

Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud

Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting

Carolina Abarca^{a,b}, Cecilia Gheza^b, Constanza Coda^b, Bernardita Elicer^b

^aCentro de Salud Familiar Áncora San Alberto Hurtado, Puente Alto, Santiago, Chile

^bFacultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

*Autor corresponsal cabarca@med.puc.cl

Citación Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales of assessment of suicidal risk in adults seen in primary health care. 2018;18(5):7246

Doi [10.5867/medwave.2018.05.7246](https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246)

Fecha de envío 27/6/2018

Fecha de aceptación 30/8/2018

Fecha de publicación 20/9/2018

Origen no solicitado

Tipo de revisión con revisión por cinco pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave suicide, risk assessment, suicide attempted, psychiatric status rating scales

Material complementario

1. Estrategia de búsqueda:
<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.6998534.v1>

2. Estudios excluidos:
<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.6998585.v1>

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública de dimensiones globales. El 45% de los fallecidos por suicidio consultaron con un médico de atención primaria dentro del mes antes de consumar el hecho, sin evidenciarse una evaluación exhaustiva del riesgo suicida. Pese a ser un evento prevenible, no existe una evaluación estandarizada del riesgo suicida atinente al contexto de atención primaria de salud, donde las competencias en salud mental son variadas y muchas veces las decisiones guiadas por el juicio clínico. Se realizó una búsqueda y revisión de la mejor evidencia disponible sobre escalas de evaluación del riesgo suicida para el médico no especialista; idealmente breves, predictivas y validadas. Se buscó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Cochrane, Epistemonikos, Google Académico. Además, se contactó a referentes nacionales e internacionales en el tema. Se encontraron 3092 artículos en la literatura, de los cuales se tamizaron 2971 mediante lectura de sus abstracts, siendo 73 artículos elegibles. De ellos, mediante lectura del artículo completo, se seleccionaron 20 artículos de donde se extrajeron finalmente cuatro escalas a las que se les realizó análisis comparativo. La revisión mostró que no existen escalas para la evaluación del riesgo suicida suficientemente precisas y predictivas que justifiquen intervenciones según sus resultados. Sus valores predictivos positivos varían desde uno a 19%. De los pacientes que se cataloguen como de “alto riesgo”, sólo el 5% fallecerá por suicidio. Más aún, la mitad de los pacientes que se suicidan provienen de grupos de “bajo riesgo”. Se reflexiona finalmente en torno a una evaluación del paciente con conducta suicida que logre integrar variables sociodemográficas, antecedentes de problemas de salud mental, su estratificación dentro de una escala y posibles acciones iniciales en el difícil contexto de la incertidumbre inherente a la atención primaria.

Abstract

According to the World Health Organization, suicide has become a public health problem of global dimensions. Forty-five percent of suicide fatalities had consulted with a primary care doctor in the month preceding the event, but no suicide risk assessment had been conducted. Although suicide is an avoidable event, there is no standardized scale for assessment of suicide risk in the primary health care setting, where mental health care competencies vary and decisions are often guided by clinical judgment. A search and review of the best available evidence was carried out to identify scales for assessment of suicide risk for the nonspecialist doctor (i.e., ideally, brief, predictive, and validated). We

searched PubMed/MEDLINE, Cochrane, Epistemonikos, and Scholar Google. We also contacted national and international experts on the subject. We retrieved 3 092 documents, of which 2 097 were screened by abstract, resulting in 70 eligible articles. After screening by full text, 20 articles were selected from which four scales were ultimately extracted and analyzed. Our review concludes that there are no suicide risk assessment scales accurate and predictive enough to justify interventions based on their results. Positive predictive values range from 1 to 19%. Of the patients classified as "high risk," only 5% will die by suicide. Half of the patients who commit suicide come from "low-risk" groups. We also discuss 1) the importance of evaluating a patient with suicidal behavior according to socio-demographic variables, history of mental health problems, and stratification within a scale, and 2) possible initial actions in the challenging context of primary care.

Ideas clave

- Actualmente en atención primaria de salud no se cuenta con una evaluación estandarizada del riesgo suicida para consultantes adultos.
- Existen varias escalas para evaluación del riesgo suicida; sin embargo, ninguna resulta suficientemente sensible, específica y predictiva para basar las intervenciones únicamente en su aplicación.
- Las escalas deben verse como un medio y no un resultado en sí mismas.

Introducción

Hablar de suicidio constituye un problema complejo y de causa multifactorial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se suicidan en el mundo entre 800 000 y 1 000 000 de personas, lo que sitúa al suicidio como una de las cinco primeras causas de muerte¹. Asimismo, en Chile se evidencia un alza progresiva de las tasas de mortalidad general por suicidio, aumentando desde 9,6 en el año 2000, a 11,8 por 100 000 habitantes en 2011².

Es sabido que casi la mitad de los fallecidos por esta causa consultó con un médico de atención primaria dentro del mes antes de consumar el hecho; pese a ello los registros médicos de estos casos no muestran evaluación del riesgo suicida³. Si bien el *gold standard* es la entrevista por psiquiatra⁴, su disponibilidad es escasa a nivel primario. Tampoco se cuenta con una única evaluación estandarizada del riesgo suicida aplicable al escenario de atención primaria (predictiva y breve), siendo finalmente las intervenciones guiadas por el juicio clínico y la recomendación de expertos⁵.

Por todo lo anterior, este artículo de revisión de literatura se propuso realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas, no sistemáticas y estudios primarios con el fin de identificar escalas estandarizadas para la evaluación del riesgo suicida en adultos, atingentes al ámbito de atención primaria. Finalmente, se discute a cerca de la necesidad de estratificar (o no) a los pacientes con riesgo suicida.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Cochrane, Google Académico y Epistemonikos, usando las palabras claves *suicide*, *suicide attempted*, *risk assessment*, *psychiatric status rating scales*, *suicide risk scales* y *suicide risk assessment* según disponibilidad en base de datos, siendo elegidas por su consistencia entre artículos del tema en la literatura (estrategia de búsqueda disponible en material complementario).

Fueron criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, no sistemáticas y artículos primarios, que examinaran validez y capacidad predictiva de escalas para evaluación de riesgo suicida en adultos de contextos

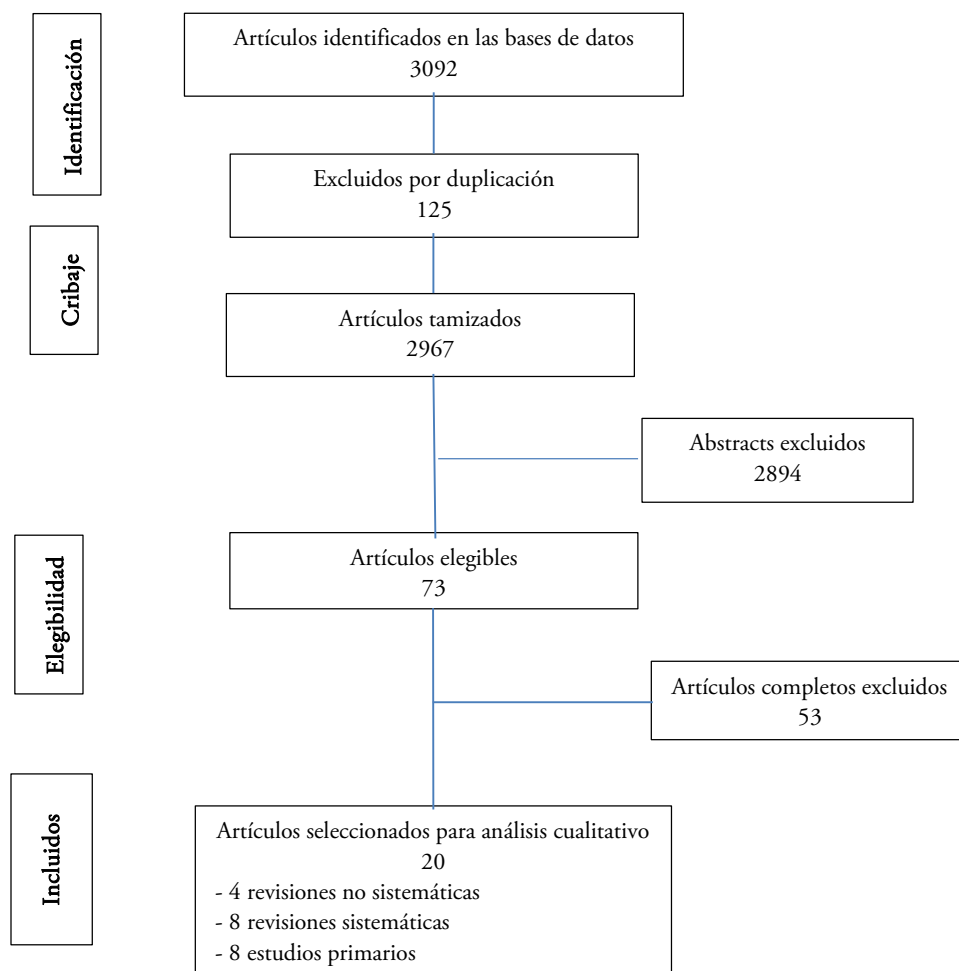
ambulatorios. De los artículos tamizados, fueron criterios de exclusión artículos enfocados en población con diagnósticos específicos de salud mental (como trastorno bipolar y esquizofrenia, por ejemplo), escalas aplicadas para probar eficacia de fármacos, escalas estudiadas en grupos específicos (por ejemplo, adultos mayores, militares, privados de libertad, embarazadas), escalas diseñadas para contextos únicamente hospitalarios incluyendo servicios de urgencia, aquellas que evaluaban riesgo suicida para predecir un reintento, revisiones tipo cartas, opiniones, casos clínicos, anécdotas y estudios con tiempo de publicación mayor a 20 años (antes de 1999). Además, se consultaron guías internacionales relevantes sobre suicidio^{6,7,8}, el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, 5 edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5)⁹ y guías chilenas del Ministerio de Salud¹⁰.

A su vez, se consultó con expertos. En el ámbito internacional, se contactó a miembros de *The Columbia Lighthouse Project*, creadores de la escala Columbia (C-SSRS), quienes facilitaron información respecto al uso de dicha escala como método de evaluación del riesgo suicida en población latinoamericana. En el ámbito nacional, se discutió con la enfermera Irma Rojas Moreno, autora del "Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación"¹⁰, y con la psiquiatra infantojuvenil Dra. Vania Martínez N., académica del Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Resultados

Se identificaron 3092 artículos, resultando 2971 artículos a tamizar. Mediante lectura de títulos y abstracts se descartan 2894 artículos según criterios de exclusión, resultando 73 artículos elegibles a los que se les realiza lectura completa. De éstos se excluyen 53 por evaluar distinto *outcome* entre otras (artículos de lectura completa excluidos y su justificación disponible en material complementario). Finalmente se seleccionaron 20 artículos: cuatro revisiones no sistemáticas^{5,11,12,13} (Tabla 1), ocho sistemáticas¹⁴⁻²¹ (Tabla 2) y ocho estudios primarios²²⁻²⁹ (diagrama de flujo en Figura 1). Con los artículos elegidos se realizó un análisis comparativo y resumen.

Figura 1. Diagrama de flujo.



Escalas para evaluación del riesgo suicida

La escala de evaluación del riesgo suicida (SUAS) se compone de 20 ítems, que se califican de 0 a 4, con un tiempo estimado de aplicación de 20 a 30 minutos y, al igual que su versión modificada (SUAS-S), requiere ser usada por personal entrenado en salud⁵. La escala mide 20 áreas: tristeza/desánimo, hostilidad, anergia, hipersensibilidad, pérdida emocional/retraimiento, iniciativa, pérdida de control percibida, tensión, ansiedad, preocupación somática, impulsividad, pérdida de autoestima, desesperanza, incapacidad para sentir (despersonalización), pobre tolerancia a la frustración, pensamientos suicidas, propósito del suicidio, deseo de morir, carencia de razones para vivir, acciones suicidas. Niméus en su estudio da un punto de corte de 39 como predictor de suicidio, con una sensibilidad de 75%, especificidad de 86,3% y valor predictivo positivo de 19,4%²⁶.

La escala de evaluación del riesgo suicida (SUAS) presenta varios inconvenientes: necesita personal entrenado en salud mental para su administración, baja sensibilidad y valor predictivo positivo, además de haber sido probada sólo en población de intentadores previos. Una revisión la muestra como una escala que principalmente evidenciaría cambios en la suicidalidad de pacientes ya intentadores¹³.

El inventario de depresión de Beck (BDI) es una escala de auto-reporte e incluye 21 ítems que evalúan la severidad de la depresión. Cada pregunta se puede puntuar entre 0 y 3, variando el puntaje total entre 0 y 63 (cero a nueve síntomas mínimos, 10 a 16 depresión leve, 17 a 29 depresión moderada y 30 a 63 severa). Estudios muestran una sensibilidad de entre 63 a 77%, con especificidad entre 64 a 80%, según tipos de pacientes (hospitalizados o ambulatorios). Su tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente^{11,12,14,22}. Un estudio evalúa la capacidad predictiva de muertes por suicidio e intentos suicidas de sólo el ítem suicidio de esta escala (“no tengo ningún pensamiento de suicidio/a veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería/desearía suicidarme/me suicidaría si tuviese la oportunidad”) en un estudio prospectivo de 20 años, mostrando que un puntaje de 1 para suicidio y 2 para intento de suicidio serían predictivas dentro de un año de seguimiento. Enfatizan en que este valor constituye el pie para profundizar la evaluación y no descarta que un puntaje de 0 no lo necesite, especialmente si ha tenido intentos suicidas previos. Pese a ello, este ítem como *screening* ha sido fuertemente criticado al depender la estratificación de un auto-reporte y de sólo una pregunta²⁹.

Otra escala de auto-reporte es la *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ), que en 25 ítems evaluados entre 0 y 7 busca medir

cogniciones detrás de una ideación y su frecuencia en el último mes. Tiene asociación fuerte con las escalas de desesperanza de Beck y con el Inventario de depresión de Beck, sin embargo, ha sido estudiada sólo en población joven (hasta 24 años) y sin estudios predictivos. Ha mostrado potencial para ser usada en estudios poblacionales^{5,16,18}.

La escala de intento suicida (SIS) busca medir la real expectativa de morir luego de intento. Se compone de 15 ítems, siendo las primeras ocho preguntas objetivas acerca de un intento suicida reciente, y las siete restantes subjetivas. Esta escala es criticada por lo incongruente de sus resultados entre los dos ítems principales, tendiendo el paciente a sobre exagerar las preguntas subjetivas en beneficio de una ganancia social o justificación a sus actos. Tampoco es conveniente para un escenario donde muchos pacientes no presentan intentos previos, y donde la mayoría de los suicidios ocurren en el primer intento del individuo^{5,11,28}.

El *Brief Symptom Rating Scale* (BSRS-5) es un test de *screening* breve creado para tamizaje de morbilidad psiquiátrica en diversos contextos, aplicada principalmente en países asiáticos a sus pacientes hospitalizados y de la comunidad. Es una escala de Likert de 5 ítems con puntaje entre 0 y 4, que mide las áreas de ansiedad, depresión, hostilidad, hipersensibilidad interpersonal e insomnio. Su versión amplia, la BSRS-5R, intenta evaluar también ideación suicida agregando al final la pregunta: ¿has tenido alguna idea suicida?²⁸ En un estudio transversal se evalúan sus propiedades, mostrando una sensibilidad de 89%, especificidad de 85%, valor predictivo negativo de 99% y valor predictivo positivo de 11% para un punto de corte de tres para sujetos de la comunidad. Es altamente consistente en que quienes presentan alta carga de estrés emocional, presentan más alta tasa de respuesta positiva a la sexta pregunta. Si bien es breve y fácil de aplicar, no busca predecir intento de suicidio, más bien gradúa la severidad de la psicopatología, reafirmando la idea de que las personas con ideación suicida presentan en su mayoría diagnósticos en el eje I y/o II, y da pie para una evaluación más en detalle de la suicidalidad. No está probada en estudios de cohorte prospectivos²⁸.

El inventario razones para vivir (*Reason for Living Inventory*) es un instrumento auto administrado que mide factores protectores contra suicidio a través de 48 Items puntuados cada uno según una escala de Likert de 0 (no importante) a 6 (extremadamente importante) y que en conjunto miden seis áreas: creencias de supervivencia y afrontamiento, objeciones morales al suicidio, responsabilidad con la familia, temas relacionados con niños, miedo al suicidio y miedo a la desaprobación social. No cuenta con punto de corte estandarizado, siendo a mayor puntaje, mayores las razones para vivir. Una revisión sistemática evidenció consistente asociación negativa entre el puntaje en esta escala e ideación suicida, sugiriendo un factor protector para intento suicida. Sin embargo, esto no sería válido para individuos con antecedentes de intentos previos y especialmente adolescentes, ni tampoco para una asociación directa con suicidio^{13,21}. Si bien es poco practicable en contextos de atención primaria, estas áreas podrían moderar (con algún efecto *buffer*) los factores de riesgo de suicidio y correlacionarse con resiliencia, especialmente las áreas de creencias de supervivencia, afrontamiento y objeciones morales respecto del suicidio.

Recientemente se promueve la teoría tripartita del riesgo suicida, que incluye evaluación de tres áreas fundamentales: afecto/conducta/cognición. Un estudio aplica esta teoría a través de la creación de la escala SABCS (*Suicidal Affect Behavior Cognitive Scale*) que en seis preguntas auto administradas clasifica al individuo como no suicida/bajo riesgo suicida/moderado riesgo suicida/alto riesgo suicida según las respuestas entregadas, sin un puntaje estándar. Muestra alta consistencia con otras escalas como la escala de desesperanza de Beck y el *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ). Sus fundamentos teóricos son interesantes, sin embargo, fue validada en un estudio de respuesta online y no cuenta con estudios prospectivos²⁷.

Por su consistencia en los estudios analizados y su tiempo de aplicación, se revisará críticamente el potencial de aplicabilidad en atención primaria de las escalas: *SAD PERSONS*, escala de desesperanza de Beck (BHS), escala de ideación suicida de Beck (SSI) y la escala de severidad de la ideación de Columbia (C-SSRS).

1. *SAD PERSONS*

Escala cuyo nombre se traduce como “personas tristes” y consiste en un acrónimo en inglés (Sex, Age, Depression, Previous Attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking, Organized plan for suicide, No spouse, Sickness) correspondiente a 10 factores a evaluar en la anamnesis del paciente (sexo masculino, edad menor a 20 o mayor a 45 años, diagnóstico activo de depresión, intento previo de suicidio, abuso de alcohol, ausencia de pensamiento racional, apoyo social insuficiente o inadecuado, plan de suicidio elaborado, que no tenga pareja, presencia de problemas de salud). Por cada elemento presente se suma un punto y se define conducta sobre la base del puntaje obtenido (0 a 2: alta y seguimiento ambulatorio; 3 a 4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso; 5 a 6: se sugiere ingreso; 7 a 10: ingreso forzoso)^{14,22}.

Es usada alrededor del mundo como herramienta de evaluación de riesgo suicida, e incluida en Chile dentro de los protocolos de manejo de pacientes con intento de suicidio en distintos centros de salud del país^{30,31}. Sin embargo, la evidencia indica que sobrestima el riesgo suicida y la necesidad de hospitalización, y no predice el riesgo de suicidio mejor que el azar (sensibilidad para suicidio/intento de suicidio actual = 24/41%, futuro = 19,6/40% respectivamente). Incluso la revisión sistemática de buena calidad metodológica de Runeson arroja una sensibilidad de 15%¹⁵. El estudio de Bolton mostró que el perfil moderado y grave de la escala se asoció significativamente con ideación suicida, sin embargo, la mitad de los casos presentaba un puntaje bajo de la escala^{11,19,23}.

2. Escala de desesperanza de Beck

Es una escala de carácter auto aplicable de respuestas dicotómicas (verdadero/falso) que consta de 20 preguntas. Debe ser aplicada por profesionales entrenados en su administración, demorando 20 a 30 minutos. Un puntaje mayor o igual a nueve traduce un grado considerable de desesperanza (expectativa negativa del futuro), que se correlacionaría con ideación suicida. La presencia de desesperanza está ligada a depresión severa en la práctica corriente de salud mental, pero sus valores predictivos con suicidio son discordantes en la literatura^{12,14,17,22}. Un metanálisis reportó bajos valores predictivos para suicidio con sensibilidad de 29 a 54% y especificidad de 60 a 84%

(*likelihood ratio* positivo: 1,55; intervalo de confianza 95%: 1,31 a 1,83 y *likelihood ratio* negativo: 0,45; intervalo de confianza 95%: 0,20 a 1,03)¹¹.

Una revisión sistemática de buena calidad arroja sensibilidad de 89% (intervalo de confianza 95%: 78% a 95%) y especificidad de 42% (intervalo de confianza 95%: 40% a 43%) con una calidad de evidencia moderada¹⁵. Los creadores se apoyan en que la escala identificaría a un grupo potencial de alto riesgo, más que una conducta en sí (en su estudio inicial Beck -año 1990- da once veces más riesgo al grupo positivo para la evaluación). Un estudio que siguió pacientes depresivos (uni o bipolar) durante un año, mostró que la severidad de la depresión a través del inventario de depresión de Beck predecía intento suicida, no así la escala de desesperanza de Beck³². Existen sitios web para su aplicación³³.

3. Escala de Ideación suicida de Beck

Investiga la severidad de la ideación suicida a través de 19 preguntas que se califican entre 0 y 3, con un puntaje total entre 0 y 38. A esto se agregan dos preguntas (20 y 21) que tienen sólo valor descriptivo. Su tiempo de aplicación son 10 a 15 minutos aproximadamente y requiere ser aplicada por personal especializado⁵. Se ha estudiado en adolescentes, adultos, pacientes hospitalizados y ambulatorios. En el estudio inicial de Beck, sólo el ítem desesperanza se correlacionaría en forma predictiva con algún grado de ideación suicida y no el puntaje total. No existe punto de corte para clasificar al paciente como de alto riesgo, ni promover una intervención específica, aunque si muestra un gradiente de ideación. Presenta alta consistencia interna (coeficiente α de Cronbach de 0,89 a 0,96 y una fiabilidad ínter examinador de 0,83) y buena correlación con la escala de desesperanza de Beck y de depresión de Hamilton. El estudio prospectivo de Brown, de 20 años de seguimiento mostró un valor predictivo positivo de 3% y un Hazard ratio de 6,56 para un punto de corte ≥ 2 , o sea aquellos con puntaje ≥ 2 presentarían un riesgo casi siete veces mayor de ideación suicida comparado con aquellos con puntaje < 2 ^{11,12,16,18,22}. Existen sitios web para su aplicación³⁴.

4. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Es una escala destinada a evaluar severidad de la ideación y la conducta suicida durante el último mes en pacientes con doce años o más, además de enlazar el grado de severidad a un nivel de apoyo inmediato que la persona necesitaría. Característicamente evalúa cuatro grandes ítems: severidad de la ideación (avanzando en un continuum que va desde ideas pasivas/ideas activas/intención sin planificación/con planificación/ con método específico/con real intención de ejecutarlo), intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable a cada ítem. Existen distintas versiones de la escala dependiendo del contexto en el cual se desee emplear (evaluación inicial en servicios de urgencia, tamizaje para atención primaria, instituciones militares, control de pacientes con antecedente de riesgo suicida, evaluación inicial en colegios, entre otros).

Los creadores de la escala, el grupo *The Columbia Lighthouse Project*, entregan en su página web las distintas versiones con posibilidad de descarga gratuita según contexto (salud, colegios, fuerzas armadas o

uso general), población objetivo (adultos y adolescentes, niños, población con deterioro cognitivo) e idioma (inglés o español)³⁵.

La escala de evaluación de riesgo suicida de Columbia es reconocida por la *US Food and Drugs Administration* (FDA) para uso clínico por ser simple, universal y efectiva³⁶. Fue validada en un estudio que incluyó tres grupos: población de adolescentes que intentó suicidio (N = 124), adolescentes deprimidos bajo tratamiento (N = 312) y en adultos que se presentaron a un servicio de urgencia por razones psiquiátricas (N = 237). El estudio de buena calidad metodológica evidenció buena validez convergente respecto a otras escalas y validez divergente en los ámbitos de ideación y comportamiento suicida en adultos y adolescentes. En el grupo 1 predijo significativamente intento suicida durante el tratamiento (reintento) (*Odds ratio*: 1,45; intervalo de confianza 95%: 1,07 a 1,98; p = 0,02), y a las veinticuatro semanas del estudio (*Odds ratio*: 1,34; intervalo de confianza 95%: 1,05 a 1,70; p = 0,02), aumentando el riesgo basal un 45% y 34% respectivamente²⁵. Posee una versión completa y otra abreviada para uso en atención primaria y se encuentran disponibles tanto para pacientes que nunca han tenido ideación suicida como para los que tienen historial de ello^{37,38}. Además, su versión abreviada ha sido exitosamente utilizada en redes de salud asistencial pesquizando cifras de *screening* positivo de 6,3% en servicios de urgencia, 2,1% en políclínicos ambulatorios y 2,1% en unidades de hospitalización³⁹.

Presenta traducciones legitimadas en 45 idiomas, entre ellos el español y se encuentra validada psicométricamente en población hispanohablante⁴⁰⁻⁴². Posee una sensibilidad de 94%, especificidad de 97,9%, valor predictivo positivo 75,3% y valor predictivo negativo 94,7% para la predicción de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hispanoparlantes⁴². El estudio de Greist, examinó la habilidad de la C-SSRS para predecir prospectivamente ideación y conducta suicida en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, desde una evaluación de C-SSRS basal electrónica (eC-SSRS). Así realizó un metanálisis de 54 406 evaluaciones de eC-SSRS entre 2009 y 2012. Del total de evaluaciones, 8837 fueron basales y 45 619 fueron evaluaciones prospectivas.

Este análisis mostró que en pacientes psiquiátricos, una evaluación eC-SSRS positiva para sólo ideación, predice cuatro veces más riesgo de conducta suicida que el que no presenta ideación ni conducta (*Odds ratio*: 4,66; intervalo de confianza 95%: 2,6 a 8,3). En los mismos pacientes, los que evidencian tanto ideación como conducta suicida en su evaluación con eC-SSRS basal, presentan nueve veces más riesgo de mantener esta conducta en forma prospectiva (*Odds ratio*: 9,33; intervalo de confianza 95%: 7,1 a 12,3). También resulta predictiva en pacientes no psiquiátricos, donde aquellos que presentan un eC-SSRS basal con conducta suicida, registran doce veces más riesgo de mantenerla al final del período de seguimiento (*Odds ratio*: 12,55; intervalo de confianza 95%: 2,5 a 62,1). En los que dan cuenta de ambas en su evaluación basal, ideación y conducta suicida, el riesgo se eleva a 17 veces (*Odds ratio*: 17,11; intervalo de confianza 95%: 3,4 a 85,5)²⁴.

Ante estos datos, han aparecido detractores que argumentan que no aborda el espectro completo de ideación o comportamiento suicida, teniendo errores conceptuales y psicométricos⁴³. Además, presenta el inconveniente que su capacidad predictiva sólo se ha probado en

adolescentes, por un período breve (9 meses) y de manera electrónica. Faltan estudios prospectivos que la avalen.

No existe hasta la fecha versión validada en Chile, pero sí una versión revisada y en proceso de validación por la Dra. Vania Martínez Nahuel, con quien se estableció contacto⁴⁴.

La C-SSRS en su versión abreviada como *screening* en atención primaria de salud evalúa sólo el ítem de severidad de la ideación a través de seis preguntas directas clasificando a los pacientes con ideación suicida en tres categorías de riesgo fundadas en un código de colores: rojo equivale a riesgo alto y requiere de medidas de prevención inmediatas; naranja es riesgo moderado y requiere evaluación por el equipo de salud mental a la brevedad para elección de medidas de precaución; y amarillo es riesgo leve y son pacientes que se derivarán al equipo de salud mental en forma diferida (Tabla 3).

Si bien se muestra como una herramienta simple, fácil de aplicar y con un pensamiento teórico lógico, esta versión breve no ha sido validada prospectivamente siendo incierto la correcta categorización de los pacientes y la adecuación de las intervenciones. Faltan estudios prospectivos aplicando su versión breve. Se vislumbra como una herramienta prometedora.

En la Tabla 4 se presenta un resumen de las ventajas y desventajas de cada escala.

Discusión

La OMS cuantifica en 800 000 las personas fallecidas al año en el mundo por esta causa, siendo en el grupo de 15 a 29 años la segunda causa de muerte. Esto se magnifica al considerar que por cada suicidio hay 10 a 20 que lo intentan⁶. El impacto de un suicidio es profundo, una tragedia familiar y transgeneracional además de significar un fracaso de las políticas públicas ante un hecho prevenible.

¿Por qué tratar de identificar a los individuos en riesgo de suicidio? La *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) en su revisión sistemática del año 2004, concluye que las herramientas de *screening* podrían ayudar a identificar individuos en peligro, pudiendo la psicoterapia reducir los intentos suicidas en personas de alto riesgo²⁰. Así, identificar individuos en riesgo es el primer gran paso para prevenir suicidio. También se ha visto que funciona con efecto de retroalimentación positiva, donde el ejercicio de identificar a las personas en riesgo mejora con su uso sistemático, desarrolla relaciones de confianza médico/paciente y estimula al clínico a usar intervenciones basadas en evidencia para reducir el riesgo⁴⁵.

Pero, ¿cómo identificamos a quién está realmente en riesgo? Sabemos que la suicidalidad es un problema complejo, multifactorial, donde intervienen factores conocidos como antecedente de una enfermedad psiquiátrica (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo bipolar o dependencia a consumo de sustancias entre otras)⁹, factores vivenciales, psicosociales e incluso culturales. La evaluación integral del paciente que considere sus antecedentes médicos, factores sociodemográficos, factores biográficos, antecedentes psiquiátricos, ideación suicida actual, contexto familiar y redes de apoyo resulta esencial.

En esto, las escalas analizadas muestran áreas de evaluación en común: conducta suicida previa, pensamientos y planes actuales de suicidio, desesperanza, impulsividad, autocontrol y algunas miden factores protectores. La revisión actual muestra que los estudios que evalúan instrumentos para evaluar riesgo suicida son de limitada calidad metodológica, midiendo muchos de ellos *outcomes* compuestos (suicidio junto con auto daño) y evidenciando baja capacidad de discriminación para suicidio, con sensibilidades que no sobrepasan el 90% y especificidad bordeando entre 40 y 50%. Para la escala de desesperanza de Beck (BHS), inventario de depresión de Beck y escala de ideación suicida de Beck (SSI) se han calculado valores predictivos positivos tan bajos como de uno, dos y 3% respectivamente (proporción de individuos que realmente fallecerán por suicidio de entre aquellos con resultado positivo en el *screening*).

En la escala de intento suicida (SIS), se ha visto un valor predictivo positivo de 17%, pero sólo en intentadores previos. Para la escala de evaluación del riesgo suicida (SUAS) y la escala de Columbia (C-SSRS), sus valores predictivos positivos fueron de 19% y 14% respectivamente, este último a un seguimiento de nueve semanas⁴⁶. Incluso hay evidencia consistente en contra de algunas: la escala de *SAD PERSONS* no predice el riesgo de suicidio mejor que el azar, no siendo útil utilizarla.

¿Qué tan buenas son entonces las escalas para predecir riesgo de suicidio? No muy buenas. Así, actualmente no contamos y no debería utilizarse una escala de evaluación de riesgo suicida como herramienta única, concordante con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁶, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)⁷ y *The US Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁸.

Otra desventaja de utilizar únicamente escalas es que los factores cognitivos, afectivos o conductuales que miden no interactúan con los factores demográficos ni modificables del paciente, como son su edad, sexo o sus diagnósticos de eje I. Por ejemplo, el programa nacional de prevención del suicidio en Chile basa su evaluación en un conteo de factores de riesgo clásicos que sumarían un riesgo¹⁰. Entonces, si integramos escalas y factores de riesgo individuales ¿mejora la detección? Un metanálisis de estudios de cohorte caracterizó pacientes catalogados como de “alto riesgo” a través de la combinación de factores demográficos y escalas, mostrando que sólo el 5% de los estratificados como de “alto riesgo” de suicidio fallecían por esta causa (valor predictivo positivo global). Por otra parte, la mitad de los fallecidos por suicidio provenían de una estratificación de “bajo riesgo” de suicidio. De allí que algunos autores rechacen por completo la idea de estratificar por riesgo al paciente suicida⁴⁷.

Ante esto surgen alternativas interesantes, como Roos quien propone como opción a un instrumento único, una evaluación neuropsicológica que mediante tareas evidencie un perfil suicida. Sin duda requiere personal especializado y faltan estudios que lo validen¹¹. Por otro parte, Carter también renuncia a estratificar de manera imprecisa al paciente y propone una evaluación clínica exhaustiva (especialmente factores de riesgo modificables) y tratamiento enérgico a subpoblaciones específicas (como personas con trastorno de personalidad borderline)¹⁴. Creemos que esto es plausible en hospitales y

centros ambulatorios con personal de salud especializado, pero poco realista para ejercer en atención primaria.

Este escenario se sigue afrontando en un primer escalón a nivel de atención primaria, donde se recibe a la mayor parte de la población consultante en salud, frecuentemente con alta carga de morbilidad psiquiátrica y muchas veces asociados a contextos psicosociales e historias de vida traumáticos y adversos. Un estudio demuestra prevalencias de entre dos y 3% de ideación suicida entre consultantes en el último mes⁸. Estos son evaluados por personal de salud con habilidades y competencias en salud mental diversas, situación que lleva a cuestionarse qué tan efectivamente se está lidiando con el problema del paciente que consulta con ideación suicida.

¿Cómo enfrentamos este escenario incierto? Considerando a las escalas como un medio para la identificación de factores de riesgo y no como predictoras de intento de suicidio. También, como herramientas de comunicación con pacientes que pueden presentar intenso dolor psíquico que perturbe su expresión, además de permitir desarrollar alianzas terapéuticas, graduar intervenciones y apoyar en investigación epidemiológica. Es importante enfocarnos en identificar y tratar factores modificables en el paciente con conductas suicidas que permitan negociar un plan basado en sus propias necesidades (por ejemplo tratar adicciones, manejo con antidepresivos de síntomas anímicos, aumentar la percepción de apoyo familiar, fomentar factores protectores que se ha visto que podrían moderar los factores de riesgo), junto con restringir el acceso a elementos letales, supervisión, derivación de aquellos en que esto último no sea posible⁴⁷.

Faltan estudios que determinen como evaluar, más allá de la intuición, a los individuos especialmente provenientes de atención primaria donde gran parte no ha tenido intentos previos. Todavía queda por responder si ¿se están midiendo los factores equivocados? o ¿están interactuando factores de manera aún incierta?

Ante esta incertidumbre, el foco y los esfuerzos en este tema podrían colocarse en aspectos preventivos, tales como mejoras en políticas públicas, comunitarias y sociales, las que en conjunto mejoren la salud mental y calidad de vida de las personas.

Conclusión

La evidencia de calidad es limitada y muestra baja efectividad en la utilización de escalas para predecir suicidio o intento de suicidio. Su utilización puede restringirse a evaluaciones más bien descriptivas, como enfoque comunicacional o para desarrollar alianzas con el paciente.

Se vislumbran nuevos métodos como modelos integrados de factores de riesgo, tests cognitivos o intervenciones en grupos específicos de salud mental para identificar pacientes susceptibles de intervención específica. Un método confiable, predictivo, breve y universal de evaluación suicida para atención primaria, aún es incierto.

Notas

Roles de autoría

CA: Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Supervisión, Visualización, Escritura-revisión original, Escritura-revisión y edición. CG: Conceptualización, Investigación, Metodología, Supervisión, Escritura-revisión original. CC: Conceptualización, Investigación, Metodología, Supervisión, Escritura-revisión original. BE: Conceptualización, Investigación, Metodología, Supervisión, Escritura-revisión original.

Agradecimientos

Las autoras agradecen la orientación y rápida respuesta por parte del equipo de *The Columbia Lighthouse Project* y la colaboración y excelente disposición de la Dra. Vania Martínez Nahuel, del Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Conflictos de intereses

Las autoras han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autora responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

Las autoras declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2000. Disponible en [on line]. | Link |
2. Departamento de estadísticas e información en Salud (DEIS). Defunciones y mortalidad por causas. Chile. [on line]. | Link |
3. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014 Jun;29(6):870-7. | CrossRef | PubMed |
4. Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *Can J Psychiatry*. 2005 Jul;50(8):490-6. | CrossRef | PubMed |
5. Rangel-Garzón C, Suárez MF, Escobar F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63(4):707-716. | Link |
6. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. WHO; 2014. [on line] | Link |
7. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Self-Harm: Longer-Term Management. Leicester (UK): British Psychological Society; 2012. | PubMed |
8. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *nn Intern Med*. 2004 May 18;140(10):822-35. | PubMed |
9. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. DSM Library. [on line]. | Link |
10. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación. 2013. [on line]. | Link |
11. Roos L, Sareen J, Bolton J. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp? *Neuropsychiatry*. 2013;3(5):483-495. | Link |

12. Lotito M, Cook E. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Ment Health Clin.* 2015;5(5):216-23. | CrossRef |
13. Hourani L, Jones D, Kennedy K, Hirsch K. Update on suicide assessment and instruments and methodologies. Naval health research center. Report No. 99-31. | Link |
14. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry.* 2017 Jun;210(6):387-395. | CrossRef | PubMed |
15. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One.* 2017 Jul 19;12(7):e0180292. | CrossRef | PubMed |
16. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess.* 2015 Jun;27(2):501-512. | CrossRef | PubMed |
17. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med.* 2007 Jun;37(6):769-78. | PubMed |
18. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health Promot Perspect.* 2015 Oct 25;5(3):156-68. | CrossRef | PubMed |
19. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):313-26. | CrossRef | PubMed |
20. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013 May 21;158(10):741-54. | CrossRef | PubMed |
21. Bakhiyi CL, Calati R, Guillaume S, Courtet P. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res.* 2016 Jun;77:92-108. | CrossRef | PubMed |
22. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000 Nov-Dec;22(6):445-51. | PubMed |
23. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry.* 2012 Jun;73(6):e735-41. | CrossRef | PubMed |
24. Greist JH, Mundt JC, Gwaltney CJ, Jefferson JW, Posner K. Predictive Value of Baseline Electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale (eC-SSRS) Assessments for Identifying Risk of Prospective Reports of Suicidal Behavior During Research Participation. *Innov Clin Neurosci.* 2014 Sep;11(9-10):23-31. | PubMed |
25. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011 Dec;168(12):1266-77. | CrossRef | PubMed |
26. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry.* 2000 Nov;15(7):416-23. | PubMed |
27. Harris KM, Syu JJ, Lello OD, Chew YL, Willcox CH, Ho RH. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. *PLoS One.* 2015 Jun 1;10(6):e0127442. | CrossRef | PubMed |
28. Wu CY, Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Chen HC, et al. Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Formos Med Assoc.* 2016 Jun;115(6):395-403. | CrossRef | PubMed |
29. Green KL, Brown GK, Jager-Hyman S, Cha J, Steer RA, Beck AT. The Predictive Validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item. *J Clin Psychiatry.* 2015 Dec;76(12):1683-6. | CrossRef | PubMed |
30. Ortiz M. Protocolo de ingreso, egreso y derivación de paciente con intento de suicidio. Hospital de Linares (Región del Maule, Chile). 2014. [on line]. | Link |
31. Alarcón G. Protocolo Manejo del Intento Suicida en Servicios de Urgencia y Medicina. Hospital de Cauquenes (Región del Maule, Chile). 2012. [on line]. | Link |
32. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004 Aug;161(8):1433-41. | CrossRef | PubMed |
33. Cálculo de riesgo de suicidio según Escala de Desesperanza de Beck. *depression.psicomag.com* [on line]. | Link |
34. Escala de ideación suicida. Universidad Complutense de Madrid. [on line]. | Link |
35. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS). *cssrs.columbia.edu.* [on line]. | Link |
36. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Guidance for Industry: Suicidal Ideation and Behavior: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials. August 2012, Clinical/Medical, Revision 1. [on line]. | Link |
37. Posner K., Brent D., Lucas C., Gould M., Stanley B., Brown G., et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) Baseline/Screening Version. 2008. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. [on line]. | Link |
38. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). Screener with triage for primary health settings. 2008. The Research Foundation for Mental Hygiene. [on line]. | Link |
39. Roaten K, Johnson C, Genzel R, Khan F, North CS. Development and Implementation of a Universal Suicide Risk Screening Program in a Safety-Net Hospital System. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018 Jan;44(1):4-11. | CrossRef | PubMed |
40. Gratalup G., Fernander N., Fuller D.S., Posner K. Translation of the Columbia Suicide Severity Rating Scale for Use in 33 Countries. International Society for CNS Clinical Trial Methodology, 9th Annual Scientific Meeting, Washington, D.C. 2013. [on line] | Link |
41. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016 Jul-Sep;9(3):134-42. | CrossRef | PubMed |
42. Serrani Azcurra D. Psychometric validation of the Columbia-Suicide Severity rating scale in Spanish-speaking adolescents. *Colomb Med (Cali).* 2017 Dec 30;48(4):174-182. | CrossRef | PubMed |
43. Giddens JM, Sheehan KH, Sheehan DV. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability?. *Innov Clin Neurosci.* 2014 Sep;11(9-10):66-80. | PubMed |
44. Posner K. Columbia escala de severidad suicida (C-SSRS) Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez. 2017. Datos no publicados.
45. Green KL, Brown GK, Jager-Hyman S. Dr Green and Colleagues Reply. *J Clin Psychiatry.* 2016 Aug;77(8):1087-8. | CrossRef | PubMed |
46. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ.* 2015 Nov 9;351:h4978. | CrossRef | PubMed |
47. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment

among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. PLoS One. 2016 Jun 10;11(6):e0156322. | CrossRef | PubMed |

Tabla 1. Resultados reportados por las revisiones no sistemáticas.

Referencia	VARIABLES MEDIDAS	COMENTARIOS
Rangel-Garzón y colaboradores ⁵	<p>Escala para ideación suicida de Beck (SSI). Escala para ideación suicida autoevaluado (SR-SSI). Escala modificada para ideación suicida (MSSI). Escala de riesgo suicida de Plutchik. Escala de SAD PERSONS. Escala de evaluación suicida (SUAS). Escala de evaluación suicida modificada y escala de evaluación suicida autoevaluada (SUAS-S). Escala de intento suicida (SIS). Cuestionario de ideación suicida de adultos (ASIQ).</p>	<p>La MSSSI y la escala de riesgo suicida de Plutchik podrían ser de utilidad en servicios de urgencias.</p>
Roos y colaboradores ¹¹	<p>Escala de desesperanza de Beck. Inventario de depresión de Beck. Escala de ideación suicida de Beck (SSI). Escala de intento suicida (SIS). Escala SAD PERSONS. Subescala suicida MINI. Escala de evaluación suicida (SUAS). Schedule of nonadaptive and adaptive personality self-harm (SNAP-SH subescala). Karolinska interpersonal violence scale (KIVS). Muerte/suicidio tarea de asociación implícita (AIT). Tarea de suicidio de Stroop.</p>	<p>Se analizaron sólo escalas sometidas a estudios predictivos (intento suicidio/suicidio consumado). La predicción del comportamiento suicida futuro basado en estas escalas tiene resultados inconsistentes. Pruebas de evaluación neurocognitivas (Tarea de suicidio de Stroop y Muerte/suicidio AIT) serían más predictivas que evaluación clínica.</p>
Lotito y colaboradores ¹²	<p>Inventario de depresión de Beck. Escala de desesperanza de Beck. Escala de Beck para ideación suicida (SSI). Riesgo estimado de suicidio de Motto. Escala de razones para vivir de Linehan. Escala de severidad de suicidio de Columbia (C-SSRS). Evaluación cronológica de los eventos suicidas- enfoque CASE. Inventario de personalidad multifásico de Minnesota-2 (MMPI-2). La prueba Rorschach manchas de tinta. La evaluación de Firestone para pensamientos autodestructivos (FAST).</p>	<p>Escalas analizadas según opinión de la asociación americana de psiquiatras Artículos sólo en inglés. No revisa validez predictiva de las escalas. No hay una única escala que prediga suicidio, pero si son una herramienta útil junto con la entrevista clínica.</p>
Hourani ¹³	<p>Escala de ideación suicida de Beck. Reason for living Inventory (RFL). SAD PERSONS. Suicide risk assessment (SRA). Potencial suicide personality inventory (PSPI). Suicide questionnaire.</p>	<p>Publicación del año 1999. Mayoría de escalas con pobre a modesta capacidad predictiva. Detecta limitaciones compartidas: están basadas en predicciones y no en modelos de evaluación, no pueden aplicarse a diferentes grupos de individuos o entornos, no incorporan los factores de riesgo entre sus variables y no permiten un efecto de interacción entre los factores de riesgo. Escala suicida de Beck prevalece como recomendada.</p>

Tabla 2. Resultados reportados por las revisiones sistemáticas.

Referencia	Número de estudios	Participantes	VARIABLES MEDIDAS	Principales resultados	Comentarios
Suicidio o intento de suicidio					
Carter y colaboradores¹⁴	70	Mayoría de estudios recluta adultos, otros adolescentes combinado con adultos otros solo adolescentes. Pacientes con reciente auto daño o ideación suicida activa, o poblaciones psiquiátricas como: trastornos del ánimo, brotes psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos por estrés post-traumático.	52/70 instrumentos psicológicos: Escala de Buglass y Horton. SAD PERSONS. Escala de desesperanza de Beck. Inventario de depresión de Beck. Reglas de auto daño de Manchester. Escala de riesgo de repetición de Edinburgo (ERRS). Cuestionario de estado afectivo (AFQ). Muerte/suicidio tarea de asociación implícita (AIT). Subescala suicida MINI. Reglas de auto daño de Manchester (MSHR). Escala de evaluación suicida (SUAS). Escala de intento suicida (SIS). <i>Schedule of nonadaptive and adaptive personality self-harm</i> (SNAP-SH subescala). Reglas de auto daño (ReACT). 17/70 mediciones biológicas: Ácido 5-Hidroxindoleacético en líquido cefalorraquídeo (CSF 5-HIAA). Test supresión de dexametasona (DST). Ácido homovanílico (HVA). Test de habituación conductancia cutánea (SCHS). Genotipo triptófano hidroxilasa (TPH1). 1 ambos	Valor predictivo positivo global de conducta suicida de todas las escalas más métodos biológicos: 16%. Valor predictivo positivo suicidio: 5,5%. Valor predictivo positivo auto daño: 26,3%. Valor predictivo positivo auto daño o conducta suicida: 35,9%. Sólo instrumentos psicológicos: Valor predictivo positivo suicidio/intento: 3,7%. Valor predictivo positivo auto daño: 27,5%. Valor predictivo positivo suicidio o intento: 38,9%. Likelihood ratio positivo escala de desesperanza de Beck: +2,1 Likelihood ratio positivo escala de Buglas y Horton: +2,1	Evalúa precisión de escalas que catalogan a pacientes como de "alto riesgo suicida". No excluyen <i>setting</i> , sin embargo, fueron analizados sólo de contexto hospitalarios. Sólo seleccionados artículos en inglés. <i>Outcome</i> real medidos fue "conducta suicida" (<i>outcome</i> compuesto: suicidio/intento y auto daño). Ningún instrumento es lo suficientemente preciso para asignarlo a una intervención. Sugieren no evaluar por riesgo.
Runeson y colaboradores¹⁵	21 estudios	Adultos y adolescentes de servicios de psiquiatría, sólo uno evalúa pacientes de atención primaria.	15 instrumentos: Inventario depresión de Beck (BDI). Escala de desesperanza de Beck (BHS). Escala de Columbia (C-SSRS). MINI. SAD PERSONS. SAD PERSONS modificada. Escala de intento suicida (SIS). Escala de evaluación suicida (SUAS). Reglas de auto daño (ReACT). Reglas de auto daño de Manchester (MSRH). SoS-4 (<i>Sodersjukhuset Self-Harm Rule</i>). Escala de ideación suicida de Beck (SSI). Muerte/ suicidio tarea de asociación implícita (AIT). Escala de riesgo de repetición de Edinburgo (ERRS).	Escala de SAD PERSONS : Sensibilidad de 15% (intervalo de confianza 95%: 8 a 24). Especificidad de 97% (intervalo de confianza 95%: 96 a 98). Reglas de auto daño de Manchester (MSHR): Sensibilidad de 97% (intervalo de confianza 95%: 97 a 97) Especificidad de 20% (intervalo de confianza 95%: 20 a 21) ReACT la cuál es una modificación de MSHR, tuvo similar baja especificidad. Escala de desesperanza de Beck: Sensibilidad de 89% (intervalo de confianza 95%: 78 a 95) Especificidad de 42% (intervalo de confianza 95%: 40 a 43) PHQ-9:	Evalúa precisión diagnóstica de escalas para evaluación del riesgo suicida, Metanálisis de 5 escalas. Ninguna presentaría precisión diagnóstica suficiente impuesto por los autores (sensibilidad >80% y especificidad >50%). Estudios publicados hasta 2014.

			PHQ-9 (<i>Patient Health Questionnaire</i>).	Sensibilidad: 78% Especificidad: 70%	
Batterham y colaboradores ¹⁶	19	Adultos, adolescentes, niños, de todos los <i>settings</i> .	19 escalas: ASIQ (cuestionario de ideación suicida del adulto). SSI (Escala de ideación suicida de Beck). Escala de riesgos en salud conciso (CHRT-SR). Evaluación de Firestone de pensamientos autodestructivos (FAST). Escala de suicidio de Harkavy-Asnis (HASS). Inventario de síntomas ansiosos y depresivos (IDAS-II). Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI). Escala de ideación suicida (SIS). Escala de riesgo suicida de Plutnick. Escala suicida de Sheehan (S-STIS). Escala de probabilidad suicida (SPS). Evaluación de suicidalidad de Yale (YES). Índice de suicidalidad de síntomas depresivos (DSI-SS). Subescala del cuestionario de suicidio de salud (GHQ-28). Cuestionario de salud <i>screening</i> del paciente (P4 <i>screeener</i>) Escala de frecuencia de síntomas psiquiátricos (PSF). Cuestionario de conducta suicida revisado (SBQ-R). Escala de atributos de ideación suicida (SIDAS) Escala de auto monitoreo suicida (SMSIS)	Ninguna cumple criterios para recomendación. De los cuestionarios breves: índice de suicidalidad de síntomas depresivos (DSI-SS), cuestionario de conducta suicida revisado (SBQ-R) y escala de atributos de ideación suicida (SIDAS) serían potencialmente útiles como <i>screening</i> poblacional. El ASIQ y SSI con potencial uso a nivel poblacional, aunque ambas con altos costos.	Medición del riesgo de suicidio con escalas aplicables a un uso poblacional. Sólo auto reporte. Sin metanálisis. Sólo estudios en inglés. DSI-SS sólo testada en adolescentes. DSI-SS y SIDAS carecen de evaluación de confiabilidad test-pretest y sensibilidad al cambio. SBQ-R carece de evaluación de sensibilidad al cambio, además de testada con muestras pequeñas. Escalas postulas necesitan mayor estudio psicométrico en el futuro.
McMillan y colaboradores ¹⁷	10 estudios: 4 con <i>outcome</i> suicidio. 6 con <i>outcome</i> auto daño.	Adultos y adolescentes hospitalizados con ideación suicida. Adultos con antecedente de auto daño. Adultos ambulatorios.	Sólo escala de desesperanza de Beck.	Outcome suicidio: Sensibilidad suicidio de 0,80 (intervalo de confianza 95%: 0,68 a 0,90] Especificidad suicidio de 0,42 (intervalo de confianza 95%: 0,41 a 0,44). Outcome auto daño: Sensibilidad auto daño de 0,78 (intervalo de confianza: 0,74 a 0,82). Especificidad auto daño de 0,42 (intervalo de confianza 95%: 0,38 a 0,45). Outcome suicidio: <i>Likelihood ratio</i> positivo: 1,55 (95% intervalo de confianza 95%: 1,31 a 1,83). <i>Likelihood ratio</i> negativo: 0,45 (intervalo de confianza 95%: 0,20 a 1,03). Outcome auto daño: <i>Likelihood ratio</i> positivo: 1,29 (intervalo de confianza 95%: 1,09 a 1,52).	Reportaría un “potencial” riesgo de suicidio, más que una conducta real y posible. 9 puntos o más en la escala, presenta baja sensibilidad, especificidad y poder predictivo de suicidio.

				<i>Likelihood ratio</i> negativo: 0,58 (intervalo de confianza 95%: 0,47 a 0,71).	
Ghasemi y colaboradores ¹⁸	153.	Población general.	<p>14 escalas evalúan actitud suicida:</p> <p>Cuestionario de opinión suicida (SOQ).</p> <p>Actitud y experiencia suicida de Vignette (SAVE).</p> <p>Cuestionario de actitud suicida (SUIATI).</p> <p>Escala de tendencia suicida multi actitud (MAST).</p> <p>Encuesta general social (GSS-4)</p> <p>Escala semántica diferencial de actitudes a través de la conducta suicida (SEDAS).</p> <p>Escala de actitud y atribución suicida (SAAS).</p> <p>Escala a través de la conducta suicida (ATIS).</p> <p>Escala a través de la conducta suicida (ATSS).</p> <p>Escala de creencias a través de la conducta y actitud suicida (CCCS-18).</p> <p>Cuestionario de actitud de conducta suicida (SBAQ).</p> <p>Cuestionario de actitud a través de un intento suicida (ATAS-Q).</p> <p>Escala de actitud pública hacia el suicidio (SPAS).</p> <p>Versión Hong Kong del cuestionario a través de actitud suicida (CASQ-HK).</p> <p>15 escalas evalúan ideación suicida:</p> <p>Cuestionario de Paykel.</p> <p>Escala modificada para ideación suicida (MSSI).</p> <p>Cuestionario de ideación suicida (SIQ).</p> <p>Escala de ideación suicida (SIS).</p> <p>Cuestionario de ideación suicida adulto (ASIQ).</p> <p>Escala de ideación suicida de Beck (SSI).</p> <p>Cuestionario <i>screening</i> para de ideación suicida (SIS-Q).</p> <p>Escala de probabilidad suicida (SPS).</p> <p>Cuestionario de conducta suicida (SBQ).</p> <p>Escala de ideación suicida positiva y negativa (PANSI).</p> <p>Cuestionario de conducta suicida revisado (SBQ-R).</p> <p>Escala para pensamientos suicidas InterSePT (ISST).</p> <p>Escala de ideación suicida geriátrica (GSIS).</p> <p>Escala de evaluación suicida de Columbia (C-SSRS).</p> <p>Escala de síntomas breves (BSRS-5).</p>	No hay un <i>gold standard</i> para evaluar actitud/ideación suicida.	<p>Revisión de escalas que evaluaran actitud y/o ideación suicida.</p> <p>Mezcla dos conceptos distintos.</p> <p><i>Review</i> principalmente con descripción de las escalas y no análisis predictivo.</p>

Warden y colaboradores¹⁹	9 estudios. Sólo 3/9 evalúan <i>outcome</i> suicidio.	Pacientes en servicios de urgencias y centros ambulatorios. 98 individuos, con 9 (9%) casos de suicidio.	Escala de <i>SAD PERSONS</i> .	Insuficiente evidencia para apoyar su uso como predictor de riesgo suicida.	Estudios primarios limitados en cantidad y calidad. Pequeños estudios retrospectivos en servicios de urgencia con baja tasa de suicidio.
O'connor²⁰	159 1: responde a la pregunta si <i>screening</i> mejora algún <i>outcome</i> relevante. 4: responden a la pregunta si el <i>screening</i> identifica a los individuos en riesgo.	Adolescentes, adultos y adultos mayores.	Evaluación de riesgo clínica. Ítem de suicidio de la escala de depresión de Hamilton o entrevista clínica estructurada para el diagnóstico y tratamiento de desórdenes mentales. Entrevista estructura administrada por enfermera. K-SADS-PL: <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version</i> .	Preg. 1: No es claro el beneficio del <i>screening</i> a corto plazo. Preg. 2: En conjunto sensibilidad de 83 a 100% y especificidad de 81 a 98% para catalogar a un individuo como suicida. Valor predictivo positivo de 6 a 30%. En el grupo adolescente sensibilidad fue de 52 a 87%, con especificidad de 60 a 85%. <i>Screening</i> podría ayudar a detectar individuos en riesgo, pero no a adolescentes. Insuficiente evidencia para recomendar un <i>screening</i> de riesgo suicida en atención primaria. Psicoterapia podría ser efectiva en prevenir suicidio en poblaciones de alto riesgo.	Basan <i>screening</i> en “entrevistas clínicas” con difícil sistema para estandarizar. No aclara si un <i>screening</i> aumenta o disminuye la probabilidad de intento de suicidio en poblaciones de alto riesgo especialmente.
Bakhiyi²¹	39 estudios.	Población general, adultos y adolescentes.	<i>Reason for Living Inventory</i> (RFLI)	Altos valores podrían proteger contra ideación e intento suicida (ajustado por depresión y desesperanza). La manera en que protege contra ideación es incierta (¿cómo moderador?). Podría relacionarse también negativamente con la letalidad del intento.	No valido para personas con intentos suicidas previos. No se asociaría con fallecimiento por suicidio.

Tabla 3. Versión abreviada de la escala de Columbia para evaluación de la severidad de la ideación suicida (C-SSRS).

Tabla 3: Versión abreviada de la escala de Columbia para evaluación de la severidad de la ideación suicida (C-SSRS)	Mes pasado							
	SI	NO						
Formule las preguntas que están en negrita y subrayadas.								
Formule las preguntas 1 y 2.								
Deseo de estar muerto(a): La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?								
Ideas suicidas: Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, “He pensado en suicidarme”) sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el periodo de evaluación. ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?								
Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es “No” continúe a la pregunta 6.								
Ideas suicidas con método (sin plan específico o sin la intención de actuar): El (la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: “He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”. ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?								
Intento suicida (sin plan específico): Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el (la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de “tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”. ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?								
Intento suicida con plan específico: Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?								
Últimos 3 meses.								
Pregunta de comportamiento suicida. ¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida? Ejemplos: juntar píldoras, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de una botella, pero no las ha tragado, agarrar un arma pero ha cambiado de idea de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío, o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.								
<table border="0"> <tr> <td style="background-color: yellow; width: 20px; height: 15px;"></td> <td>Riesgo leve de suicidio</td> </tr> <tr> <td style="background-color: orange; width: 20px; height: 15px;"></td> <td>Riesgo moderado de suicidio</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; width: 20px; height: 15px;"></td> <td>Riesgo severo de suicidio</td> </tr> </table>		Riesgo leve de suicidio		Riesgo moderado de suicidio		Riesgo severo de suicidio		
	Riesgo leve de suicidio							
	Riesgo moderado de suicidio							
	Riesgo severo de suicidio							
Fuente: Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). Screener with triage for primary health settings. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-srs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english Gratuita.								

Tabla 4. Escalas para evaluación del riesgo suicida potencialmente aplicables a atención primaria de salud, con sus ventajas y desventajas.

Escala	Ventajas	Desventajas
1. <i>SAD PERSONS</i> ^{11,13,14,18,19,23} .	Breve. No requiere capacitación. Gratuita. Fácil de recordar. Incluye indicaciones de conducta según puntaje obtenido.	No predice intento de suicidio ni suicidio. Considera factores de riesgo ambientales/contextuales y no necesariamente elementos asociados a la intención suicida en sí misma. Sobrestima riesgo suicida y necesidad de hospitalización.
2. Escala de desesperanza de Beck ^{11,12,13,14,16,19} .	Existencia de sitios que permiten cálculo rápido del puntaje y estimación del riesgo suicida. Tiempo de aplicación breve.	Requiere aplicación por personal entrenado. Sensibilidad, especificidad variable. Pobre poder predictivo. Desesperanza no predice con certeza riesgo de intento suicida ni suicidio, sería sólo un factor de riesgo más.
3. Escala de Ideación suicida de Beck ^{11,12,15,17,19,34} .	Se acerca a la medición de ideación suicida. Tiempo de aplicación breve.	Requiere aplicación por personal entrenado. Medición más bien caracterológica más que categorial. Pobre poder predictivo. Sin puntos de corte que permitan clasificar según riesgo y promover intervenciones. Tiende a sobrestimar riesgo.
4. <i>Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i> ^{11,12,17,25,22,35,37,38} .	Considerada por algunos como el <i>gold standard</i> en la evaluación del riesgo suicida. Predictiva en adolescentes y adultos. Cuenta con versión breve diseñada para uso en atención primaria. Validada para población latinoamericana. Fácil acceso. Puede ser aplicada por personal no especializado. Incluye intervenciones según puntaje obtenido. Predictiva en adolescentes y adultos jóvenes. Validada en población adolescente y adulto joven hispanohablante (Argentina).	Controversia en torno a la medición completa del espectro suicida. Aún en proceso de validación en Chile.

Correspondencia a
Los Almendros 9183
La Florida
Santiago
Chile
CP: 8240000



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.