

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria

*Risk suicide assessment scales in primary care*Claudia Ximena Rangel-Garzón¹ • María Fernanda Suárez-Beltrán¹ • Franklin Escobar-Córdoba¹

Recibido: 26/05/2015 Aceptado: 02/10/2015

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Psiquiatría - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Franklin Escobar-Córdoba. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 202. Teléfono: +57 1 3165000, extensión: 15117. Correo electrónico: feescobar@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. El médico de atención primaria debe decidir qué hacer con un paciente que ha atentado contra su vida o manifiesta ideación suicida. Posiblemente puede interconsultar a psiquiatría; sin embargo, ocasionalmente esto se difiere.

Objetivo. Encontrar un instrumento de evaluación del riesgo suicida en adultos que pueda ser aplicado por el médico general en el servicio de urgencias.

Materiales y métodos. Revisión de la literatura en PubMed con los términos MeSH: 'suicide', 'risk assessment' y 'scales'; se encontraron 270 artículos a los que se les analizaron los abstract y finalmente se incluyeron 24 estudios.

Resultados. Se encontraron nueve instrumentos y se descartaron los demás por involucrar diagnóstico específico, grupos de edad distintos, poblaciones específicas diferentes, tiempo prolongado de aplicación y otros determinantes enfocados en los factores protectores y en opiniones del paciente acerca del suicidio.

Conclusiones. Estas escalas se pueden usar como instrumento de ayuda para definir una conducta en un paciente con riesgo suicida, pero no reemplazan la entrevista psiquiátrica. Se postulan las escalas Modified Scale for Suicide Ideation y Plutchik Suicide Risk Scale por cumplir con las características psicométricas, por tener un tiempo de aplicación adecuado en el servicio de urgencias y por sus preguntas sencillas para ser utilizadas en atención primaria.

Palabras clave: Suicidio; Escalas; Riesgo; Atención primaria (DeCS).

Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Rev. Fac. Med. 2015;63(4): 707-16. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>.

Summary

Background. The primary care physician must decide what to do with a patient who has attempted to commit suicide or has shown suicidal ideas. When it is possible, they must send the patient to a psychiatrist, somehow, sometimes this must be done later.

Objective. To find a means of assessing suicide risk in adults that can be applied by general practitioners in the emergency department.

Materials and methods. A literature review in PubMed with MeSH terms "suicide" and "risk assessment" and "scales" was done. 270 articles were found and their abstracts were analyzed. 24 studies were included.

Results. There were nine instruments in line with the review. Others were discarded because they involved specific diagnosis, different age groups, other special populations, prolonged time of application and other focused on protective factors, as well as patient opinions on suicide.

Conclusions. These scales can be used as a tool to decide if a patient shows suicide risk but do not replace the interview with a psychiatrist. The "Modified Scale for Suicide Ideation" and the "Plutchik Suicide Risk Scale" are suggested because they have psychometric properties, the appropriate application time in the emergency department and simple questions to be used by primary care personnel.

Keywords: Suicide; Scales; Risk; Primary Care (MeSH).

Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. [Risk suicide assessment scales in primary care]. Rev. Fac. Med. 2015;63(4):707-16. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>.

Introducción

El suicidio o muerte intencional autoinflingida, según la visión sociológica de Durkheim expuesta por Cifuentes-Osorio, tiene su génesis en la sociedad al ejercer una influencia sobre el individuo, la cual tiene carácter preservativo gracias a la adhesión de los humanos a ciertos grupos sociales (1).

Se ha visto que las tasas de suicidio son altas en los adultos mayores; sin embargo, en los últimos 50 años han aumentado en jóvenes y en especial en hombres (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema de salud pública, convirtiéndose en una de las tres principales causas de muerte en personas con edades entre 15 y 44 años (1).

En Colombia, según las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), para el 2013, los casos de necropsia en los que la causa probable de muerte se identificó como suicidio fueron 1461 en hombres y 349 en mujeres, para una relación de 4:1 y una tasa de 3.84x100000 habitantes (1).

El menoscabo por años de vida potencialmente perdidos (AVPP) es importante y tiene consecuencias significativas en el ámbito económico y familiar, pues se trata de personas en edad productiva, en ocasiones con hogares constituidos y con hijos de corta edad (3).

La tasa de homicidio en el año 2013 fue de 30.3x100000 habitantes y ha conservado la tendencia al descenso desde el año 2002; mientras que en la tasa de suicidio, aunque se observó una tendencia constante al descenso desde 1999, a partir del 2008 se registra un incremento en las cifras (1,4). Esto refleja la relación inversamente proporcional de la tasa de homicidio versus la tasa de suicidio: en lugares donde el homicidio es muy prevalente el suicidio es bajo (5).

El suicidio ha sido relacionado con varios factores de riesgo, desde los neurobiológicos hasta los interpersonales, con trastorno mental hasta en 90% de los casos (1,6).

El riesgo suicida es la probabilidad de que alguien realice un intento de acabar con su vida y se compone de múltiples factores, uno de ellos es la intención suicida, que tiene que

ver con realizar un plan para morir que tenga persistencia en el tiempo. Ante esto, se debe evaluar la presencia de recursos ambientales que permitan detectar el intento y brinden ayuda para recibir asistencia médica inmediata en caso de ocurrir; la red de apoyo es un elemento que ayuda a atenuar el deseo suicida (7).

En psiquiatría se cuenta con la entrevista semiestructurada como patrón de oro de diagnóstico; sin embargo, se han diseñado múltiples escalas para definir síntomas y su gravedad, tratando de hacer más objetiva y reproducible la evaluación del paciente. Estas escalas se han desarrollado para cualificar la gravedad de los síntomas en diferentes trastornos mentales, tratando de hacer reproducible la información y estableciendo un pronóstico que permita evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados.

Respecto a la evaluación del riesgo suicida, las escalas inicialmente diseñadas son del tipo lista de chequeo de variables demográficas relacionadas con el aumento de riesgo, estas son útiles a la hora de establecer grupos de alto riesgo en estudios epidemiológicos. Una vez se realiza la aproximación a un paciente, el conocer variables como edad, género, estado civil y laboral y ser interpretadas como condiciones que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio, no constituye evidencia clara de su utilidad a la hora de realizar una evaluación clínica (7).

Las escalas incluyeron variables clínicas y sociales, además, se desarrollaron formatos de autoreporte y se incluyó la información derivada de la evaluación clínica. Actualmente, los instrumentos de evaluación en suicidio se pueden agrupar, según sus características, en varios grupos: los aplicados por clínicos, los autoaplicados, los dirigidos a niños y adolescentes, los inventarios autoaplicados que evalúan los factores protectores frente al suicidio y otros con diferentes objetivos, como el de evaluar la opinión frente al suicidio o las actitudes ante la vida (8).

Objetivo

Revisar las diferentes escalas que evalúan el riesgo suicida en adultos y encontrar instrumentos útiles para ser aplicados por médicos generales en el servicio de urgencias. Esto puede ayudar al pronóstico y orientar el tratamiento inicial del paciente, definiendo la necesidad de hospitalización según el riesgo encontrado y la priorización de valoración psiquiátrica.

Material y métodos

Para lograr el objetivo se realizó una revisión de la literatura en la base de datos de PubMed con los términos MeSH:

‘Suicide’, ‘Risk assessment’ y ‘scales’ encontrando 270 artículos. Se leyeron los resúmenes y se restringió la búsqueda a artículos publicados en inglés y en español y con adultos como población de estudio, de esta manera se redujo la muestra a 162 artículos. Luego, se hizo una lectura crítica enfocada en artículos cuyos títulos no involucran algún diagnóstico específico de trastorno mental, pues la revisión va dirigida a médicos generales y el instrumento ideal para ser postulado debe ser aquel que pueda ser aplicado a pacientes mayores de 18 años de edad que realicen un intento suicida, independiente de si tiene o no diagnóstico psiquiátrico. También se revisaron las referencias bibliográficas de cada uno de los artículos, así fueron seleccionados 24 entre los cuales se encontraron nueve escalas que reunían los requisitos.

Resultados

Se descartaron algunos instrumentos porque no cumplieron con el objetivo de aplicarse en atención primaria a personas con riesgo suicida, ya sea porque tienen una población con condiciones específicas o porque no evalúan el riesgo suicida actual sino previo:

Dentro de las escalas que se descartaron está la Suicide Intent Scale (SIS) y la Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) para la evaluación de suicidio en pacientes hospitalizados y que ingresan por un intento suicida. La desventaja que ofrece la escala CPRS es que se limita a población con trastorno mental, por lo que no se incluyó en el estudio (9).

Por otro lado, y ya que no se ajustaban a la revisión, entre las escalas halladas en la literatura también se excluyeron las siguientes: el instrumento de evaluación Prison Suicidal Behaviors Interview, que se limita a un grupo poblacional de prisioneros y se han estudiado sus propiedades solo en este ambiente (10); la escala Lethality of Suicide Attempt Rating Scale, que mide el grado de nocividad de un intento suicida, aunque esta variable predice el riesgo suicida no es el único factor a considerar, por lo que este instrumento fue insuficiente para dar una apreciación global del riesgo (11); la Suicide Behavior Questionnaire, concebida como un cuestionario de siete páginas que fue reducido a cuatro preguntas para ser completadas en alrededor de cinco minutos, a pesar de sus buenas propiedades psicométricas, tiene la desventaja de no evaluar el riesgo suicida actual sino las conductas suicidas a lo largo de la vida (12), y la InterSePT Scale for Suicidal Thinking, dirigida a evaluar la ideación suicida en pacientes con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos, de manera que no se utilizó por centrarse en una población con diagnósticos específicos (13).

Otros instrumentos que tampoco se incluyeron fueron el Suicidal Ideation Scale, diseñado para estudiantes

universitarios que, además de no corresponder a la población objetivo del presente estudio, tiene la desventaja de enfocarse más en los pensamientos que en las acciones (14), y la escala Life Orientation Inventory, que cuenta con algunas propiedades psicométricas interesantes, con una versión de tamizaje corta y de aplicación en poco tiempo, lamentablemente se encuentra fuera de circulación (8).

Siguiendo con los instrumentos no incluidos en el análisis final, se mencionan el Deliberate Self-Harm Inventory y el Self-Harm Behavior Questionnaire, que se enfocan en el riesgo de autodaño y encontraron una asociación entre este y comportamiento suicida. Aunque cuentan con una buena confiabilidad y hallaron alto grado de presentación de síntomas psiquiátricos en pacientes con comportamientos autolesivos, la dificultad está en que evalúan comportamientos autolesivos y suicidas pasados y no actuales (15).

Otros instrumentos que no miden directamente el riesgo suicida, sino las condiciones que pueden proteger del suicidio y que no se incluyeron son: Reasons for Living Inventory, College Student Reasons for Living Inventory y Brief Reasons for Living Inventory (16-18).

Finalmente, por evaluar población de niños y adolescentes, se excluyeron las siguientes escalas: Suicide Probability Scale, Suicidal Ideation Questionnaire, Multi-attitude Suicide Tendency Scale, Fairy Tales Test y Suicidal behaviors Questionnaire for Children (19-23). También aquellas que tienen un propósito especial como el Suicide Opinion Questionnaire, que evalúa las actitudes o información hacia el suicidio, y la Suicide Lethality Scale, que mide los conocimientos alrededor del suicidio (24).

Después de analizar las escalas, se seleccionaron nueve que cumplen las características necesarias relacionadas con el objetivo propuesto. A continuación se describe cada una de ellas:

Scale For Suicide Ideation (SSI) (7)

Cuantifica el grado de planeación de un intento suicida evaluando dimensiones de pensamientos autodestructivos. Se compone de 19 ítems que se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a de moderado a fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno. Se evalúan tres factores: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación del acto suicida. La escala se llena con base en las respuestas obtenidas en una entrevista semiestructurada.

Tiene una consistencia interna fuerte dada por un α de Cronbach=0.89 y buena confiabilidad interevaluador

—coeficiente de confiabilidad interevaluador=0.85— (7,25). La validez de criterio concurrente se estableció con los ítems de autodaño de la Beck Depression Inventory (BDI) con una correlación de 0.41, los autores explican esta pobre correlación por el registro limitado de los ítems de autodaño de la BDI (7). La validez de constructo se estableció con la Beck Hopelessness Scale (BHS) ($r=0.47$, $p<0.01$) y la BDI ($r=0.39$, $p<0.01$) de manera que la depresión y la desesperanza se relacionaron positivamente con la ideación suicida actual. Este hallazgo se confirma con la Escala de depresión de Zung, en la que los pacientes con mayores puntajes tenían un puntaje alto en la Suicide Scale Ideation (SSI). Wetzel también trabajó en la validez de constructo y encontró que pacientes con puntajes mayores en la SSI tenían conceptos menos favorables de ‘vida’, ‘yo’ y ‘suicidio’; además, halló que la desesperanza era un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión como tal (7,26-28).

La “validez predictiva” es menor que otras medidas ya que solo el ítem de desesperanza, y no el puntaje total de la escala, se relaciona con la ocurrencia de suicidio en los diez años posteriores (29). Respecto a la sensibilidad al cambio, se correlacionaron los cambios en los puntajes una semana previo al egreso hospitalario y al final del tratamiento con la BDI y la BHS en 19 pacientes, encontrando que los cambios en los puntajes se correlacionaban en 0.65 ($p<0.04$) en la primera escala y en 0.57 ($p<0.01$) en la segunda (7). Se ha usado ampliamente y es un instrumento válido y confiable que requiere ser aplicado por un clínico entrenado.

Self-Rated Scale For Suicide Ideation (SR-SSI) (30)

Es una traducción exacta de la escala descrita, tiene 19 ítems y se califica igual. Puede llenarse con lápiz y papel o en computador. Para la escrita se encontró una validez concurrente buena con la SSI, aplicada por psiquiatría, dada por un coeficiente de Pearson de 0.9 ($p<0.001$) y la confiabilidad medida por un α Cronbach de 0.93; la versión computarizada tiene un coeficiente de Pearson de 0.9-0.94 con la SSI. También se calculó el coeficiente de Pearson con el ítem 9 que evalúa ideación suicida de la BDI y se obtuvo 0.58-0.69. Tiene muy buena consistencia interna (α Cronbach=0.96) y los puntajes obtenidos por medio de esta versión fueron superiores a los obtenidos por la entrevista psiquiátrica (30).

En la validez de constructo se compararon las versiones computarizadas de BDI y BHS. Sin embargo, la correlación entre ítems y el total es de moderada a alta: 0.56-0.92 (30). Esta escala permite discriminar quiénes realizan y no realizan intentos de suicidio y tiene buena validez predictiva a corto plazo (31).

Modified Scale For Suicide Ideation (MSSI) (32)

Tiene el propósito de ser un instrumento que se pueda aplicar por personal diferente al psiquiatra. Las modificaciones respecto a la original consisten en: añadir preguntas rápidas, agregar preguntas adicionales relacionadas con ideas suicidas, modificar la puntuación, establecer una secuencia para la aplicación de la escala y el desarrollo de los ítems de tamizaje que al inicio de la escala se califiquen y permitan aplicarse de una forma costo efectiva. Está aprobada para adultos y adolescentes (33,34), tiene 18 ítems que se califican de 0 a 3 y evalúa tres factores: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizar el intento.

A continuación se describen las propiedades psicométricas de la parte inicial de la escala que hace un tamizaje del riesgo suicida. Tiene una consistencia interna alta (α de Cronbach=0.86), la correlación ítem total va de 0.57-0.79, tiene una confiabilidad interevaluador alta dada por un coeficiente intraclassa de 0.86-1 (25). Estos tres parámetros tienen valores aceptables y muestran que si la condición a medir se mantiene estable los resultados de la evaluación son similares en diferentes momentos y por diferentes evaluadores. Por otra parte, la validez se midió comparando el puntaje con la evaluación clínica y se obtuvieron buenos resultados ya que hubo un 73% de acuerdo entre la calificación, el puntaje y una pregunta realizada a los psiquiatras relacionada con la ideación suicida en las últimas 48 horas, hubo una tasa de 21% de falsos positivos y de 6% de falsos negativos. Aunque la última es alta, este error es aceptable al no tener implicaciones negativas más allá de la administración completa de la escala, ya que si el tamizaje es positivo se sugiere administrar el instrumento completo (32).

Sobre sus propiedades psicométricas, también tiene alta consistencia interna (α de Cronbach=0.87-0.94) y la correlación ítem total fue 0.41-0.83 (32,35). La confiabilidad interevaluador, entre entrevistador original y el que califica con base en registro de audio, es alta (coeficiente intraclassa=0.5-1) y la correlación entre puntajes es de 0.99. La validez concurrente se midió correlacionando, con la evaluación clínica, los ítems de suicidio de BDI y Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD), el puntaje total de MSSI se correlacionó significativamente con los ítem de suicidio de la BDI ($r=0.60$) y MHRSD ($r=0.34$). Se ha visto una correlación alta con puntaje total de BDI ($r=0.34$) y BHS ($r=0.42$). Además, la correlación con el puntaje de SSI fue 0.74 ($n=77$, $p<0.0001$) (25,32).

Se realizó análisis factorial encontrando como más significativos: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizarlo, con consistencia

interna para cada uno de 0.88, 0.67 y 0.56 respectivamente, el bajo valor de consistencia interna del último se debió probablemente al número limitado de ítems.

En la validez discriminativa, los pacientes con puntajes mayores de MSSSI eran aquellos en los que el psiquiatra había identificado el suicidio como un problema en la historia clínica, ideación o comportamiento suicida al ingreso o habían tenido un intento suicida previo al ingreso. La estabilidad al repetir la evaluación dos semanas después fue de 0.65 (25). No hay datos sobre validez predictiva.

La ventaja de esta escala está en sus respuestas más puntuales y en el hecho de ser utilizada por profesionales sin entrenamiento especial, ya que incluso puede aplicarse como autoreporte.

Plutchik Suicide Risk Scale (35)

Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Se encarga de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos.

Es fácil y rápido de administrar —1-2 minutos—, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una confiabilidad buena (α de Cronbach=0.84). Los autores proponen un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad de 68%.

La validación de la versión española redujo la escala a 15 ítems y propuso un punto de corte de 6 con una sensibilidad y especificidad de 88% para distinguir entre controles y pacientes con intento de suicidio. La confiabilidad en la validación española fue mayor con un α de Cronbach=0.90 y la confiabilidad test-retest en 72 horas de 0.89 (35). Hubo correlación estadísticamente significativa positiva con la Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait, mientras que la correlación fue negativa con la Escala de Autoestima de Rosenberg, con una $p<0.01$ para las tres escalas.

El análisis factorial muestra cuatro factores significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales.

Sad Persons Scale (36)

Utiliza un acrónimo en inglés para evaluar las siguientes condiciones que aumentan el riesgo de suicidio: género,

edad, depresión, intento previo, uso de alcohol, alteración del juicio de realidad, falta de red de apoyo, plan estructurado, no conyugue y enfermedad. Se puntúan en uno si están presentes y de acuerdo al puntaje total se define la conducta. Para su validación se comparó el puntaje que daban dos grupos de estudiantes de medicina de tercer año con la misma formación en psiquiatría al evaluar dos casos clínicos; el primer grupo recibió una charla con el acrónimo y el segundo una conferencia del mismo contenido, pero sin la explicación del acrónimo. Los casos habían sido valorados previamente por dos psiquiatras. Se encontró una diferencia significativa entre los puntajes con una $p<0.01$ entre los dos grupos en ambos casos, se evidenció que el segundo obtuvo puntajes mayores del riesgo suicida llevando a hospitalización de pacientes que no lo requerían (36).

Existe una versión en la que se modificó la puntuación —0-14—, pues se otorgaron dos puntos a cuatro preguntas en las que se halló una mayor correlación con la necesidad de hospitalización ($p<0.01$). Un puntaje mayor a 6 tiene sensibilidad de 94% y especificidad de 71% para la necesidad de hospitalización (37). Aunque se postula como un instrumento útil y sencillo de usar, no hay estudios posteriores que muestren datos de validez y confiabilidad para recomendar su uso en el servicio de urgencias. Algunos de los estudios disponibles sugieren que sobreestima el riesgo suicida y la necesidad de hospitalización (38).

Suicide Assessment Scale (SUAS) (39)

Se construyó para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semi estructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Al establecer el riesgo suicida tiene la ventaja de evaluar los dominios afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas, a diferencia de otros instrumentos que solo evalúan un dominio.

Tiene una confiabilidad inter evaluador de 0.78-0.88. Se encontró una validez de criterio satisfactoria dada por un puntaje mayor en un grupo de personas que realizaron intentos de suicidio, en contraste con el grupo en el que no se presentó esta situación. La validez concurrente se definió con la SSI y el ítem de suicidio de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (40). Se estableció una correlación significativa con MADRS ($r=0.83$; $p<0.01$) y BHS ($r=0.64$; $p<0.01$). Sobre la validez predictiva se constituyó un punto de corte que corresponde al puntaje de 39 que diferencia a los grupos que cometerán suicidio en el año siguiente; la tasa de muertes en el grupo con puntaje mayor a 39 fue 210/1000, mientras que en grupo menor de 39 fue de 13/1000 (39,40).

Modified Suicide Assessment Scale y Suicide Assessment Scale Self Rated (SUAS-S) (41)

Compuestas por 20 ítems, cada uno está calificado en términos de gravedad de 0 a 4 puntos y se agrupan en cinco áreas: afecto, estado físico, autocontrol, reactividad emocional, pensamientos suicidas y comportamiento. La SUAS fue modificada por Niméus *et al.* (54) al añadir puntajes a cada ítem. El objetivo fue hacer los puntajes menos dependientes de la experticia del examinador, comparado con escalas que no usan puntajes definidos en donde esta debe ser alta.

La confiabilidad interevaluador tiene una mediana de 0.92. La validez de la SUAS-S se demostró por la relación entre el puntaje de la escala con el dado por un psiquiatra que aplicó la versión de la SUAS original. Se encontró una relación significativa (Spearman's rho=0.82, $p<0.01$) entre el puntaje total de las dos escalas. La correlación entre los ítems individuales tuvo una mediana de 0.59 y fue menos significativa en las preguntas 10 —síntomas somáticos— y 11 —impulsividad—.

A pesar de que las dos son instrumentos que muestran una alta validez, faltan estudios en donde sean aplicadas en el momento inmediato y posterior al intento suicida para evaluar su capacidad de predicción.

Suicide Intent Scale (SIS) (42)

Busca medir el deseo de morir y la expectativa de que la muerte resulte del intento. Está conformada por 15 ítems que se califican de 0 a 2. La primera parte se compone de ocho ítems que miden las circunstancias del intento, es decir, los hechos objetivos. Los siete ítems siguientes evalúan las expectativas y percepciones relacionadas con el intento, la parte subjetiva.

La confiabilidad interevaluador es de 0.82 en el artículo original, en una revisión reciente se encontró que el coeficiente de confiabilidad más común en los estudios es 0.85 (42,43). La validez de contenido se evaluó reiteradamente y se realizaron múltiples análisis factoriales encontrando un rango de dos a cuatro dominios; en los análisis que se obtuvieron dos dominios el primero hace referencia a las preguntas objetivas sobre el intento suicida y el segundo a las preguntas subjetivas. Cuando se encontraron más de dos dominios, el primero corresponde a las preguntas objetivas y la última parte se descompone en planeación, precaución contra la interferencia y comunicación (44). La validez concurrente se exploró con la ideación suicida arrojando resultados variados: existen estudios que muestran correlación fuerte (44-46), otros correlación débil a moderada (47-49), otro correlación negativa (50) y en uno no se encontró correlación significativa (51).

La validez predictiva que hace referencia a la relación entre el puntaje de SIS y suicidio ha sido evaluada por trece estudios, en cinco de ellos se encontró relación entre tener un alto puntaje en SIS y la presentación de suicidio consumado, otro estudio encontró asociación positiva entre tener un puntaje alto en SIS y conducta suicida en mujeres y los siete restantes no encontraron una relación estadísticamente significativa. Sobre el puntaje y la repetición de intento suicida los resultados son discordantes: revisando los estudios que han trabajado en esto, de 17 encontrados 12 no hallaron relación significativa entre el puntaje SIS y repetir el intento suicida, los cinco estudios restantes muestran resultados distintos.

Aunque la escala tiene una buena confiabilidad, tiene dificultades en las propiedades psicométricas incongruentes de las dos secciones ya que el puntaje subjetivo en la mayoría de estudios es mayor que el objetivo. Algunos investigadores sugieren que se debe a que las personas que realizan un intento suicida exageran su intención en procura de justificar sus acciones o ganar alguna respuesta social, mientras que las preguntas objetivas dan una medida de la planeación del intento suicida. Se cuestiona la validez de criterio, tanto concurrente como predictiva, para repetir intento suicida por los resultados mostrados; hay soporte de buena validez predictiva en relación con cometer suicidio, aunque algunos estudios no muestran esta como significativa probablemente por el bajo poder estadístico. Respecto a la validez discriminativa, hay varios estudios que utilizan la parte objetiva y permiten diferenciar el grupo que completará suicidio de los que lo intentarán (57,58).

Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) (59)

Es una modificación del Suicidal Ideation Questionnaire dirigido a adolescentes, evalúa ideación suicida y es auto aplicado. Se compone de 25 ítems que se califican de 0 a 7, de acuerdo con la frecuencia de aparición de las cogniciones referidas. Sus dominios son suicidio como retribución de los otros; como una forma de que los demás se percaten del valor de la persona, pensamientos de que a nadie le interesa que la persona viva, y como una forma de solucionar los problemas.

Sobre las propiedades psicométricas, los autores describen una confiabilidad interna alta (α de Cronbach=0.97), la correlación entre ítem y total de la escala fue alta (coeficientes de 0.6-0.8) y el coeficiente test-retest fue de 0.86. La validez de criterio encontró asociación significativamente estadística con la BDI, BHS, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) y Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS) con $p<0.01$; entre estas, las asociaciones más fuertes eran con BDI y BHS. No se encontró correlación entre el puntaje de ASIQ e intentos suicidas previos.

La escala se estudió en población universitaria entre 20-24 años y su propósito fue evaluar la ideación suicida en el último mes, sin embargo no buscó predecir si los individuos van a cometer un intento suicida.

Discusión

Hay una gran cantidad de escalas disponibles en la literatura; sin embargo, ninguna ha sido utilizada ampliamente por el personal médico. Causas probables de su poco uso son el desconocimiento de ellas y la dificultad que representa su validación a los diferentes idiomas, situaciones que impiden difundirlas como método confiable de tamizaje y señalan las limitaciones que tienen dichos instrumentos de evaluación.

Otra limitación de las escalas es que ninguna logrará predecir el riesgo suicida en los pacientes con una sensibilidad y especificidad del 100%, pues no es posible crear un ítem que evalúe la variabilidad en la toma de decisiones de los humanos y las diferentes situaciones de la vida que pueden hacer que se modifiquen estas; ni siquiera a través de la entrevista psiquiátrica se consigue predecir sin margen de error si el paciente cometerá o no suicidio.

Para una aproximación lo más cercana posible al riesgo real de cometer suicidio en los pacientes, la escala tendría que evaluarlo globalmente y a través de su puntaje final hacer una predicción que oriente la conducta del médico a lo que se hará con el paciente. Esta evaluación global implica una valoración de los dominios posibles relacionados con la conducta para hacer una estimación más confiable del riesgo; esta fue una de las carencias encontradas en algunas de las escalas, pues evalúan solo uno de los dominios relacionados con el riesgo suicida: la desesperanza, la ideación suicida o la realización de un intento, entre otros.

Inicialmente las escalas medían una lista de chequeo de factores de riesgo sociodemográficos, como es el caso de la escala Sad Persons. No obstante estos factores son útiles para identificar poblaciones en riesgo, pierden validez de predecir el riesgo suicida individual. Otra de las limitaciones de estas es la ausencia de estudios sobre sus propiedades psicométricas que respalden su uso.

Con otras escalas, especialmente con las primeras que se desarrollaron, la limitación de evaluación fue mayor, pues están ligadas a un diagnóstico específico y, aunque pueden ser útiles para los especialistas, no serían el instrumento ideal en urgencias donde la prioridad es definir riesgos y no diagnósticos definitivos.

La mayoría de las escalas requieren ser aplicadas por un psiquiatra o un profesional de la salud mental, lo que

dificulta su uso en la atención primaria; teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes son evaluados inicialmente por el médico general y una pequeña parte por el psiquiatra, los instrumentos con estas características pierden utilidad en nuestro medio, como es el caso de la SSI y la SUAS. Esta última tiene una estructura interesante ya que abarca los dominios necesarios para la evaluación de suicidio; no obstante la complejidad de los mismos requiere un clínico entrenado y el tiempo que tarda en aplicarse hace su uso poco práctico en el servicio de urgencias.

Aunque con las versiones modificada y autoaplicada de la SUAS se disminuyó la necesidad de ser aplicada por un psiquiatra, al hacer más fácil la puntuación se requieren estudios posteriores en población más amplia para confirmar sus propiedades, pues solo se ha estudiado en población con diagnóstico psiquiátrico e incluso sus autores la recomiendan únicamente en el ámbito investigativo.

Tratando de ir más allá de esta dificultad, se desarrollaron los cuestionarios autoaplicados; sin embargo, estos formatos en algunas oportunidades permiten que la información suministrada no sea real ya que no existe una evaluación adicional que confronte los datos obtenidos. En este artículo se incluyó el formato autoaplicado de la SSI, pues cuenta con características psicométricas que hacen meritoria su utilización. Con la versión computarizada se obtienen puntajes mayores que con la de lápiz y papel, así que detecta una población en riesgo mayor que en los demás instrumentos, aumentando la sensibilidad. Además de la SSI, también se encuentra la ASIQ dentro de las escalas autoaplicadas; no obstante, la confiabilidad es muy alta y su propósito es evaluar ideación suicida y no predecir riesgo por lo que no se ajusta al objetivo del artículo.

A la versión modificada de la SSI (MSSI) se le realizaron ciertos ajustes que permiten que sea aplicada por profesionales diferentes al psiquiatra; tiene buenas cualidades psicométricas y cuenta con una parte inicial de tamizaje que permite identificar quiénes requieren la aplicación completa de la escala y descartar los que no en un corto periodo de tiempo, lo cual es bastante práctico para el servicio de urgencias. Desde este punto de vista es una buena opción para la evaluación de pacientes en atención primaria; sin embargo, los datos de la validez concurrente y de constructo al parecer no tienen significancia estadística.

La Escala de Riesgo suicida de Plutchik también se postula como una buena opción ya que es rápida y fácil de aplicar, involucra varios dominios en la evaluación del riesgo suicida y existe una versión validada al español. La dificultad para proponer el uso de la escala radica en que no se tuvo acceso a

los datos de la validez de constructo y concurrente de la escala original; sin embargo, las medidas de confiabilidad y validez de la versión española son bastante sólidas, lo que apoyaría su utilización en urgencias.

Con estos elementos, la MSSSI y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik surgen como instrumentos oportunos para la evaluación del riesgo suicida, reconociendo que no son herramientas perfectas por las dificultades mencionadas previamente, pero que se ajustan a los requerimientos del servicio de urgencias: utilidad, validez y confiabilidad.

En los últimos cinco años han aparecido pocas publicaciones sobre este tema. Al parecer, las dificultades en la construcción de instrumentos de aplicación por profesionales de la salud mental, o autoaplicados, no han sido pocas. No se encuentra un instrumento específico que evalúe el riesgo de suicidio, tenga capacidad predictiva y pueda ser utilizado por médicos de atención primaria. Aunque se dispone de la SUAS, que tiene una buena capacidad predictiva, esta escala requiere de conocimientos en salud mental para su aplicación, lo cual la hace de difícil manejo en cuidado médico primario.

Es necesario implementar el desarrollo de escalas fáciles de aplicar, en un tiempo corto, que tengan un puntaje de corte establecido, de fácil interpretación y aplicable por cualquier profesional de la salud. Al parecer, la MSSSI cumpliría algunas de las condiciones mencionadas; sin embargo, su valor predictivo positivo no se ha establecido. Lamentablemente, por la ausencia de un instrumento válido en nuestro medio, el médico de atención primaria debe continuar estableciendo la predicción del riesgo suicida con base en el examen médico y para aclarar las dudas requiere de la intervención de psiquiatría para que utilice el patrón de oro: la entrevista.

Conclusiones

Estas escalas se pueden usar como instrumento de medición de ayuda para definir una conducta en un paciente con riesgo suicida, pero no reemplazan la entrevista psiquiátrica. Se postulan las escalas Modified Scale for Suicide Ideation y Plutchik Suicide Risk Scale por cumplir con las características psicométricas, por tener un tiempo de aplicación adecuado en el servicio de urgencias y por sus preguntas sencillas para ser utilizadas en atención primaria. Sin embargo, es necesario diseñar escalas futuras que logren evaluar el riesgo de suicidio con un alto valor predictivo, esto quizás se logre con instrumentos de medición actuarial.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarado por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. **Cifuentes-Osorio SL.** Comportamiento del Suicidio, Colombia, 2013. *Forensis*. 2014;15(1):127-68.
2. **Maris RW. Suicide.** *Lancet*. 2002;360(9329):319-26. <http://doi.org/dkn89q>.
3. **Téllez-Vargas J, Taborda L.** El suicidio en cifras. In: Téllez-Vargas J, Taborda L, editors. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio editores; 2006. p. 24-42.
4. **De la Hoz-Bohórquez GA.** Comportamiento del homicidio, Colombia, 2013. *Forensis*. 2014;15(1):77-125.
5. **Folino JO, Escobar-Córdoba F.** Estudios sobre homicidios. Perspectivas forense, clínica y epidemiológica. La Plata: Librería Editorial Platense; 2009.
6. **Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anacona CA.** Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev Colomb. Psiquiatr*. 2009;38(4):681-92.
7. **Beck AT, Kovacs M, Weissman A.** Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1979;47(2):343-52. <http://doi.org/csc7nb>.
8. **Range LM, Knott EC.** Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death. Stud*. 1997;21(1):25-58. <http://doi.org/bcnjgr>.
9. **Lindqvist D, Nimeus A, Traskman-Bendz L.** Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nord. J. Psychiatry*. 2007;61(1):27-32. <http://doi.org/ftd544>.
10. **Ivannof A, Jang SJ.** The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1991;59(3):394-9. <http://doi.org/dg9q3f>.
11. **Smith K, Conroy RW, Ehler BD.** Lethality of Suicide Attempt Rating Scale. *Suicide Life Threat. Behav*. 1984;14(4):215-42.
12. **Linehan MM.** Suicidal behaviors questionnaire. [Unpublished inventory]. Washington, D.C.: University of Washington 1981.
13. **Lindenmayer JP, Czobor P, Alphas L, Nathan A, Anand R, Islam Z, et al.** The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr. Res*. 2003;63(1-2):161-70. <http://doi.org/fp6mjx>.
14. **Rudd MD.** The prevalence of suicide ideation among college students. *Suicide Life Threat. Behav*. 1989;19(2):173-83.
15. **Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutiérrez PM, et al.** Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J. Psychosom. Res*. 2006;61(1):113-21. <http://doi.org/ftgdnq>.

16. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983;51(2):276-86. <http://doi.org/cp43kw>.
17. Westefeld JS, Cardin D, Deaton WL. Development of the College Student Reasons for Living Inventory. *Suicide Life Threat Behav.* 1992;22(4):442-53.
18. Ivannof A, Jang SJ, Smyth NF, Linehan MM. Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for living Inventory. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 1994;16(1):1-13. <http://doi.org/fv2hp9>.
19. Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991;3(3):398-404. <http://doi.org/bnbzh5>.
20. Bagge C, Osman A. The Suicide Probability Scale. Norms and factor structure. *Psychol. Rep.* 1998;83(2):637-8. <http://doi.org/bsgqgh>.
21. Reynolds WM. Suicide Ideation Questionnaire. Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1987.
22. Orbach I, Fesbach S, Carlson G, Glaubman H, Gross Y. Attraction and repulsion by life and death in suicidal and in normal children. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983;51(5):661-70. <http://doi.org/dt9wds>.
23. Cotton CR, Range LM. Suicidality, hopelessness and attitudes toward life and death in children. *Death Stud.* 1993;17:185-91. <http://doi.org/bwkqz5>.
24. Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *J. Clin. Psychol.* 1982;38(2):257-62. <http://doi.org/dmcfbh>.
25. Clum GA, Yang B. Additional support for the reliability and validity of the Modified Scale for Suicide Ideation. *Psychol. Assess.* 1995;7(1):122-5. <http://doi.org/bkw3sr>.
26. Wetzel RD. Semantic differential ratings of concepts and suicide intent. *J. Clin. Psychol.* 1976;32(1):4-13. <http://doi.org/fhf94w>.
27. Wetzel RD. Hopelessness, depression, and suicide intent. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1976;33(9):1069-73. <http://doi.org/c32rhh>.
28. Wetzel RD. Ratings of life and death and suicide intent. *Psychol. Rep.* 1975;37(3):879-85. <http://doi.org/cgd6rx>.
29. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry.* 1985;142(5):559-63. <http://doi.org/76f>.
30. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J. Clin. Psychol.* 1988;44(4):499-505. <http://doi.org/bjnm9n>.
31. Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *Am. J. Psychiatry.* 1993;150(6):928-34. <http://doi.org/76g>.
32. Miller IW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG. The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and Validity. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1986;54(5):724-5. <http://doi.org/fwp5fd>.
33. De Man AF, Leduc CP, Labrèche-Gauthuier L. A French-Canadian scale for suicide Ideation for use with adolescents. *Can. J. Behav. Sci. Can. Sci. Comport.* 1993;25(1):126-34. <http://doi.org/c55cs9>.
34. Pettit JW, Garza MJ, Grover KE, Schatte DJ, Morgan ST, Harper A, *et al.* Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. *Depress. Anxiety.* 2009;26(8):769-74. <http://doi.org/fsfxtj>.
35. Guirao Goris J, Gallud J. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. In: Guirao Goris J, Gallud J, editors Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006. p. 113-5.
36. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics.* 1983;24(4):343-5, 348-9. <http://doi.org/cdrpd5>.
37. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2000;22(6):445-51. <http://doi.org/cxfj64>.
38. Bullard MJ. Problems of suicide risk management in the emergency department without fixed, full-time emergency physician. *Changeng Yi Xue Za Zhi.* 1993;16(1):30-8.
39. Stanley B, Traskman-Bendz L, Stanley M. The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacol. Bull.* 1986;22(1):200-5.
40. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur. Psychiatry.* 2000;15(7):416-23. <http://doi.org/bf3qr2>.
41. Niméus A, Hjalmarsson-Ståhlfors F, Sunnqvist C, Stanley B, Träskman-Bendz L. Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale. *Eur. Psychiatry.* 2006;21(7):471-7. <http://doi.org/cwq27x>.
42. Beck A, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, Editors. The prediction of suicide, Bowie, MD: Charles Press; 1974.
43. Freedenthal S. Assessing the wish to die: a 30-year review of the suicide intent scale. *Arch. Suicide Res.* 2008;12(4):277-98. <http://doi.org/c6jsb3>.
44. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates self-injurious behavior. *Int. J. Law Psychiatry.* 2006;29:370-85. <http://doi.org/b3jbsb>.
45. Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* 2002;31(1):48-58. <http://doi.org/cfx9gx>.
46. Bancroft J, Hawton K, Simkin S, Kingston B, Cumming C, Whitwell D. The reasons people give for taking overdoses: A further inquiry. *Br. J. Med. Psychol.* 1979;52(4):353-65. <http://doi.org/c59q4m>.
47. Watson D, Goldney R, Fisher L, Merritt M. The measurement of suicidal ideation. *Crisis.* 2001;22(1):12-4. <http://doi.org/ck9x42>.
48. Spirito A, Sterling CM, Donaldson DL, Arrigan ME. Factor analysis of Suicide Intent Scale with adolescents suicide attempters. *J. Pers. Assess.* 1996;67(1):90-101. <http://doi.org/ctbn7m>.
49. Hjelmeland H, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof JF, Lönnqvist J, *et al.* A cross-cultural study of suicide intent of parasuicide patients. *Suicide Life Threat Behav.* 2000;30(4):380-93.
50. Levy SR, Jurkovic GL, Spirito A. A multisystems analysis of adolescents attempters. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1995;23(2):221-34. <http://doi.org/cxr4ck>.

51. **Wetzel RD.** Factor structure of Beck's suicide intent scales. *Psychol. Rep.* 1977;40:295-302. <http://doi.org/bfxfh9>.
52. **Harriss L, Hawton K, Zahl D.** Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br. J. Psychiatry.* 2005;186(1):60-6. <http://doi.org/bbjb3m>.
53. **Hawton K, Harriss L.** Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006;21(6):572-81. <http://doi.org/c9ngb6>.
54. **Niméus A, Alsen M, Traskman-Bendz L.** High suicidal intent scores indicate future suicide. *Arch. Suicide Res.* 2002;6(3):211-9. <http://doi.org/dq9fgt>.
55. **Pierce D.** Deliberate self-harm in the elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 1987;2(2):105-10. <http://doi.org/cj8jfv>.
56. **Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J.** Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry.* 2004;4:11.
57. **Beck AT, Lester D.** Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *J. Psychol.* 1976;92(1):35-8. <http://doi.org/cp6252>.
58. **Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP.** The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA.* 1991;266(21):2989-95. <http://doi.org/db62vq>.
59. **Reynolds WM.** Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *J. Pers. Assess.* 1991;56(2):289-307. <http://doi.org/cn3mk2>.