales sobre el comportamiento suicida (e. g., la teoría de 3 pasos¹⁹).

El consenso teórico sobre la relevancia del dolor psicológico como elemento clave de algunas de las principales teorías del suicidio está avalado por numerosas evidencias empíricas^{20,21}. Cotas de dolor psicológico de intensidad intolerable se han relacionado con un mayor riesgo suicida^{22,23} y como un factor de riesgo para personas con y sin un diagnóstico de salud mental^{11,24}.

Las diferencias en el modo en que los autores delimitan el concepto y describen las conductas ligadas al dolor psicológico han originado instrumentos de medida claramente distinguibles unos de otros. Por ejemplo, *Psychache Scale*²⁵, *The Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale*²⁶ o *The Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale*²⁷. Todas estas escalas contribuyen a cuantificar el dolor psicológico y presentan propiedades psicométricas adecuadas.

Uno de los instrumentos más utilizados debido a su fácil administración y su capacidad para predecir el comportamiento autolítico es la *Psychache Scale*²⁵. Se trata de una escala unidimensional y autoadministrada basada en la definición de dolor psicológico de Shneidman¹⁵. La escala presenta buenas propiedades psicométricas^{25,28,29} y ha sido adaptada al contexto cultural de diferentes países de habla no inglesa (e. g., al portugués³⁰, al polaco³¹ o al chino³²). Esta escala diferencia exitosamente entre personas que han atentado contra su vida y aquellas que no²⁵, y predice la ideación suicida y los intentos de suicidio mejor que la depresión y la desesperanza^{33,34}.

Este estudio tiene como objetivos adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de un instrumento para medir el dolor psicológico, *Psychache Scale*²⁵. Para ello, en primer lugar se tendrán en cuenta las fases de la adaptación que más frecuentemente son fuente de error en este procedimiento (i. e., contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación de las puntuaciones) a fin de obtener una versión preliminar consensuada y equivalente, conceptual y lingüísticamente, al instrumento de medida original. Asimismo, como parte del proceso de adaptación se analizarán las propiedades psicométricas de la escala resultante para obtener evidencias empíricas de su funcionamiento. Concretamente se estudiará las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y se estimará la consistencia interna de la escala. Además, se obtendrá evidencias de validez basadas en la relación con otras variables relevantes en la predicción de la conducta autolítica, como la depresión, la desesperanza y el riesgo suicida.

Se espera encontrar una buena fiabilidad de las puntuaciones del test y una estructura unifactorial de la escala acorde con hallazgos anteriores^{25,31}. Igualmente, en consonancia con estudios previos^{22,23,33,35,36}, se esperan correlaciones altas y positivas entre el dolor psicológico, la depresión y la desesperanza. Por último, dado que el dolor psicológico es considerado el estímulo común del suicidio¹⁶ y un elemento central en la conformación de la ideación suicida¹⁹, se espera hallar una correlación alta y positiva entre el dolor psicológico, la ideación suicida y el riesgo suicida.

Material y métodos

Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo incidental. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 35 años y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Del total de la muestra que accedieron a participar en la presente investigación (n = 289), fueron eliminados 55 casos por no cumplir el criterio de inclusión relativo a la edad o por faltar datos relacionados con las variables del estudio. La muestra final estuvo compuesta por 137 mujeres, 94 hombres y 3 personas que se definieron con otro sexo (n = 234); todas ellas residentes en España con una media de edad de 25,69 años (DT = 3,51). El resto de las características sociodemográficas y clínicas se pueden ver en la [tabla 1](#).

Procedimiento

El proceso de adaptación al contexto español de la escala de dolor psicológico se llevó a cabo siguiendo las directrices de la *International Tests Commission*³⁷ para la adaptación y la traducción de los test. Las indicaciones se focalizan en 4 fases: el contexto, la construcción y la adaptación, la aplicación y la interpretación de las puntuaciones.

La primera fase, el contexto, conllevó una reflexión sobre si el constructo a medir (dolor psicológico) es extrapolable a la cultura receptora de la adaptación³⁸. El grupo de investigación discutió la equivalencia conceptual del constructo y la necesidad de puntualizar en el enunciado la distinción entre el dolor psicológico y el dolor físico. Se llegó a la conclusión de la aceptable extrapolabilidad del constructo dolor psicológico al contexto español, que se reforzó tras evaluar las diferentes adaptaciones del instrumento de medida original²⁵. Los buenos resultados obtenidos en contextos culturales dispares a Canadá (donde se desarrolló originalmente el instrumento), como China³², Polonia³¹ o Portugal³⁰, avalan la idoneidad de adaptar la escala al español, atendiendo especialmente a la adaptación llevada a cabo en Portugal (por la proximidad, semejanza cultural y similar tasa de suicidio respecto a nuestro país).

En la siguiente fase, construcción y adaptación del instrumento de medida, el objetivo fue traducir los ítems del inglés al español de manera independiente para, posteriormente, contrastar la equivalencia entre los ítems originales y los adaptados al español. Para ello se conformó un equipo interdisciplinar compuesto por una traductora oficial y 2 psicólogos bilingües (un experto en psicometría y un experto en conductas autolíticas). A continuación, un grupo de expertos discutió la equivalencia conceptual y lingüística de las 3 traducciones con el fin de seleccionar los ítems que obtuvieran un mayor grado de acuerdo y atender a las discrepancias resultantes. Tras algunas modificaciones lingüísticas menores se obtuvo una versión adaptada al español fruto del consenso de los expertos. Posteriormente, se realizó un estudio piloto vía *online* en población general con el objetivo de conocer el grado de comprensión de los ítems. Se confirmó que los participantes los entendían adecuadamente.

En relación con la administración de la prueba, la adaptación al español de la *Psychache Scale*, al igual que la original,

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

	N (%)
<i>Edad</i>	M = 25,69 (DT = 3,51)
<i>Sexo</i>	
Mujer	137 (58,5%)
Hombre	94 (40,2%)
Otro	3 (1,3%)
<i>Nivel educativo completado</i>	
Estudios primarios	5 (2,1%)
Estudios secundarios	77 (32,9%)
Estudios universitarios	152 (65%)
<i>Estado civil</i>	
Soltera-o	193 (82,5%)
Casada-o/pareja de hecho/pareja estable	41 (17,6%)
Divorciada-o	0 (0%)
Viuda-o	0 (0%)
<i>Actividad laboral</i>	
Estudiante	97 (41,5%)
Ama-o de casa	3 (1,3%)
Parada-o	21 (9%)
Trabajador-a	113 (48,3%)
<i>Hijos</i>	
No	226 (96,6%)
Sí	8 (3,4%)
<i>Religión</i>	
Católica	60 (25,6%)
Musulmana	4 (1,7%)
Agnóstica	46 (19,7%)
Atea	82 (35%)
Indiferente	39 (16,7%)
<i>Ideación suicida</i>	
Sin ideación suicida	176 (75,2%)
Ideación suicida pasiva	54 (23,1%)
Ideación suicida activa	4 (1,7%)
<i>Enfermedad mental diagnosticada</i>	
Ansiedad	4 (1,71%)
Depresión	4 (1,71%)
Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	2 (0,85%)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	2 (0,85%)
Insomnio	1 (0,43%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (0,43%)

está diseñada para ser autoadministrada. Por ello se consideró necesario incluir en el enunciado información sobre la distinción entre el dolor psicológico y el dolor físico, la idoneidad de un lugar confortable para la realización de la prueba y el tiempo estimado de realización. Finalmente, como en la versión original, la puntuación total de la escala oscila entre 13 y 65 puntos, obtenida a través de la suma de los valores numéricos a los que equivale cada opción

de respuesta. A mayor puntuación más insoportable es la percepción de dolor psicológico.

Para la realización del presente estudio se administró, a través de redes sociales y otras plataformas Web, un cuestionario compuesto por la escala objeto de adaptación, las variables utilizadas para obtener evidencias de validez, y algunas preguntas sociodemográficas de interés (i. e. edad, sexo, nivel educativo y estado civil). Todos los participantes fueron informados sobre su condición voluntaria, el propósito de la investigación, los mecanismos que garantizan su anonimato y confidencialidad y se les ofreció un contacto de referencia en caso de dudas relacionadas con el cuestionario. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a la realización del cuestionario. Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación Humana de la Universidad de Almería.

Instrumentos

Adaptación al español de la Psychache Scale (en adelante PS-E; escala original en inglés²⁵). Escala autoadministrada basada en la definición de dolor psicológico de Shneidman¹⁶. Incluye 13 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Del ítem 1 al ítem 9 las opciones de respuesta van desde «nunca» hasta «siempre», y del ítem 10 al ítem 13 las opciones de respuesta oscilan entre «muy en desacuerdo» y «muy de acuerdo». A mayor puntuación, más intensa y frecuente (más insoportable) es la percepción de dolor psicológico.

El riesgo suicida se midió a través de la *adaptación al español³⁹ de la escala de riesgo de suicidio de Plutchik⁴⁰*. Escala autoaplicada que consta de 15 ítems que evalúan los intentos de suicidio previos, la intensidad de la ideación actual, los sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con la tentativa. Su puntuación oscila entre 0 y 15 puntos. A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. La versión española propone un punto de corte de 6, y mostró una fiabilidad estimada de 0,90 a través del coeficiente alfa de Cronbach y de 0,89 mediante el test-retest. En nuestro estudio la escala muestra un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 y un coeficiente de 2 mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown de 0,83.

La gravedad de la sintomatología depresiva se midió a través de la *adaptación al español⁴¹ del inventario de depresión de Beck, versión ii (BDI-II)⁴²*. El BDI-II incluye 21 ítems de respuesta múltiple. Las opciones de respuesta oscilan entre 0 y 3 puntos. La puntuación total máxima es de 63 puntos. El punto de corte a partir del cual se puede considerar una potencial depresión clínicamente relevante es 18 puntos. En nuestro estudio, el instrumento ha mostrado una consistencia interna alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 y un coeficiente de 2 mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown de 0,95.

La ideación suicida se medirá a través del ítem 9 de la adaptación al español⁴¹ del inventario de depresión de Beck versión ii⁴². El ítem 9 (0 = no tengo ningún pensamiento de matarme; 1 = he tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría; 2 = querría matarme; 3 = me mataría si tuviera oportunidad) evalúa la existencia de ideación suicida, haciendo distinción entre pasiva (1) y activa (2 y 3).

La desesperanza se midió a través de la versión española⁴³ de la escala de desesperanza de Beck⁴⁴. Es una escala autoaplicada que contiene 20 ítems relacionados con las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro, su bienestar y su habilidad para afrontar dificultades en su vida. El formato de respuesta es verdadero o falso, en función de si la expresión del ítem refleja o no la realidad del participante. La puntuación total oscila entre 0 y 20 puntos. Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0,82 y un punto de corte de 9 sobre 20⁴². En nuestro estudio el coeficiente alfa de Cronbach es 0,87 y el coeficiente de 2 mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown es 0,87.

Análisis de datos

Previo al análisis de datos se realizó un estudio de los casos atípicos a través del índice de anomalía (casos atípicos a partir de índices de anomalía con más de 2,5 desviaciones típicas) en las variables objeto del estudio. No se eliminó ningún caso por atípico.

Primero se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, asimetría y kurtosis) de los ítems de la escala PS-E. Posteriormente se comprobó la normalidad univariante a través del *test de Kolmogorov-Smirnov*. La prueba mostró un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$), por lo que se rechazó la hipótesis nula de normalidad univariante y la de normalidad multivariante.

Antes de realizar los análisis factoriales, dividimos aleatoriamente el total de la muestra ($n = 234$) en 2 submuestras. Para la realización del análisis factorial exploratorio (AFE) se utilizó la submuestra 1 ($n = 117$). Se obtuvo el índice de Kaiser-Meyer-Olkin y el *test de esfericidad de Bartlett* con el objetivo de medir la adecuación de la matriz de correlación para el análisis factorial. El método de estimación seleccionado fue ejes principales, debido a que no se puede asumir la normalidad multivariante. El número de factores a extraer fue determinado por un análisis paralelo con una solución unifactorial, acorde con el *test original*.

Esta solución de un factor fue analizada mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) con los datos obtenidos en la submuestra 2 ($n = 117$). Se utilizó el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados debido al pequeño tamaño muestral, al incumplimiento del supuesto de normalidad multivariante y al tipo de formato de respuesta ordinal tipo Likert utilizado⁴⁵. Las medidas de ajuste reportadas según este método son: la raíz media cuadrática de los residuales (RMR), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) y el índice de ajuste normado (NFI). Los índices de ajuste se interpretaron con los puntos de corte propuestos por Hu y Bentler⁴⁶. Valores aproximados $> 0,90$ para AGFI, $> 0,95$ para NFI y $< 0,05/0,06$ para RMR indican un buen ajuste del modelo.

Posteriormente, con los datos del total de la muestra se estimó la fiabilidad de las puntuaciones de la PS-E a través del coeficiente alfa de Cronbach, el procedimiento de 2 mitades de Spearman-Brown y el coeficiente Omega. Por último, con la finalidad de explorar las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, se llevó a cabo en la muestra total el análisis de las correlaciones entre la puntuación total de PS-E y el BDI-II, el ítem 9 del BDI-II, la escala

de riesgo de suicidio de Plutchik y la escala de desesperanza de Beck. La selección de las 2 muestras aleatorias, los análisis descriptivos, correlaciones y análisis factorial exploratorio se realizó con el software SPSS versión 25. Se empleó el AMOS versión 22 para el análisis factorial confirmatorio y JASP versión 0.9.1 para el cálculo del coeficiente Omega y el análisis paralelo.

Resultados

Estadísticos descriptivos de la *Psychache Scale*

En la *tabla 2* se muestra los estadísticos descriptivos de la escala para el total de la muestra de participantes. El rango de las opciones de respuesta oscila de 1 a 5. El ítem 1 (*siento dolor psicológico*) obtuvo la mayor puntuación media ($M = 2,41$; $DT = 1,09$). La menor puntuación media fue obtenida por los ítems 10 (*no puedo soportar más mi dolor*; $M = 1,57$; $DT = 0,96$) y 11 (*a causa de mi dolor, mi situación es inaguantable*; $M = 1,57$; $DT = 1,01$). La puntuación media total de PS-E fue 25,19 ($DT = 11,91$). El rango de las puntuaciones totales osciló entre 13 (mínimo) y 65 (máximo).

Fiabilidad y evidencias de validez basadas en la estructura interna: análisis factorial exploratorio y confirmatorio

Se llevó a cabo un AFE con las respuestas de la submuestra 1 a los ítems de la escala PS-E. Los valores obtenidos en el *test de Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0,941$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (*Chi-cuadrado* = 1369,36; $gl = 78$; $p < 0,001$) fueron compatibles con la factorización de la matriz de correlaciones. El análisis paralelo fue concordante con la extracción de un único factor (*fig. 1*), y esta solución unifactorial explicó el 63,83% de la varianza. Todos los ítems de la escala PS-E saturaron en un factor único de dolor psicológico por encima de 0,68 (*tabla 2*). Del mismo modo, con el fin de comprobar si todos los ítems saturaban en un factor de dolor psicológico general, se llevó a cabo un AFC con los datos de la submuestra 2. Los valores de las cargas factoriales estandarizadas de los ítems de la PS-E oscilaron entre 0,52 y 0,88 (*tabla 2*), en consonancia con la solución mostrada por el AFE. Los valores de los índices de ajuste obtenidos ($AGFI = 0,992$, $NFI = 0,993$ y $RMR = 0,059$) mostraron un buen ajuste para el modelo de un factor.

Para el total de la muestra la estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la escala PS-E a través del coeficiente alfa de Cronbach fue 0,96, estimación similar a la obtenida a través de la fórmula de Spearman-Brown bajo el procedimiento de 2 mitades (0,95), así como a la hallada mediante el coeficiente Omega (0,96).

Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

Con el total de la muestra se obtuvo evidencias de validez basadas en la relación entre la puntuación total de PS-E y 4 variables externas ligadas estrechamente al comportamiento suicida: gravedad de la sintomatología depresiva (BDI-II), la desesperanza (escala de desesperanza de Beck),

Tabla 2 Estadísticos descriptivos, análisis factorial exploratorio (AFE) y solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio (AFC) de los ítems de la escala PS-E

N	Ítems	M	DT	Asimetría	Kurtosis	AFE (N ₁ = 117)	AFC (N ₂ = 117)
1	Siento dolor psicológico	2,41	1,09	0,35	-0,60	0,73	0,80
2	Siento un dolor interno	2,12	1,06	0,63	-0,46	0,78	0,82
3	Mi dolor psicológico parece peor que cualquier otro dolor físico	2,29	1,29	0,66	-0,62	0,79	0,78
4	Mi dolor psicológico hace que me den ganas de gritar	1,95	1,16	1,04	0,10	0,68	0,67
5	Mi dolor hace que mi vida sea oscura	1,89	1,14	1,17	0,47	0,86	0,87
6	No entiendo por qué sufro	1,99	1,13	0,99	0,12	0,69	0,52
7	Psicológicamente me siento fatal	2,03	1,15	1,10	0,13	0,85	0,88
8	Me duele porque me siento vacío/a	2,03	1,27	0,98	-0,25	0,87	0,79
9	Me duele el alma	1,84	1,15	1,26	0,63	0,79	0,82
10	No puedo soportar más mi dolor	1,57	0,96	1,82	2,81	0,83	0,86
11	A causa de mi dolor mi situación es inaguantable	1,57	1,01	1,83	2,52	0,81	0,81
12	Mi dolor me está haciendo pedazos	1,64	1,06	1,68	1,93	0,87	0,87
13	Mi dolor psicológico afecta a todo lo que hago	1,87	1,20	1,18	0,16	0,81	0,85
Varianza explicada	63,83%	AGFI = 0,992					
Kaiser-Meyer-Olkin	0,941	NFI = 0,993					
Esfericidad de Bartlett	1.369,36*	RMR = 0,059					

* p < 0,001.

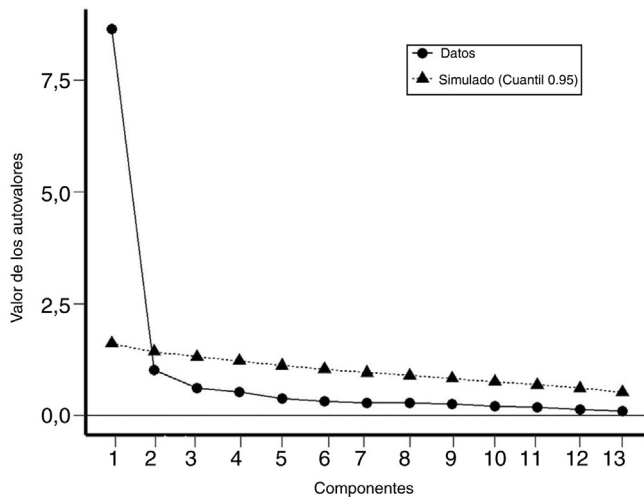


Figura 1 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo).

la ideación suicida (ítem 9 del BDI-II) y el riesgo suicida (escala de riesgo de suicidio de Plutchik). Todas las asociaciones encontradas fueron positivas, moderadas-altas, estadísticamente significativas (tabla 3) y acordes con nuestra hipótesis.

Discusión

El presente estudio ha adaptado al contexto español uno de los instrumentos de medida más relevantes para medir dolor psicológico, *Psychache Scale*²⁵. Primero, orientados por la guía para la adaptación de test de la *International Tests Commission*³⁷, se obtuvo una versión consensuada y equivalente, conceptual y lingüísticamente, a la escala original. Se completó la adaptación a través del análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español resultante. Los hallazgos son congruentes con la versión original y con los resultados obtenidos en las adaptaciones a otros contextos culturales^{30,31}.

En cuanto a la estructura interna, los resultados del presente trabajo son acordes con la solución de un factor y están en consonancia con los obtenidos en la versión polaca³¹ y con la conceptualización de dolor psicológico en la que se basa la escala original^{15,25}. No obstante, diversos autores han hallado una solución de 2 factores en la versión inglesa^{28,47}: un factor que incluye los primeros 9 ítems y un segundo factor con los 4 ítems restantes. Ambos estudios^{28,47} coinciden en señalar que estos factores no tienen una interpretación basada en el contenido de los ítems, sino que son fruto de un artefacto provocado por el cambio del formato de respuesta

de los 4 últimos ítems. Por consiguiente, se recomienda el uso de la puntuación total obtenida a través de la suma de todos los ítems que conforman la escala. Además, en consonancia con hallazgos previos, las puntuaciones de la PS-E muestran una buena fiabilidad, similar a la versión original de la escala²⁵, a la versión portuguesa³⁰ y a la versión polaca³¹.

Respecto a las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, y en línea con los resultados encontrados en estudios anteriores^{22,23,33,35,36}, el presente trabajo muestra correlaciones altas, positivas y estadísticamente significativas entre el dolor psicológico y la depresión y la desesperanza. Estos resultados están en consonancia con la hipótesis sobre la existencia de un factor general común de negatividad⁴⁸, formado en este caso por el dolor psicológico, la desesperanza y la depresión. No obstante, con el fin de clarificar la relación entre estos constructos, Troister y Holden³⁶ analizaron la diferenciación factorial entre una medida de dolor psicológico, depresión y desesperanza. Los autores concluyeron que, pese a existir cierto grado de superposición entre la operacionalización de los 3 constructos, existe suficiente distinción factorial, así como una aportación única de cada constructo a la predicción del comportamiento suicida. Por otra parte, el dolor psicológico correlaciona moderada, positiva y significativamente con la ideación suicida y el riesgo suicida. Estos hallazgos son coherentes con los resultados de los estudios que analizan la capacidad predictiva del dolor psicológico en relación con el comportamiento suicida y en comparación con la desesperanza y la depresión^{34,36,49,50}. Asimismo, estos resultados son acordes con las teorías que intentan explicar y predecir el comportamiento autolítico a través del dolor psicológico como elemento clave (e. g., teoría de 3 pasos¹⁹, teoría del suicidio¹⁵).

El presente estudio cuenta entre sus limitaciones con un tamaño muestral relativamente pequeño. Además, el muestreo de conveniencia, el incumplimiento del criterio de inclusión relativo a la edad y los datos incompletos causaron la eliminación de casos que, como consecuencia, provocó una ligera sobrerrepresentación de mujeres participantes. Por consiguiente, los resultados de este estudio deben ser considerados con cautela respecto a su generalización a la población joven adulta de España. Asimismo, debido a la naturaleza clínica de estas variables y a la baja presencia de conducta suicida en la población general, los datos presentaron cierta restricción de rango. A pesar de estas limitaciones este estudio se centra en la adaptación cultural en población joven adulta como fase preliminar al uso de la escala en el contexto clínico. Futuros estudios con diseño longitudinal que permitan analizar la contribución del dolor psicológico, junto a otros factores relevantes y que evalúen el dolor psi-

Tabla 3 Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de la escala PS-E y el resto de las variables

	Ideación suicida	Depresión	Riesgo suicida	Desesperanza
Dolor psicológico	0,56*	0,80*	0,75*	0,63*
Media	0,28 (rango 0-3)	12,34 (rango 0-63)	3,63 (rango 0-15)	5,12 (rango 0-20)
Desviación típica	0,54	11,10	3,02	4,38

* $p < 0,001$.

cológico en otras poblaciones (e. g., población clínica con alto riesgo suicida) aportarán evidencias sobre la generalización de los hallazgos y sobre la validez predictiva del dolor psicológico.

Conclusiones

En síntesis, la *Psychache Scale*²⁵ es uno de los instrumentos de medida de dolor psicológico más utilizados y fáciles de administrar. Disponer de un instrumento de medida de dolor psicológico adaptado al contexto español contribuye a mejorar la evaluación del riesgo suicida del paciente, así como la orientación de la terapia psicológica y la valoración de su eficacia. Asimismo, esta medida podría utilizarse para evaluar la sintomatología en ensayos clínicos con fármacos. Con frecuencia, los pacientes con depresión mencionan experimentar un alivio sustancial de su dolor psicológico tras recibir tratamiento con antidepresivos⁵¹. Por otro lado, la investigación tradicional sobre los factores de riesgo del comportamiento autolítico (e. g. enfermedad mental) ha mostrado una baja especificidad y escaso valor predictivo, por lo que es necesaria una evolución en la aproximación científica al fenómeno suicida^{52,53}. El dolor psicológico es un elemento clave en modelos explicativos que cuentan con notable evidencia empírica en cuanto a su capacidad de predecir la conducta suicida^{15,19}. Por este motivo, la PS-E también proporciona la posibilidad de replicar estos modelos en población española general y clínica, así como realizar contribuciones científicas significativas que repercutan en la prevención e intervención en el comportamiento suicida.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España para la Formación de Profesorado Universitario (Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad) adjudicado en concurso público (Ref. FPU16/00534).

Conflicto de intereses

Los autores firmantes del manuscrito declaran que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con el presente artículo.

Bibliografía

- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiat*. 2014;1:73–85, [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6).
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations communications, and behaviors. *Suicide Life-Threat Behav*. 2007;37:264–77, <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>.
- Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio-Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MA, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:76–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>.

- World Health Organization. WHO media centre [consultado 2 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>; 2017.
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte [consultado 2 Abr 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175; 2017.
- Martínez-Alés G, Mascayano F, Bravo-Ortiz MF. Suicidio: contextos y personas. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>.
- Cayuela A, Cayuela L, Sánchez-Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo-Uceda FJ, Velasco-Quiles AA. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>.
- Bousño M, Al-Halabí S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa EM, Gonzalo-Galván G, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*. 2017;29:97–104, <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372–81, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60372-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60372-x).
- Nock MK, Kessler RC, Franklin JC. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: The importance of creativity rigor, and urgency in suicide research. *Clin Psychol-Sci Pr*. 2016;23:31–4, <https://doi.org/10.1111/cpsp.12133>.
- Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Front Psychiatry*. 2016;7:108, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>.
- Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition: Response to 'the concept of mental pain'. *Psychother Psychosom*. 2014;83:62–3, <https://doi.org/10.1159/000348869>.
- Covington EC. Psychogenic pain—What it means why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Med*. 2000;1:287–94, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-4637.2000.00049.x>.
- Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. *J Loss Trauma*. 2011;16:402–12, <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>.
- Shneidman ES. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. New York, NY: Aronson; 1993.
- Shneidman ES. Definition of suicide. New York, NY: John Wiley & Sons; 1985.
- Shneidman ES. (1998) Further reflections on suicide and psychache. *Suicide Life-Threat Behav*. 1998;28:245–50.
- Shneidman ES. Anodyne therapy: Relieving the suicidal patient's psychache. En: Rosenthal F H.G., editor. Favorite counseling and therapy homework assignments. New York, NY: Routledge; 2001.
- Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8:114–29, <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.
- Gunn JF, Lester D. Theories of suicide: Past present and future. Springfield, IL: Charles C Thomas; 2014.
- Selby EA, Joiner TE, Ribeiro JD. Comprehensive theories of suicidal behaviors. En: Nock MK, editor. The Oxford handbook of suicide and self-injury. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014.
- Berlim MT, Mattevi BS, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MPA, Wingate LR, et al. Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide Life-Threat Behav*. 2003;33:242–8, <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.242.23220>.

23. Joiner TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:287–314, <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>.
24. Rizvi SJ, Iskríc A, Calati R, Courtet P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk. *Curr Opin Psychiatr.* 2017;30:159–67, <http://dx.doi.org/10.1097/ycp.0000000000000314>.
25. Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can J Behav Sci.* 2001;33:224–32, <http://dx.doi.org/10.1037/h0087144>.
26. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life-Threat Behav.* 2003;33:219–30, <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>.
27. Mee S, Bunney BG, Bunney WE, Hetrick W, Potkin SG, Reist C. Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *J Psychiatr Res.* 2011;45:1504–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>.
28. Mills JF, Green K, Reddon JR. An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide Life-Threat Behav.* 2005;35:570–80, <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.570>.
29. Pereira EJ, Kroner DG, Holden RR, Flamenbaum R. Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Pers Individ Differ.* 2010;49:912–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.029>.
30. Campos RC, Holden RR, Gomes M. Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death Stud.* 2018;14:1–7, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002>.
31. Chodkiewicz J, Miniszewska J, Strzelczyk D, Gąsior K. Polish Adaptation of the Psychache Scale by Ronald Holden and Co-workers. *Psychiatr Pol.* 2017;51:369–81, <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/59448>.
32. Yang L, Chen W. Reliability and validity of the psychache scale in chinese undergraduates. *Chin J Clin Psychol.* 2017;25:475–9.
33. Troister T, Holden RR. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Pers Individ Differ.* 2010;49:689–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>.
34. Troister T, Holden RR. A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *J Clin Psychol.* 2012;68:1019–27, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21869>.
35. Campos RC, Holden RR. Testing models relating rejection, depression interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *J Clin Psychol.* 2015;71:994–1003, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22196>.
36. Troister T, Holden RR. Factorial differentiation among depression hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Meas Eval Couns Dev.* 2013;46:50–63, <https://doi.org/10.1177/0748175612451744>.
37. International test commission. International test commission guidelines for translating and adapting tests [consultado 2 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.intestcom.org/page/16;2010>.
38. Hambleton RK. The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *Eur J Psychol Assess.* 2001;17:164–72, <http://dx.doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.164>.
39. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol.* 1998;61:143–52.
40. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Compr Psychiatr.* 1989;30:296–302, [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9).
41. Sanz J, Perdigón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2 propiedades psicométricas en población general. *Clin Sal.* 2003;14:249–80.
42. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
43. Aguilar EJ, Hidalgo MD, Cano R, López JC, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *An Psiquiatr.* 1995;11:121–5.
44. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42:861–5, <http://dx.doi.org/10.1037/h0037562>.
45. Morata-Ramírez MÁ, Holgado Tello FP, Barbero-García MI, Mendez G. Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-cuadrado y RMSEA. *Acción Psicol.* 2015;12:79, <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>.
46. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struc Equ Modeling.* 1999;6:1–55, <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>.
47. Flamenbaum R, Holden RR. Factor structure of the Psychache Scale in a university sample. Halifax: Canadian Psychological Association Convention. 2008.
48. Shahar G, Bareket L, Rudd MD, Joiner TE. (2006) In severely suicidal young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome. *Psychol Med.* 2006;36:913–22, <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291706007586>.
49. Montemarano V, Troister T, Lambert CE, Holden RR. A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *J Clin Psychol.* 2018;74:1820–32, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22639>.
50. Troister T, D'Agata MT, Holden RR. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychol Assess.* 2015;27:1500–6, <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000126>.
51. Fava GA. Clinical judgment in psychiatry. Requiem or reveille? *Nord J Psychiatr.* 2012;67:1–10, <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.701665>.
52. Barrigón ML, Baca-García E. Current challenges in research in suicide. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11:1–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.02.006>.
53. Large M, Galletly C, Myles N, Ryan CJ, Myles H. Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: Evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJ Psych Bull.* 2017;41:160–3, <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>.