



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES UMAE PEDIATRIA
GUADALAJARA JALISCO.

EVALUACIÓN DE LA ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA
VERSIÓN ADAPTADA A MÉXICO DE LA ESCALA ASQ SUICIDE-SCREENING
QUESTIONS EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN
URGENCIAS PEDIÁTRICAS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
PSIQUIATRA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTES

PRESENTA:
ABRAHAM EUGENIO BRAVO TORRES
TUTOR:
DRA. EN C. CECILIA COLUNGA RODRÍGUEZ

GUADALAJARA, JALISCO, FEBRERO DE 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

Abraham Eugenio Bravo Torres

Investigador principal

Residente de Psiquiatría de niños y adolescentes

Médico psiquiatra

Servicio de Psiquiatría de niños y adolescentes

UMAE Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Teléfono: 33 3660 3000 extensión 32655

Correo electrónico: bravoabraham_16@hotmail.com

Dra. Cecilia Colunga Rodríguez

Directora de tesis

Doctora en Ciencias de la Salud Pública

Investigador Asociado "A"

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 1

Unidad de Investigación Médica

UMAE-Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Teléfono: (33) 3660 3000 extensión 32695

Correo electrónico: cecilia.colunga@imss.gob.mx

Dra. Rosa Ortega Cortes

Asesor Metodológico

Medico pediatría

Maestría y doctorado en ciencias médicas

Adscripción división de educación en salud

UMAE-Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Teléfono: (33) 3660 3000 extensión 32696

Correo electrónico: rosa.ortegac@imss.gob.mx

Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez

Asesor clínico

Médico psiquiatra en niños y adolescentes

Jefe de servicio de salud mental

UMAE-Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Teléfono: (33) 3660 3000 extensión 32655

Correo electrónico: jose.rendon@imss.gob.mx

INDICE	4
RESUMEN	6
ANTECEDENTES	10
GENERALIDADES	10
CONCEPTUALIZACION	12
EPIDEMIOLOGIA	14
EL SUICIDIO DE ACUERDO A LA EDAD	16
EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	18
Entrevista clínica	18
Escala de evaluación auto y heteroaplicadas	18
TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	20
La clasificación de pacientes (triaje) en los Servicios de Urgencias	30
Concepto y modelos de triaje	30
El triaje de pacientes con conducta suicida	30
EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	31
Evaluación del paciente con conducta suicida	32
Evaluación por parte del especialista en Salud Mental	33
La evaluación del riesgo de suicidio en el Servicio de Urgencias	33
EVALUACION DEL SUICIDIO EN URGENCIAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTES	35
JUSTIFICACIÓN	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
PREGUNTA DE INVESTIGACION	45
Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra	54
Tabla 2. Prueba de KMO y Bartlett	55
Figura 1.	55
Tabla 3. Varianza total explicada	56
Tabla 4. Estadísticas de elementos	56
Tabla 5. Matriz de correlaciones	57
Tabla 6. Estadísticas de total de elemento	58
Tabla 7. Tiempo referido	60

Tabla 8. Método suicida	60
Tabla 9. Variación según género	61
Conclusiones	65
Referencias	66
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	72

RESUMEN

TÍTULO:

Evaluación de la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala ask suicide-screening questions en una población de adolescentes atendidos en urgencias pediátricas.

ANTECEDENTES:

El suicidio es un problema de prevalencia mundial, representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Se ha encontrado que entre 2.5 y 4.3% de la población mexicana ha presentado un intento de suicidio alguna vez en su vida. Se estima que más de 800 000 personas mueren por suicidio cada año (una persona cada 40 segundos).

El suicidio a nivel mundial es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de los 15 a 29 años de edad. Se estima que para el año 2020, el número de muertes por suicidio se incrementará un 50 %, con una tasa anual de 1,53 millones de suicidios.

Es una de las principales causas de muerte violenta en los adolescentes y adultos jóvenes. La adolescencia es un período de marcado riesgo de tendencias suicidas. Para los jóvenes entre las edades de 10 y 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte, reemplazando de manera significativa la tasa de los adultos.

En México el suicidio representó el 7,6% de todas las muertes violentas, con el grupo más afectado siendo los de 15 a 24 años; el suicidio se ha convertido en la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años,

con un aumento significativo en los suicidios en el grupo de 10 a 14 años. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años.

La prevención del suicidio puede ser fortalecida mediante el fomento de los factores de protección, tales como fuertes relaciones personales, un sistema de creencias personales y estrategias de afrontamiento positivas.

Detectar a los pacientes con riesgo suicida mediante entrevistas estructuradas, medir el riesgo suicida por medio de escalas de ideación suicida o desesperanza pueden ser de gran utilidad, pues contribuye a prevenir que el suicidio pueda ocurrir e instaurar un tratamiento médico. Es de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida como la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasa de suicidio en grupos de riesgo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles es la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions para su uso en población adolescente atendida en urgencias pediátricas?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala ask suicide-screening questions en una población de adolescentes atendidos en urgencias pediátricas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En pacientes pediátricos que acuden a urgencias pediátricas:

1. Traducir al español y adaptar culturalmente la Escala Ask Suicide-Screening Questions

2. Caracterizar la muestra de estudio en variables sociodemográficas y clínicas, como: edad, sexo, escolaridad y ocupación.
3. Determinar la validez factorial y de criterio de la escala Ask Suicide-Screening Questions
4. Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la escala Ask Suicide-Screening Questions
5. Determinar la aceptabilidad de la escala Ask Suicide-Screening Questions

HIPÓTESIS

La aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions son apropiadas para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes atendidos en urgencias pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: transversal analítico.

Se incluyeron 50 pacientes pediátricos de ambos sexos, de 10 a 16 años de edad, que asistieron a urgencias en la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO, y que sus padres o tutores autorizaron su inclusión en el estudio y firmaron una carta de consentimiento informado. El periodo de captación incluyó desde agosto a octubre del 2017.

Se aplicaron las escalas Ask Suicide-Screening Questions traducida al español y la de desesperanza de Beck, la cual ya cuenta con validez en la población mexicana. Posteriormente se comparó la escala Ask Suicide-Screening Questions traducida al español con la de desesperanza de Beck para determinar si la primera tiene validez para detectar el riesgo suicida en pacientes adolescentes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se capturaron en el paquete Microsoft Excel 2010 para posteriormente ser procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0. Se aplicaron pruebas estadísticas descriptivas, de distribución y dispersión, tales como frecuencias simples, porcentajes y desviación estándar. Adicionalmente, se aplicaron análisis factorial por el método de extracción de componentes principales y para determinar la confiabilidad, se aplicó la prueba alfa de Cronbach. Se aplicaron pruebas de correlación como r Spearman, considerando un valor de p menor o igual a 0.05.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Los costos generados por la Investigación se cubrieron por parte del IMSS en términos de recursos humanos y uso de instalaciones y equipos. En relación a los costos de equipo de cómputo, software y consumibles de oficina fueron cubiertos por el Investigador Principal.

Para la realización de este proyecto participaron: el residente de psiquiatría de niños y adolescentes y una residente de pediatría, realizando la captación de los pacientes, así como la aplicación de las escalas y obtención del consentimiento informado. El personal tiene la capacidad humana y de infraestructura para la realización de los procedimientos técnicos, tales como la aplicación de las escalas para detección del riesgo suicida.

Experiencia del grupo: El departamento de Psiquiatría del niño y del adolescentes de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, es un servicio consolidado y reconocido a nivel local y nacional, tanto por su amplia experiencia en la atención de la población infantil con problemas psiquiátricos en el occidente del país, como por

su activa participación en trabajos de investigación en Congresos Nacionales. El tiempo estimado para la realización del proyecto son 5 meses.

RESULTADOS

La mayoría de los paciente estudiados fueron mujeres adolescentes, 12 años de edad, la escolaridad fue en promedio el primer año de secundaria, y la mayoría de los sujetos evaluados eran estudiantes. La prueba KMO sugirió adecuación en la aplicación de análisis factorial. Al aplicar extracción de componentes principales, el instrumento ASQ mostró una sola dimensión con un 73.66% de varianza explicada, la versión traducida al español del ASQ mostró una validez factorial del .73 y una correlación con la escala de Desesperanza de Beck significativa ($r^{\text{Spearman}} = .61$ $p=0,000$). La confiabilidad para todos los ítems es alta ($>.80$, así como para el instrumento completo ($\alpha=0,90$). La aceptabilidad del ASQ por los participantes es muy alta (100%) y poco el tiempo de aplicación, en promedio de 5 minutos.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que el ASQ es una medida válida y confiable, con alta aceptabilidad en población mexicana en urgencias pediátricas. De esta forma, la versión en español del ASQ puede considerarse una herramienta útil para la detección oportuna del riesgo de suicidio en niños y adolescentes, que acuden al servicio de urgencias médicas.

ANTECEDENTES

El suicidio es un problema crítico en la población general; se clasifica entre las principales causas de muerte y lesiones en todo el mundo. Se estima que para el año 2020, el número de muertes por suicidio se incrementará un 50%, con una tasa anual de 1,53 millones de suicidios. (1)

El suicidio es un proceso complejo que conlleva un acto de violencia intencional hacia sí mismo, que afecta tanto a individuos y familias, como a comunidades y países; acarreando graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo y provocando además efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud. A este problema de salud pública encuentran ligados procesos como ideación suicida, planeación suicida e intento de suicidio; los que se concretan en el suicidio. El suicidio se evalúa en términos de mortalidad, ideación, planeación e intento y todos se vinculan a la morbilidad. En el suicidio intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, genéticos, situacionales, culturales y ambientales. (2)

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. (3)

Los factores de riesgo asociados al suicidio son variados, pero destacan entre otros las enfermedades mentales, el alcoholismo, el abuso de drogas, las enfermedades crónicas, desajustes emocionales y violencia. (4)

En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado 60% a nivel mundial, convirtiendo al suicidio en una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 10 a 44 años, y la cuarta causa de muerte de entre los 35 y 54 años. (2)

No hay una única explicación de por qué las personas se suicidan. Sin embargo, muchos suicidios ocurren de forma imprevista y en tales circunstancias el acceso a un medio para suicidarse puede hacer la diferencia en cuanto a si una persona vive o muere. El suicidio es una de las principales causa de muerte y un problema de salud importante en todo el mundo. (5)

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, con amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones." La definición debe entenderse que incluyen consecuencias como problemas psicológicos y sociales, así como los problemas físicos. Esta definición reconoce que los resultados de la violencia son más amplios que una lesión física, la discapacidad o la muerte. La violencia autodirigida abarca una gama de comportamientos violentos, incluidos intentos suicidas mortales y no mortales, y autoagresiones no suicidas (como en la automutilación). Las lesiones por violencia

autodirigida son un importante problema de salud pública en Estados Unidos y el resto del mundo. Sustancialmente más personas son hospitalizadas como consecuencia de la conducta suicida no fatal que por intento suicida con la intención clara de muerte. (6)

El suicidio se define como la muerte ocasionada por un comportamiento perjudicial auto dirigido con la intención de morir como resultado de este comportamiento. (6)

El intento de suicida se define como un comportamiento potencialmente perjudicial auto dirigido no fatal sin intención de morir; un intento de suicida puede o no resultar en lesiones. (7) La adolescencia es un período de marcado riesgo de tendencias suicidas. (5) Para los jóvenes entre las edades de 10 y 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte, reemplazando de manera significativa la tasa de los adultos. Los hombres son más propensos a morir a causa del suicidio: la razón hombre-mujer para muerte por suicidio es de cuatro a uno en los EE.UU. (7)

CONCEPTUALIZACION

En 2007, Silverman et al. (8) (9) Propusieron una revisión de la nomenclatura de la terminología previamente existente para los eventos suicidas, en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el

término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida. Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que: La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.
- Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar

lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).

- Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad).
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- Suicidio: muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

EPIDEMIOLOGIA

La fuente primaria sobre el suicidio consumado en el país es el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que reúne la información de los certificados de defunción y la difunde por medio de la publicación de los Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. (10)

En México se carece de estadística claramente fidedigna, y son pocos los estudios que se cuentan sobre el suicidio. Sin embargo se cuenta con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA) es el estudio más grande sobre la ideación suicida jamás hecho en México, y es el estudio más representativo, con las

mediciones más actuales y amplias sobre el tema. Esta encuesta utilizó un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico, con representatividad nacional y estatal, en áreas rurales y urbanas. Esta encuesta fue autorizada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. La información se obtuvo mediante entrevista directa, en versión computarizada, en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. (11)

El suicidio es un problema de salud pública en México. (12) según las estadísticas del Instituto Nacional de Estudios de Geografía e Información (INEGI), durante el año 2003 la mayor incidencia de suicidio se reportó en jóvenes de entre 19 a 29 años, siendo el Distrito Federal una de las entidades de la República Mexicana con mayor porcentaje. México tiene una tendencia de incremento anual de suicidios de 2.3 puntos porcentuales (13)

En 2011, el suicidio representó el 7,6% de todas las muertes violentas, con el grupo más afectado siendo los de 15 a 24; el suicidio se ha convertido en la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años, con un aumento significativo en los suicidios en el grupo de 10 a 14. (14)

La mortalidad por suicidio en México en el año 2007 se observaron 4 388 muertes por esta causa, para una tasa de 4.15 por cada 100 000 habitantes. El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años. Se ha encontrado que entre 2.5 y 4.3% de la población mexicana ha presentado un intento de suicidio alguna vez en su vida.

En 2008, 6 601 210 habitantes tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. (15) La prevalencia en cuanto a la ideación suicida en la Encuesta Nacional de Adicciones en el 2008 fue de 8.79%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio entre las personas con ideación fue de 8.99% en los últimos 12 meses. (16)

En México, se registra investigación de la ideación suicida en diversas poblaciones; niños de Educación Básica, adolescentes, estudiantes de Educación Media Superior, estudiantes universitarios, pacientes de Centros de Salud, mujeres embarazadas, pacientes psiquiátricos y población abierta, entre otros. Estudios que informan del uso de diversos instrumentos de registro, entre ellos; escala de ideación suicida de Beck, escala de ideación suicida de Roberts CES-D, inventario de depresión CDI, escala de Okasha y preguntas. (17)

EL SUICIDIO DE ACUERDO A LA EDAD

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más altas en las personas de 70 años o más en casi todas las regiones del mundo. (5) La población adolescente también es un grupo vulnerable, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en los países europeos. (18) Las conductas suicidas son la razón principal de hospitalizaciones psiquiátricas en adolescentes en muchos países. La prevalencia anual de ideación suicida va desde 15 % a 25 % en la población general, mientras que las estimaciones entre

los adolescentes oscila entre 1,3 % a 3,8 % en varones y del 1,5% al 10,1 % en las mujeres. (19)

En los Estados Unidos el 70 % de todas las muertes entre los jóvenes y adultos jóvenes de 10 a 24 años son resultado de cuatro causas: accidentes de vehículos de motor (23%), otras lesiones no intencionales (18%), homicidios (15%) y el suicidio (15%). En cuanto a la población estadounidense el 17,0 % de los estudiantes había considerado seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses. Esta consideración fue mayor entre las mujeres (22,4 %). El 13.6 % de los estudiantes habían realizado un plan de como suicidarse y esta planeación suicida también fue mayor en las mujeres. El 8 % de los estudiantes habían intentado una o más veces suicidarse en los últimos 12 meses, la prevalencia también fue mayor en las mujeres que en los hombres estudiantes. Y solamente el 2.7% de los estudiantes que intentaron suicidarse recibieron atención médica por un doctor o enfermera. (20)

En México el comportamiento suicida en niños y adolescentes puede ser una forma de atraer la atención, así como una señal de alarma pidiendo ayuda. La principal causa de los intentos de suicidio en los niños es la falta de atención. Sin embargo, entre los adolescentes, la primera causa es el divorcio de los padres y la decepción romántica, aunque en la mayoría de los casos el bajo nivel socioeconómico y el consumo de narcóticos contribuyen a generar pensamientos suicidas (21).

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento. (22)

Entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio. (23)

Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas

Existe una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio. Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos. Para escoger la mejor escala de evaluación de riesgo suicida debe estar diseñado según una

definición operativa de la conducta suicida, incluir un sistema cuantitativo de puntuación acompañado de especificaciones cualitativas sobre el nivel de riesgo para apoyar el diagnóstico y facilitar el seguimiento, recabar información sobre aspectos clave como: método, frecuencia, duración, gravedad, motivación, factores precipitantes y protectores, ideación suicida e historia de conducta suicida previa. Además, deben tener adaptación y validación al castellano. (24) Ver tablas 1 y 2.

En nuestro país la adaptación de estos métodos se realiza principalmente mediante la traducción del inglés al español. Por ejemplo, en 2006 se publicaron a nivel clínico los siguientes instrumentos de evaluación y/o detección del comportamiento suicida (todos ellos traducidos del inglés): escala de ideación suicida de Beck, escala de desesperanza de Beck, escala de intencionalidad suicida de Beck, escala de riesgo de violencia de Plutchik, escala de riesgo suicida de Plutchik e inventario de razones para vivir. (25).

En México, la medición de la ideación suicida en jóvenes se ha llevado a cabo principalmente con el empleo de una escala compuesta por cuatro reactivos: un reactivo de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y tres de la Escala de Roberts. Dicho instrumento ha mostrado una confiabilidad aceptable, en el 2012 se presenta una investigación realizada en una muestra no probabilística de 579 estudiantes de una universidad mexicana, cuyos objetivos fueron los de confirmar la fiabilidad y validez factorial de la Escala de Ideación Suicida de Roberts aplicada a estudiantes, la escala utilizada mostró una confiabilidad aceptable en las mujeres, no así en los hombres; y que el modelo de

asociación de variables de identificación personal con ideación suicida, fue distinto en los dos sexos. (26)

Los instrumentos más utilizados en los estudios para medir la conducta suicida en México son la “Escala de Ideación Suicida de Beck”, la “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adjunta a la de Roberts”, la “Escala de Expectativas Sobre Vivir- Morir de Okasha”, y los reactivos incluidos en el “Composite International Diagnostic Interview (CIDI)”.

Las investigaciones en adolescentes se han centrado únicamente en muestras estudiantiles, pero carecemos de indicadores sobre la severidad del intento, y no se ha explorado para nada el uso de los servicios de salud por la población suicidógena. (27)

TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para utilizar con garantía un cuestionario es necesario comprobar que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, etc. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. Este proceso se realiza inicialmente en el idioma original y debe reiterarse cuando se altera la estructura o cuando cambia el idioma en el que se aplica. Validar una versión en idioma diferente al original consiste en adaptar culturalmente el cuestionario al medio donde se quiere utilizar

y volver a comprobar que conserva las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado.

Es necesario disponer de instrumentos validados en el ámbito de la salud en el idioma original para poder comparar los resultados obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento.

Para validar un instrumento de medida hay que comenzar por adaptar culturalmente el cuestionario al medio donde se quiere utilizar y a continuación volver a medir sus características psicométricas.

La adaptación transcultural de un instrumento

Algunos autores señalan ciertos criterios para asegurar la calidad del instrumento: traducción, adaptación, validación de las propiedades psicométricas y redacción de las normas del instrumento en los distintos idiomas. Por ello al validar un instrumento es necesario empezar con el proceso de traducción.

El proceso de traducción

El proceso de traducción de un cuestionario es clave para asegurar la validez de un instrumento en distintas culturas. No puede limitarse a una simple traducción del cuestionario sino que debe seguir una metodología que asegure esa equivalencia. Es un proceso riguroso que consiste en la traducción y adaptación cultural de la versión original a la versión adaptada. El objetivo es conseguir que el instrumento sea equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio en distintas culturas. La equivalencia semántica asegura que el

significado de cada ítem sea el mismo en cada cultura después de la traducción. La equivalencia conceptual nos afirma que el instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura. La equivalencia de contenido certifica que el contenido de cada ítem es relevante en cada cultura. La equivalencia técnica nos dice que el método de recogida de datos es comparable en cada cultura. Por último, la equivalencia de criterio nos cerciora que la interpretación de la medida se mantiene igual cuando se compara con las normas de cada cultura estudiada. La comprobación de la equivalencia técnica y de criterio de una nueva versión puede requerir de un análisis estadístico posterior, proceso que excede al de la traducción inicial.

La mayoría de los estudios realizados de traducción y adaptación de instrumentos utilizan diferentes métodos que incluyen una o más de las siguientes técnicas: traducción del instrumento, retrotraducción, técnica bilingüe, comité evaluador, y estudio piloto. Estas técnicas son recomendables, sin embargo, ninguna de ellas es completa por lo que se recomienda realizar más de una al mismo tiempo. Los métodos más utilizados son: la traducción lineal, la traducción lineal con estudio piloto y la traducción-retrotraducción con personas monolingües o bilingües. El método que se considera más completo y garantiza una mayor calidad en el proceso de traducción es la traducción-retrotraducción por personas bilingües o monolingües.

Validación de cuestionarios y escalas

Características psicométricas de un instrumento

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar la calidad de su medición. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. La fiabilidad hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante y la validez a que el instrumento mide lo que quiere medir. No todo instrumento que sea fiable es válido. Un instrumento puede ser fiable porque mide una variable de manera constante, pero inválido si no mide el fenómeno que quiere medir. La sensibilidad y factibilidad son otras características métricas que también miden la validez de un instrumento.

Concepto de fiabilidad

Fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. La fiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares. La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1 que es una correlación perfecta. Ningún instrumento presenta el máximo grado de correlación en las distintas situaciones, por ello es necesario determinar el grado de correlación aceptable. Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9. No hay que olvidar que una fiabilidad alta no es sinónimo sin más de calidad porque puede faltar lo que es más importante, la validez.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Este método es el más utilizado para medir la fiabilidad de los instrumentos. Hay varias técnicas para medirla como son la fiabilidad mitad y mitad, el alfa de Cronbach y la técnica de Kuder-Richardson. El más utilizado es el alfa de Cronbach que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características. Se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos de la técnica de la fiabilidad mitad y mitad. El rango del alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia interna. Según George y Mallery, el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

La estabilidad mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos. La estimación de la estabilidad se puede obtener con la técnica del test-retest. El método es sencillo y fácil de realizar; consiste en utilizar el instrumento en una misma muestra de sujetos en distintas ocasiones y comparar los resultados de ambos momentos. Para valorar la estabilidad mediante test-retest se puede usar el coeficiente de

correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El coeficiente de Pearson, método estadístico paramétrico, se suele utilizar para medir la correlación entre dos variables cuantitativas, sin embargo, cuando las variables son nominales u ordinales está más indicada la correlación de Spearman-Brown.

La equivalencia es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo test. Se mide el grado de correlación entre las versiones aplicándolas sucesivamente a los sujetos en un mismo tiempo. El resultado se obtiene correlacionando las puntuaciones de las dos formas paralelas del instrumento. Valores de correlación por encima de 0,8 reflejan que los instrumentos son equivalentes.

La armonía interjueces o armonización de las medidas de los diferentes observadores mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos. Se utiliza cuando se quiere determinar la equivalencia de puntuaciones de diferentes sujetos al cumplimentar el mismo instrumento. Se puede realizar también con el mismo observador en dos ocasiones distintas. Habitualmente se obtiene calculando el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

Concepto de validez

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida

realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo. Cada una de ellas proporciona evidencias a la validación global del instrumento.

La validez aparente es una forma de validez de contenido que mide el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen. Es el método más sencillo para medir la validez del instrumento. Se considera la parte del «sentido común» de la validez de contenido que asegura que los ítems del instrumento sean adecuados. Consiste en que algunas personas, expertas o no, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento. Cuantas más personas intervengan, mayor validez tendrá esta técnica. Medir la validez aparente es importante porque la aceptación de una escala por varias personas da consistencia a la hora de utilizarla. La validez de contenido es un método relevante sobre todo cuando se diseña un instrumento. No es tan importante cuando el instrumento ya ha sido validado anteriormente y utilizado en distintos ámbitos. Sin embargo, cuando se traduce un instrumento a otro idioma, si se supone que los conceptos explorados cambian significativamente de una cultura a otra, puede ser conveniente volver a comprobar la validez aparente.

Los métodos utilizados para medir esta validez son: el método Delphi, el modelo de estimación de magnitud, el modelo Fehring y la metodología Q.

Concepto de sensibilidad

La sensibilidad de un instrumento nos muestra la capacidad que tiene de detectar cambios en los atributos o sujetos evaluados después de una intervención. Está

relacionada con la magnitud de la diferencia en las puntuaciones del sujeto que ha mejorado o empeorado y las que no han cambiado su situación. Se mide con el estadístico «tamaño del efecto» para evaluar la sensibilidad al cambio relacionando la media de las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención con la desviación estándar de la puntuación antes de la intervención.

Concepto de factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere utilizar. Los aspectos que habitualmente se evalúan son: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados. Esta característica es preciso medirla en distintas poblaciones para conocer si el instrumento es adecuado en sujetos en diferentes situaciones. Se obtiene mediante el cálculo del porcentaje de respuestas no contestadas, y el tiempo requerido para rellenarlo. La factibilidad también se puede medir evaluando la percepción del paciente respecto a la facilidad de usar el cuestionario, así como la percepción del profesional respecto a su utilidad en la práctica clínica.

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son

los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario.

En estos Servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente. (18)

En México un estudio realizado en el 2001 en Urgencias del Hospital General de Zona 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social arrojó los siguientes resultados: ingresaron en un año a urgencias 59 pacientes con intento suicida: 49 mujeres y 10 hombres, con edad media de 29.46 años; hubo nueve pacientes pediátricos (de 15 años o menos). Los fármacos más utilizados fueron las benzodiazepinas, y la causa más frecuente de intento suicida fue el estado depresivo seguido de problemas de relación con la pareja. El porcentaje de intento suicida encontrado en el estudio fue de 0.76 respecto a los pacientes que ingresaron a urgencias durante el periodo del estudio. (28) En el 2004 Se realizó un reporte de todos los pacientes mayores de 10 años, que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General O'Horán por intento de suicidio de 1998 al 2003 de la ciudad de Mérida, Yucatán, México; se observó que el número de intentos de suicidio fue

aumentando año con año, la relación hombre–mujer, en cuanto al intento de suicidio, fue de 1:1. Las edades en las que se presentó con más frecuencia el intento de suicidio de este estudio, son entre los 15 y 24 años. La proporción de fallecimientos a consecuencia del intento de suicidio coincide con la que se reporta en la literatura: fue mayor el número de hombres que lograron su objetivo, en relación a las mujeres, en proporción 8:1. Hubo mayor número de defunciones en los grupos de 35 a 45 y mayor de 45 años. (29) En una muestra de 37 personas lesionadas en intentos de suicidio, captada en los servicios de urgencia de 8 hospitales de la ciudad de México se aplicó cuestionario y un dispositivo para estimar los niveles de alcohol en sangre. El 40% de los casos reportaron haber consumido bebidas alcohólicas en las 6 horas anteriores al intento de suicidio. La proporción de personas lesionadas en intentos de suicidio que estaban bajo los efectos de alcohol fue significativamente mayor a la observada entre los individuos lesionados por otras causas externas. (30)

La intoxicación por medicamento es el método más empleado en los intentos suicidas (46%), predominando a partir de los 10 años, pero el que origina mayor letalidad es la exposición a plaguicidas. En 2007, el Instituto Mexicano del Seguro Social reportó que en México aproximadamente hay 1,400 fallecimientos anuales por intoxicaciones, de los cuales 72% se consideran por accidente y 28% por suicidio. Las intoxicaciones en la adolescencia constituyen una causa cada vez más común de solicitud de atención médica de urgencia y que las características psicosociales de los adolescentes les condicionan a ser más vulnerables a las mismas. (31)

La clasificación de pacientes (triaje) en los Servicios de Urgencias

Los Servicios de Urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención sanitaria y priorizarlos según su gravedad.

Concepto y modelos de triaje

El triaje se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al Servicio de Urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia. Su puesta en marcha precisa una adecuada estructura, tanto física como de personal y una escala de clasificación que sea válida, útil y reproducible.

El triaje de pacientes con conducta suicida

Las dos primeras medidas que deben adoptarse ante un paciente con conducta suicida son una evaluación inmediata de su situación clínica y la instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad. En líneas generales, la asistencia inmediata y de calidad está garantizada en los pacientes más graves, pero a medida que disminuye el grado de urgencia, la inmediatez y la calidad se hace más dependiente de una adecuada relación entre la oferta y la demanda. (18)

Horowitz et al. (32) Desarrollaron el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) auto aplicable con el objetivo de detectar el riesgo de

conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado, en pacientes psiquiátricos. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. Su versión en castellano, validada con niños y adolescentes mexicanos (33), obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza.

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del triaje sería que todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 3 (amarillo) del Sistema de Triage de Manchester, es decir que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al Servicio de Urgencias. (18)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. De ser posible debería existir un espacio específico para estas situaciones y disponer de un adecuado sistema de seguridad: la puerta debe abrir en ambos sentidos y no debe poder cerrarse desde el interior. (18)

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes. (34)

Evaluación del paciente con conducta suicida

Las competencias de los médicos de Urgencias Hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Proyecto de Programa docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias):

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en:
- antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
- antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
- abuso de alcohol o drogas
- situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida. (35)

Evaluación por parte del especialista en Salud Mental

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. En general se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias.

La evaluación del riesgo de suicidio en el Servicio de Urgencias

Existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio y de esta manera, a la evaluación clínica global realizada por el facultativo. (18) La escala SAD PERSONS es ampliamente utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo de suicidio y a la toma de decisiones sobre si ingresar o no al paciente. (36) A pesar de que esta escala no ha sido validada ni existen estudios que evalúen sus propiedades psicométricas, ha sido

recomendada por su contenido didáctico y su facilidad de aplicación y para su uso también en Atención Primaria. (37)

Cooper et al. (38) desarrollaron una sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida, obteniendo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 25% en la identificación de pacientes con alto o bajo riesgo de repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses. Los autores consideran que la aplicación de este instrumento podría facilitar la evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias y centrar los recursos psiquiátricos en aquellos pacientes de alto riesgo.

Preguntas del test Manchester Self-Harm para la conducta suicida

—¿Tiene antecedentes de conducta suicida?

—¿Ha estado a tratamiento psiquiátrico previo?

—¿Está actualmente a tratamiento psiquiátrico?

—¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiazepinas?

Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente de “alto riesgo” de repetición de la conducta suicida.

Un posterior estudio de estos mismos autores (39) comparó la sensibilidad y especificidad del test frente a la evaluación global del riesgo de conducta suicida realizada por especialistas en Salud Mental o en Urgencias, siendo los resultados favorables al test.

EVALUACION DEL SUICIDIO EN URGENCIAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTES

En 2007, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años, lo que representó 4320 muertes en los Estados Unidos. (40) Los intentos de suicidio no fatales son más frecuentes, afectando a entre un 5% y un 8% de los niños y adolescentes anualmente, lo que resulta en una morbilidad significativa y un mayor uso de servicios de urgencias y hospitales. (41)

La identificación temprana y el tratamiento de los pacientes con alto riesgo de suicidio es una estrategia clave para la prevención del suicidio, pero los pacientes con alto riesgo no suelen ser reconocidos por los proveedores de atención médica. De hecho, la mayoría de las personas que mueren por suicidio han visitado a un proveedor de atención médica en el año anterior a su muerte, la mayoría en los 3 meses previos. Considerando que las visitas médicas ofrecen a los clínicos la oportunidad de identificar y referir a los pacientes en riesgo de suicidio, las personas a menudo se presentan únicamente con preocupaciones somáticas e infrecuentemente comentan ideas y planes suicidas a menos que se les pregunte directamente.

En el 2010, la “Joint Commission” emitió una alerta de evento centinela, sugiriendo la detección de suicidios para todos los pacientes que visitan los entornos de atención médica. Además, la Academia Americana de Pediatría llamó a la rápida y fácil administración de herramientas de detección de suicidio, para guiar a los médicos de atención de la salud en la evaluación del riesgo de suicidio entre los jóvenes, en entornos médicos. (42)

El departamento de emergencias es un lugar prometedor para identificar a los jóvenes en riesgo de suicidio. (43) Los médicos de este departamento suelen ser la única conexión con el sistema de atención médica para millones de jóvenes y sus familias. Están en una posición única para detectar el riesgo de suicidio en los pacientes y ayudar en el proceso de hacer referencias clínicamente apropiadas para el tratamiento de salud mental. (44) Sin embargo, la mayoría de los pacientes que se presentan a urgencias no se evalúan para el riesgo de suicidio. Las limitaciones de tiempo, la formación inadecuada y la falta de instrumentos de detección adecuados son razones por las que los médicos de urgencias no rastrean rutinariamente el riesgo de suicidio. Los médicos del departamento de urgencias requieren herramientas que no asuman un entrenamiento psiquiátrico extenso para administrar. Se desarrollaron y validaron instrumentos para guiar a estos clínicos, tales como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio de 4 ítems, y se validaron en poblaciones psiquiátricas de urgencias pediátricas. (45)

La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o un amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de alimentación, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el

joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, etc. Como factores protectores se mencionan el sentirse bien emocionalmente y contar con una estrecha y comprometida relación con los padres y familiares. Lo que encontraron Campo et al. En un estudio realizado en urgencias en Colombia fue que la proporción de intentos versus suicidios consumados es de 8:1, ninguno de los pacientes con riesgo suicida asistió a más de una consulta con el personal de salud. El método suicida más utilizado fue el envenenamiento por ingestión de sustancias. La totalidad de los menores presento trastorno psiquiátrico y alrededor del 60% de ellos sintomatología depresiva. (46)

Existen numerosas evidencias acerca del aumento de la tasa de suicidio en adolescentes en las últimas décadas. La incidencia de intentos suicidas en Uruguay es de 2/1000 consultas anuales. El perfil predominante es el de un menor de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que ingiere fármacos en su domicilio. Entre los menores de 10 años predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. (47)

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Para la evaluación del riesgo suicida en la población pediátrica en urgencias Horowitz, et. al en el 2012, desarrollaron un instrumento de cribado de 4 preguntas, el "Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)", que puede identificar el

riesgo de suicidio en pacientes que se presentan a departamentos de urgencias pediátricas.

Este instrumento incluía el menor número de preguntas que pudieran identificar a los jóvenes con pensamientos suicidas, pero que mantuvieran alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo. Se incluyeron pacientes psiquiátricos en la muestra para determinar si el instrumento de detección podría ser válido para todos los pacientes pediátricos evaluados en los departamentos de emergencias.

El estudio evaluó 17 preguntas que median el riesgo suicida en pacientes pediátricos y jóvenes, aplicadas en tres departamentos de urgencias pediátricas en hospitales de atención de tercer nivel. Se utilizó el “Suicidal Ideation Questionnaire”, que sirvió como criterio estándar. La muestra fue de 524 pacientes de 10 a 21 años de edad que presentaron molestias médicas, quirúrgicas o psiquiátricas atendidos en el departamento de urgencias.

De las 17 preguntas candidatas, el modelo que mejor se ajustaba consistía en 4 preguntas, que evaluaban los pensamientos actuales de estar mejor muerto, el deseo actual de morir, la ideación suicida actual y el intento de suicidio pasado. Este modelo tenía una sensibilidad del 96.9% (IC del 95%, 91.3 a 99.4), una especificidad del 87.6% (IC del 95%, 84.0 a 90.5) y valores predictivos negativos del 99.7% (IC del 95%, 98.2 a 99.9) para pacientes médico-quirúrgicos y 96.9% (IC 95%, 89.3- 99.6) para pacientes psiquiátricos.

Los autores concluyeron que un instrumento de detección de 4 preguntas, el “Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)” con una alta sensibilidad y valor predictivo

negativo, puede identificar el riesgo de suicida en pacientes que acuden a los departamentos de emergencias pediátricas. (Anexos 2 y 3)

La forma de calificar el instrumento es la siguiente: si el paciente responde "no" a todas las preguntas del 1 al 4, el examen está completo. No se necesita intervenir. Si el paciente responde "si" a cualquiera de las preguntas 1 a 4, o se niega a responder, se considera una prueba positiva, se hace la pregunta ¿estás pensando en matarte ahora mismo? para evaluar el riesgo actual. Si la respuesta es "sí" a la pregunta anterior el riesgo actual es positivo por lo que el paciente necesita una evaluación por salud mental inmediatamente.

Si la respuesta es "no" a la pregunta anterior, la evaluación tiene un riesgo potencial identificado, el paciente requiere una breve evaluación del riesgo suicida para determinar si se necesita una evaluación completa por salud mental. (42)

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un proceso complejo que conlleva un acto de violencia intencional hacia sí mismo, que afecta tanto a individuos y familias, como a comunidades y países; acarreando graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo y provocando además efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud.

Es un problema de prevalencia mundial, representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Es una de las principales causas de muerte violenta en los adolescentes y adultos jóvenes. (2)

Hablar sobre suicidio resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo de que intenten quitarse la vida, y por considerar que es una tarea exclusiva de psiquiatras, psicólogos, médicos y suicidólogos, en el que no pueden intervenir otros sectores de la población. Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio.

Magnitud

Se estima que más de 800 000 personas mueren por suicidio cada año (una persona cada 40 segundos). El suicidio a nivel mundial es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de los 15 a 29 años de edad. Se ha encontrado que entre 2.5 y 4.3% de la población mexicana ha presentado un intento de suicidio alguna vez en su vida. En 2011, el suicidio representó el 7,6% de todas las muertes

violentas, con el grupo más afectado siendo los de 15 a 24; el suicidio se ha convertido en la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años, con un aumento significativo en los suicidios en el grupo de 10 a 14.

En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado 60% a nivel mundial, convirtiendo al suicidio en una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 10 a 44 años, y la cuarta causa de muerte de entre los 35 y 54 años.

Trascendencia

En proyección para el año 2020, el número de muertes por suicidio se incrementará un 50 %, con una tasa anual de 1,53 millones de suicidios. (1) Con ello se verán afectadas no sólo las familias de los suicidas, sino que el costo social por los años de vida potencialmente perdidos, es muy alto.

En México el comportamiento suicida en niños y adolescentes puede ser una forma de atraer la atención, así como una señal de alarma pidiendo ayuda. La principal causa de los intentos de suicidio en los niños es la falta de atención. Sin embargo, entre los adolescentes, la primera causa es el divorcio de los padres y la decepción romántica, aunque en la mayoría de los casos el bajo nivel socioeconómico y el consumo de narcóticos contribuyen a generar pensamientos suicidas. (21)

Vulnerabilidad

Detectar a los pacientes con riesgo suicida mediante entrevistas estructuradas, medir el riesgo suicida por medio de escalas de ideación suicida o desesperanza

pueden ser de gran utilidad, pues contribuye a prevenir que el suicidio pueda ocurrir e instaurar un tratamiento médico. De la misma manera, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos pacientes en riesgo.

Es de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida como la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasa de suicidio en grupos de riesgo.

Originalidad

En México, la medición de la ideación suicida en jóvenes se ha llevado a cabo principalmente con el empleo de una escala compuesta por cuatro reactivos: un reactivo de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y tres de la Escala de Roberts. Dicho instrumento ha mostrado una confiabilidad aceptable en estudiantes universitarios.

Sin embargo no existen en México donde se evalué el riesgo suicida en pacientes pediátricos que acudan a urgencias médicas.

Factibilidad

La realización de este estudio es factible, puesto que la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, siendo un hospital de tercer nivel; concentra una gran cantidad población pediátrica del occidente del país. Además, no se requiere de más recursos que los que ya se tienen destinados a su atención médica. El personal de

urgencias tiene la capacidad humana y de infraestructura para la realización de los procedimientos técnicos, tales como la aplicación de la escala de desesperanza de Beck y el Ask Suicide-Screening Questions.

Experiencia del grupo: El departamento de Psiquiatría de niños y adolescentes y el departamento de urgencias de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, es un servicio consolidado y reconocido a nivel local y nacional, tanto por su amplia experiencia en la atención de la población infantil con problemas psiquiátricos y urgencias médicas en el occidente del país, como por su activa participación en trabajos de investigación. Tanto los investigadores asociados como la directora de la tesis, tienen experiencia en investigación en población pediátrica y en salud mental, son asesores de tesis de posgrado y profesionales de la pediatría, la psiquiatría infantil y la psicología y salud pública, asimismo, el tesista, es Residente de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema de clase mundial. El suicidio a nivel mundial es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de los 15 a 29 años de edad. El suicidio es un proceso complejo que conlleva un acto de violencia intencional hacia sí mismo. (1)

Los factores de riesgo asociados al suicidio son variados, pero destacan entre otros las enfermedades mentales, el alcoholismo, el abuso de drogas, las enfermedades crónicas, desajustes emocionales y violencia. (2) En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado 60% a nivel mundial, convirtiendo al suicidio en una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 10 a 44 años, y la cuarta causa de muerte de entre los 35 y 54 años. (1) La adolescencia es un período de marcado riesgo de tendencias suicidas. (3) Para los jóvenes entre las edades de 10 y 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte, reemplazando de manera significativa la tasa de los adultos. Los hombres son más propensos a morir a causa del suicidio: la razón hombre-mujer para muerte por suicidio es de cuatro a uno en los EE.UU. (5)

Los hombres son más propensos a utilizar medios más letales que las mujeres. (3) En cuanto al intento suicida no letal la estadística difiere de acuerdo al sexo, siendo mayor en mujeres que en hombre en casi todas las regiones del mundo. (5) Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más altas en las personas de 70 años o más en casi todas las regiones del mundo. (3) Los factores de riesgo a nivel individual incluyen los intentos previos de suicidio, trastornos mentales, el

consumo nocivo de alcohol, pérdida financiera, el dolor crónico y antecedentes familiares de suicidio. Los antecedentes de intentos previos de suicidio predicen de manera considerable intentos subsecuentes y el suicidio consumado. (3)

En México el suicidio representó el 7,6% de todas las muertes violentas, con el grupo más afectado siendo los de 15 a 24 años; el suicidio se ha convertido en la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años, con un aumento significativo en los suicidios en el grupo de 10 a 14 años. (9) La mortalidad por suicidio en México tiene una tasa de 4.15 por cada 100 000 habitantes. El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años. Se ha encontrado que entre 2.5 y 4.3% de la población mexicana ha presentado un intento de suicidio alguna vez en su vida.

La prevención del suicidio puede ser fortalecida mediante el fomento de los factores de protección, tales como fuertes relaciones personales, un sistema de creencias personales y estrategias de afrontamiento positivas. (3)

A pesar de que el suicidio es un creciente problema de salud pública en adolescentes, existen pocos instrumentos que midan de manera válida y confiable el riesgo en urgencias pediátrica, la importancia de identificar a los pacientes con riesgo suicida radica en la prevención del mismo y la instauración de un tratamiento temprano desde el departamento de urgencias con la administración de escalas de detección de fácil aplicación para personal no especializados en salud mental.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los criterios de aceptabilidad validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions para su uso en población adolescente atendida en urgencias pediátricas?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions en una población de adolescentes atendidos en urgencias pediátricas

Objetivos específicos

En pacientes pediátricos que acuden a urgencias pediátricas:

- Traducir al español y adaptar culturalmente la Escala Ask Suicide-Screening Questions
- Caracterizar la muestra de estudio en variables sociodemográficas y clínicas, como: edad, sexo, escolaridad y ocupación.
- Determinar la validez factorial y de criterio de la escala Ask Suicide-Screening Questions
- Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la escala Ask Suicide-Screening Questions
- Determinar la aceptabilidad de la escala Ask Suicide-Screening Questions

- Aplicar la escala de desesperanza de Beck como estándar de riesgo suicida.

HIPÓTESIS

La aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions son apropiadas para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes atendidos en urgencias pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

1.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Paciente que acudan a urgencias pediátricas de 10 a 16 años, que sean internados por cualquier causa en el servicio de Urgencias de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, IMSS

2.- DISEÑO

2.1.- TIPO DE ESTUDIO.

- Transversal analítico.

2.2 GRUPO DE ESTUDIO

Criterios de inclusión:

1. Pacientes pediátricos de cualquier sexo de 10 hasta 16 años de edad, que sean internados por cualquier causa en el servicio de Urgencias de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, IMSS
2. Pacientes con expediente clínico completo
3. Que sus tutores o padres autoricen su inclusión en el estudio

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que al momento de la aplicación de las escalas no estén presentes
2. Pacientes sin expediente clínico completo
3. Si sus padres o tutores no autorizan

Criterios de eliminación:

1. Quienes, una vez realizadas las escalas, los padres decidan por cualquier motivo, retirar su autorización

2. Pacientes cuya aplicación de las escalas no sea posible por cualquier motivo.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluirán todos los pacientes pediátricos de cualquier sexo, de 10 a 16 años de edad, que asistan a urgencias en la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO, y que sus padres o tutores autoricen su inclusión en el estudio y firmen una carta de consentimiento informado. El periodo de captación incluye desde agosto del 2017 a octubre 2017.

Se aplicaran las escalas escala Ask Suicide-Screening Questions y de desesperanza de Beck, la cual ya cuenta con validez en la población mexicana.

INSTRUMENTOS

Se diseñó una cédula para el registro de datos sociodemográficos y clínicos de los participantes.

Para la evaluación de la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la escala Ask Suicide-Screening Questions, se utilizaron dos instrumentos.

El primero es la escala de desesperanza de Beck, es un instrumento autoaplicado, diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems, 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13, 15 y 19 valen un 1

punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20. En función de la puntuación total el nivel de riesgo es: 4-8: Leve. 9-14: Moderado. 15-20: Grave. (Anexo 4)

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15, y 19. Puede oscilar entre 0 y 5. La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8. La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5. En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte: (39)

A. 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.

- 0-3: ninguno o mínimo.
- 4-8: leve.

B. 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.

- 9-14: moderado.
- 15-20: alto.

La escala Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), es una herramienta de cribado, formada por un conjunto de cuatro preguntas, que los enfermeros o médicos de urgencias pueden administrar para ayudar a identificar a los jóvenes en riesgo suicida. Basada en un estudio realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que fue publicado en diciembre de 2012 por Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.

Puede identificar el riesgo de suicidio en pacientes que se presentan a urgencias pediátricas, con alta sensibilidad y valor predictivo negativo. Esta herramienta de cribado comprende preguntas que evalúan las ideas actuales de estar mejor muerto, deseo actual de morir, ideación suicida actual e intento suicida previo, con una sensibilidad del 96,9% (intervalo de confianza del 95% [IC del 95%] 91,3-99,4) y una especificidad de 87,6% (IC del 95%: 84,0 - 90,5). (Anexo 2)

DESARROLLO DEL ESTUDIO

En primer lugar, la versión original del ASQ en inglés fue traducida al español por dos investigadores competentes en ambos idiomas, quienes resolvieron sus divergencias basadas en la colaboración de un tercer investigador especialista en adolescentes. (Anexo 3)

Luego, las autoridades hospitalarias tendrán una reunión con los médicos de urgencias para explicarles el proyecto y solicitar su colaboración. Se explicará a los padres de los pacientes que se encuentren en el servicio de urgencias y se les pedirá el permiso para realizar las encuestas. Aquellos que den su permiso para que sus hijos participen en el estudio tendrán que firmar el consentimiento informado correspondiente. A continuación, un investigador acudirá a urgencias en los días y horarios indicados por las autoridades hospitalarias para administrar los instrumentos a los pacientes que voluntariamente aceptaron responder y de cuyos padres se halla recibido el consentimiento informado firmado, autorizando al menor a participar en el estudio.

Posteriormente, los padres o tutores de los participantes que mostraron riesgo de suicidio serán derivados por el investigador, un psiquiatra especializado en

adolescentes y niños, a una cita para posterior evaluación especializada y atención en el Centro Médico Nacional de Occidente, Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Jalisco, México.

Finalmente, los datos serán capturados y analizados con el programa estadístico SPSS-X, versión 10.0 para Windows, PC. Se obtendrá la puntuación total de todas las escalas. La consistencia interna del instrumento se calculará sobre la base del coeficiente alfa de Cronbach para el total de los ítems de la escala.

Se calculará los coeficientes de correlación intraclase entre las puntuaciones totales del instrumento y los inventarios de desesperación de Beck.

Finalmente, la presencia versus ausencia de riesgo de suicidio se determinará en base a la respuesta afirmativa de los menores a uno o más de los cuatro ítems que constituyen la escala de la ASQ.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

1.-ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es considerado como de riesgo mínimo para el sujeto de estudio de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y norma internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica. Después de proporcionar información verbal de los objetivos del estudio, se le solicitará al padre o tutor del paciente la autorización autógrafa de una carta de consentimiento informado para obtener dos escalas de riesgo suicida. Las escalas se aplicarán el día que el paciente ingrese a urgencias, por lo que no se le citará exclusivamente para la aplicación de las mismas, en caso de dar positivo a riesgo

suicida se derivara a psiquiatría de niños y adolescentes para su manejo. Se hará del conocimiento del padre o tutor que el paciente tendrá derecho a retirarse del estudio en el momento en que así lo decida y lo haga saber al grupo de investigación, sin que esto influya en la calidad de su atención médica. Asimismo, se cuidará el anonimato de los pacientes, aclarando a los padres de los menores que los datos se utilizarán exclusivamente para la investigación.

2. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Los costos generados por la Investigación se cubrirán por parte del IMSS en términos de recursos humanos y uso de instalaciones y equipos. En relación a los costos de equipo de cómputo, software y consumibles de oficina serán cubiertos por el Investigador Principal.

Para la realización de este proyecto participarán: el residente de psiquiatría de niños y adolescentes y una residente de pediatría, realizando la captación de los pacientes, así como la aplicación de las escalas y obtención del consentimiento informado. El personal tiene la capacidad humana y de infraestructura para la realización de los procedimientos técnicos, tales como la aplicación de las escalas para detección del riesgo suicida.

Experiencia del grupo: El departamento de Psiquiatría del niño y del adolescentes de la UMAE Hospital de Pediatría CMNO, es un servicio consolidado y reconocido a nivel local y nacional, tanto por su amplia experiencia en la atención de la población infantil con problemas psiquiátricos en el occidente del país, como por su activa participación en trabajos de investigación en Congresos Nacionales. El tiempo estimado para la realización del proyecto son 5 meses.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se capturarán en el paquete Microsoft Excel 2010 para posteriormente ser procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0. Se aplicarán pruebas estadísticas descriptivas, de distribución y dispersión, tales como frecuencias simples, porcentajes y desviación estándar. Adicionalmente, se aplicará análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax y para determinar la confiabilidad, se aplicará la prueba alfa de Cronbach. Se aplicarán pruebas de correlación como r de Pearson o de Spearman, según las características de las variables, considerando un valor de p menor o igual a 0.05.

RESULTADOS

La muestra total del estudio estuvo conformada por 50 pacientes con una edad promedio de 12.6 años de edad, el 60% eran mujeres. El grado de la escolar fue 7.2 años de estudios. En cuanto a la ocupación, el 82% estudia y el resto no realiza una actividad definida (Tabla 1.).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Distribución	
Sexo	Hombres	20 (40%)
	Mujeres	30 (60%)
Edad	X= 12.6	D.E. 1.4
Escolaridad	7.2 años de estudio	D.E. 1.8
Ocupación	Estudia	Si 41 (82%)
		No 9 (18%)

Fuente: cédula de datos sociodemográficos

Validación del instrumento

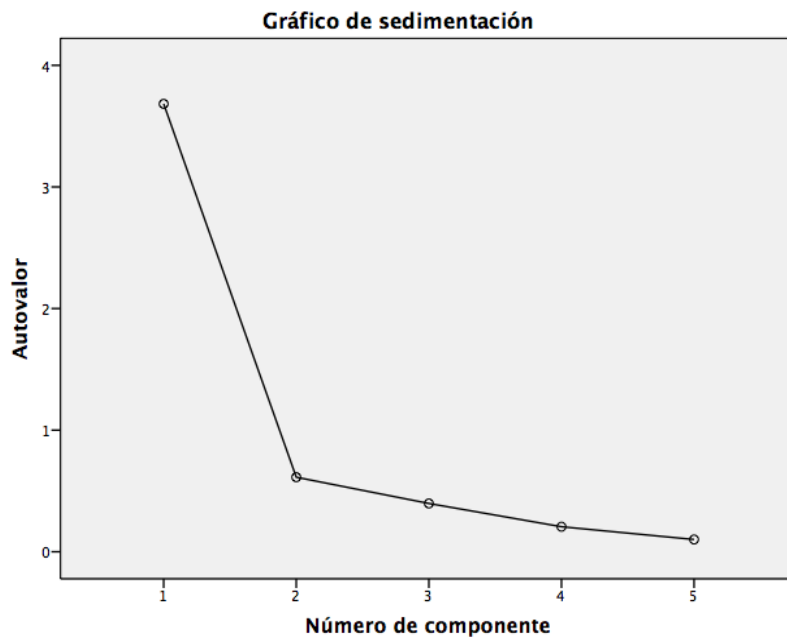
Para evaluar la pertinencia de aplicar análisis factorial al instrumento de riesgo suicida, se aplicó la prueba KMO y esfericidad de Bartlett, encontrado adecuada la aplicación de pruebas para carga factorial, en la siguiente tabla se pueden observar los resultados obtenidos (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,780
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	185,290
	gl	10
	Sig.	,000

Se procedió a aplicar análisis factorial, para lo cual se elaboró inicialmente el gráfico de sedimentación, donde observamos que el punto de inflexión, sugiere una sola dimensión (Figura 1).

Figura 1. Gráfico de sedimentación



De la misma forma, se obtuvo la carga factorial para cada uno de los ítems, encontrando que 1 factor, explica el 73.66% de la varianza, lo cual confirma que 1 factor reporta un peso factorial muy importante (Tabla 3).

Tabla 3. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,683	73,664	73,664	3,683	73,664	73,664
2	,613	12,262	85,927			
3	,397	7,942	93,868			
4	,206	4,117	97,985			
5	,101	2,015	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Por otro lado, las puntuaciones obtenidas por los distintos reactivos, muestra que el 1,2 y 4 del ASQ, tienen igual promedio y desviación estándar, es decir, se comportaron igual en cuanto a respuestas de los participantes, destaca el ítem 5, que obtuvo mayor promedio y menor desviación estándar, lo cual sugiere que hubo mayor acuerdo en las respuestas de los participantes, le siguió en menor variabilidad el ítem 3. (Tabla 4)

Tabla 4. Estadísticas de elementos

REACTIVOS	Media	Desviación estándar	N
1. durante las últimas semanas ¿ha deseado usted estar muerto?	1,84	,370	50
2. durante las últimas semanas, ¿ha pensado que ud. o su familia estarían mejor si ud. estuviera muerto?	1,84	,370	50
3. durante las últimas semanas, ¿ha tenido ud. pensamientos acerca de matarse?	1,90	,303	50
4. ¿ha intentado ud. alguna vez matarse?	1,84	,370	50
5. ¿estás pensando en matarte ahora mismo?	1,92	,274	50

Fuente: escala ASQ adaptada

Asimismo, observamos que los ítems que mejor correlacionaron fueron el 4 con el 2 ($r=,851$); el 3 con el 1 y el 2, con una r de $,764$ (Tabla 5).

Tabla 5. Matriz de correlaciones

		item 1	item 2	item 3	item 4	item5
Correlación	item 1	1,000				
	item 2	,702	1,000			
	item 3	,764	,764	1,000		
	item 4	,554	,851	,582	1,000	
	item5	,475	,676	,639	,676	1,000
Sig. (unilateral)	item 1		,000	,000	,000	,000
	item	,000		,000	,000	,000

2 item	,000	,000		,000	,000
3 item	,000	,000	,000		,000
4 item5	,000	,000	,000	,000	

Fuente: análisis estadístico

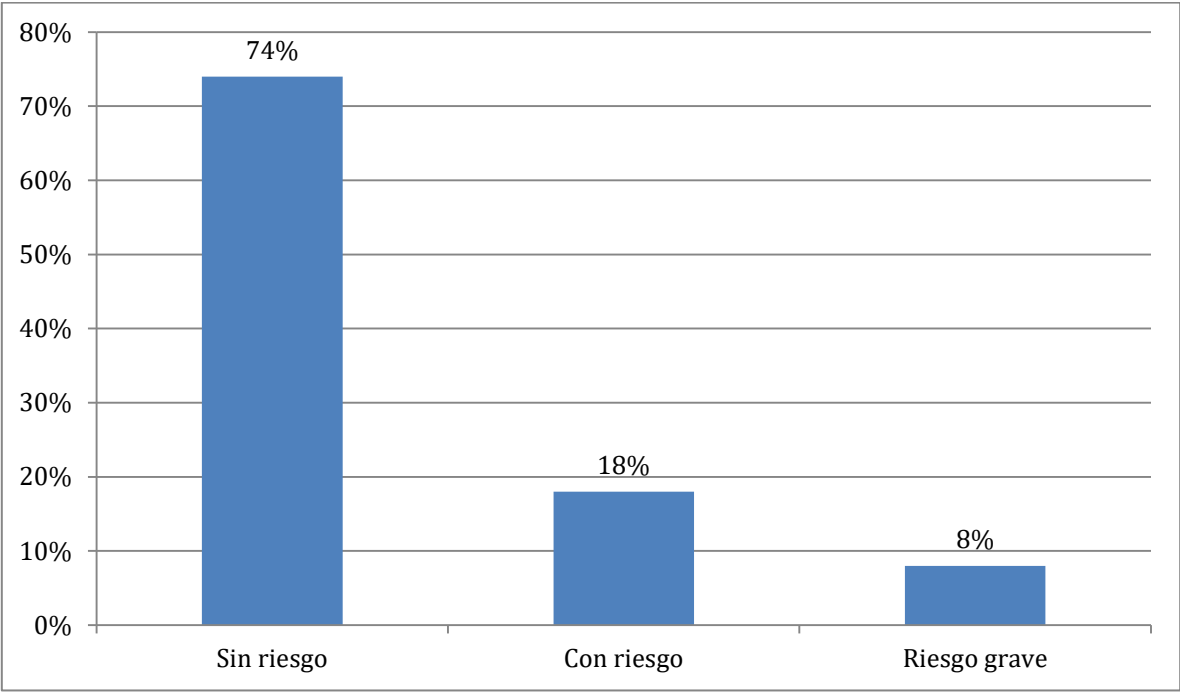
En cuanto a la confiabilidad, encontramos que la escala completa resulta altamente confiable, ya que muestra un coeficiente alfa de Cronbach de 0,90, para la escala global. Por ítems, el 5 muestra alta confiabilidad ($\alpha=0,902$), seguido del 1 ($\alpha=0,900$), le sigue el ítem 4 ($\alpha=0,886$), el 3 ($\alpha=0,881$) y por último el 2 ($\alpha=0,857$). En general, como podemos observar, todos los reactivos muestran adecuada confiabilidad, y la escala completa es altamente confiable para evaluar el riesgo de ideación suicida (Tabla 6).

REACTIVOS	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach
1. durante las últimas semanas ¿ha deseado usted estar muerto?	7,50	1,357	,710	,900
2. durante las últimas semanas, ¿ha pensado que ud. o su familia estarían mejor si ud. estuviera muerto?	7,50	1,235	,893	,857
3. durante las últimas semanas, ¿ha tenido ud. pensamientos acerca de matarse?	7,44	1,435	,798	,881

4. ¿ha intentado ud. alguna vez matarse?	7,50	1,316	,769	,886
5. ¿estás pensando en matarte ahora mismo?	7,42	1,555	,698	,902

Los niveles de riesgo encontrados con el ASQ, se comportaron muy similar al instrumento de desesperanza de Beck, destaca el hecho de que al igual que en Beck, el ASQ presenta un 74% (37) de participantes sin riesgo, el resto se distribuyó en con riesgo 18% (9) y riesgo grave o inminente 8% (4) (figura 3).

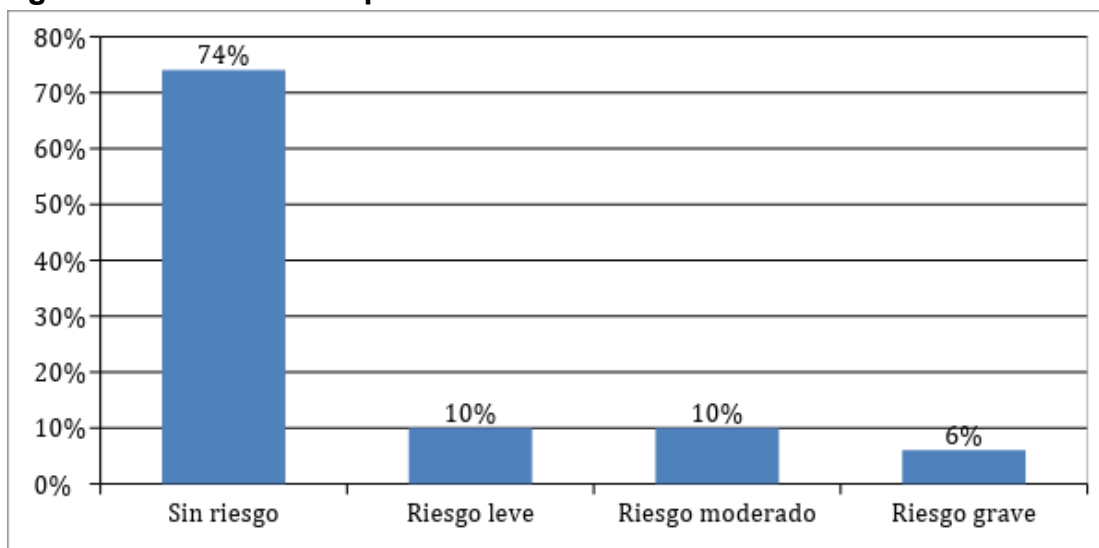
Figura 3. Nivel de riesgo de ideación suicida según ASQ



fuentes: instrumento ASQ

Por otro lado, al evaluar el nivel de riesgo con la escala de desesperanza de Beck, encontramos que 74% de los participantes no muestran riesgo, 10% riesgo leve, 10% riesgo moderado, 6% riesgo grave, esto es, 3 de los 50 participantes estudiados, mostraron riesgo alto en cuanto a ideación suicida (Figura 2).

Figura 2. Nivel de desesperanza



Fuente: escala de desesperanza de Beck

Los intentos suicidas previos, de aquellos que presentaron riesgo suicida, corresponden a una 16% de la totalidad de los entrevistados, y fueron realizados en su mayoría una semana previa a realizar la entrevista (8%), el resto se describe en la tabla 7.

Tabla 7. Tiempo referido

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 semana	4	8
6 meses	1	2
Un año	1	2
Más de 1 año	2	4
Total	50	100

El método suicida reportado fue en su mayoría cortaduras, el resto de los métodos no mostraron consenso, ya que sólo 1 participante lo refirió (Tabla 8).

Tabla 8. Método suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	42	84
Cortaduras	4	8
Intoxicación	1	2
Ahorcamiento	1	2
Caída libre	1	2
Múltiples	1	2
Total	50	100

Al comparar por edad, encontramos que el promedio de edad es más alto en las mujeres que en los hombres, aunque hay más variabilidad en las mujeres. Además, el puntaje en ambas escalas, también varía por género, encontrando mayor puntaje en hombres con menor variabilidad (tabla 9).

Tabla 9. Variación según género

Género	Puntaje ASQ	Puntaje Desesperanza
Hombres	9.40 +/- 1.3 (min-max= 5-10)	3.90+/- 4.1 (min-max= 0-15)
Mujeres	9.30 +/-1.55 (min-max= 5-10)	2.93 +/-5.2 (min-max= 0-19)

Fuente: escalas ASQ y Beck

Como se dijo anteriormente, al comparar por sexos, las mujeres presentar mayor puntuación en la escala de desesperanza de Beck, pero menor media que los hombres, teniendo mayor riesgo suicida los hombres que las mujeres, en los intentos suicidas fueron similares en ambos sexos (tabla 9).

Asimismo, al correlacionar los resultados entre la escala ASQ y la escala de desesperanza, encontramos que ambas escalas muestran una correlación positiva alta ($r=,618$), con un valor de p de significancia estadística, tanto para la asociación, como para la correlación (tabla 10).

Tabla 10. Correlación entre escalas

Escalas	χ^2	r^{Spearman}	Valor de p
ASQ			
Desesperanza	19.77	,618	0.000

Por último, la aceptabilidad de la escala, la pudimos evaluar al observar el nivel de respuesta, esta se presentó para esta población en el 100%, esto es que a todos los participantes que se les aplicó, respondieron al total de los ítems, con un tiempo promedio de 5 minutos. Con lo cual podemos decir que la aceptabilidad fue buena (tabla 11).

Tabla 11. Aceptabilidad de la ASQ por los participantes

Número de ítems respondidos	Tiempo promedio de respuesta
100%	5+/-3.2 minutos

Fuente: registro

Como podemos observar en los anteriores resultados, el instrumento ASQ, tiene una validez de ,73 y presenta una sola dimensión, la confiabilidad total del instrumento es alta, con un alfa de Cronbach de ,90 y su aceptabilidad es excelente en respuesta (100%), aunque el tiempo puede mejorar, ya que se encontró en promedio 5 minutos de aplicación.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo general determinar la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala Ask Suicide-Screening Questions en una población de adolescentes atendidos en urgencias pediátricas. Al respecto encontramos que la población en su mayoría fueron mujeres de 12 años, con educación básica y que estudian.

Respecto a la versión traducida al español del ASQ, esta mostró una validez factorial buena (.78%), esto coincide con lo reportado por estudios previos en instrumentos similares (Robles, 2005).

Debido a la cantidad de reactivos, al aplicar factorización, los resultados arrojan una sola dimensión. Esto se convierte en una ventaja, ya que por su brevedad, resulta de fácil aplicación.

Asimismo, por las características del instrumento, se puede recomendar la aplicación por personal de salud de diversas disciplinas, ya que no se requiere de preparación especializada para su aplicación.

La confiabilidad de la escala se comportó en general con un Alfa de Cronbach muy bueno (0,90), y por ítem muestra un alfa mayor a 0,80, esto coincide con los hallazgos de instrumentos similares, con buena confiabilidad (Robles, 2005).

La correlación positiva del ASQ, con la escala de Desesperanza de Beck que evalúa construcciones que hipotéticamente están relacionadas con el riesgo de suicidio, sugiere que ambos fenómenos, es decir desesperanza y suicidio, se vinculan de manera importante ($r=,61$, $p=,000$).

Lo anterior resulta importante, debido a que podríamos inferir que un sentimiento de desesperanza, podría acompañarse de ideas de muerte, que podrían deberse más a la necesidad de escapar del dolor de manera rápida, más que a desaparecer de manera definitiva, sin embargo, esto no lo podemos identificar con las pruebas aplicadas y se requiere de otros estudios y diseños metodológicos.

Aunque el estudio tiene relevancia en cuanto a que existen pocas escalas de evaluación de riesgo de ideación suicida, para adolescentes no psiquiátricos en México, este estudio muestra algunas debilidades, que se pueden ver fortalecidas. Entre otras, se puede señalar que no se obtuvieron datos de la sensibilidad y especificidad del instrumento.

Los hallazgos sugieren continuar investigando en poblaciones más grandes, con diseños controlados y aleatorizando muestras. Adicionalmente, se requieren estudios que complementen la información cuantitativa, como son diseños cualitativos, para comprender el fenómeno de la ideación suicida desde la subjetividad de los adolescentes.

Aunque no fue motivo principal de este trabajo, se encontró que los hombres presentan más altos puntajes en la ideación suicida, lo cual es congruente con lo encontrado en la literatura, esto sugiere realizar investigación desde una perspectiva de género.

CONCLUSIONES

Según los hallazgos podemos concluir lo siguiente:

- La mayoría de los paciente estudiados fueron mujeres adolescentes, 12 años de edad, la escolaridad fue en promedio el primer año de secundaria, y la mayoría de los sujetos evaluados eran estudiantes.
- La versión traducida al español del ASQ mostró una validez factorial del .78 y una correlación con la escala de Desesperanza de Beck significativa ($r=.61$ $p=0,000$)
- La confiabilidad para todos los ítems es alta ($>.80$, así como para el instrumento completo ($\alpha=0,90$)
- La aceptabilidad del ASQ por los participantes es muy alta y poco el tiempo de aplicación (promedio de 5 minutos).
- Los resultados sugieren que el ASQ es una medida válida y confiable para evaluar a la población mexicana en urgencias pediátricas.

De esta forma, la versión en español del ASQ puede considerarse una herramienta útil para la detección oportuna del riesgo de suicidio en niños y adolescentes, que acuden al servicio de urgencias médicas.

REFERENCIAS

1. LFMG AMCH. Understanding Suicide in Socially Vulnerable Contexts: Psychological Autopsy in a Small Town in Mexico. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015.
2. DCNBea AC. Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. Can J Psychiatry. 2015 Feb; 60(27–36).
3. BKD EH. Gender Differences in Suicide Prevention Responses: Implications for Adolescents Based on an Illustrative Review of the Literature. Int. J. Environ Res. Public Health. 2015 Dec;; p. 2359-2372.
4. López-Narváez ML. Association analysis of TPH-1 and TPH-2 genes with suicidal behavior in patients with attempted suicide in Mexican population.. Comprehensive Psychiatry.. 2015..
5. Lea. K. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2013.. Atlanta, GA, USA : Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2014.
6. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
7. PJTUVMSA. Genetic association studies between SNPs and suicidal behavior: ameta-analytical field synopsis. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry. 2013; 46(36-42).
8. [Online] I. Encuestas en hogares. Available from: HYPERLINK "www.inegi.org.mx, www.inegi.org.mx; 2012.
9. Triacastela. BGJGSyPRpydmdcsM, 2011.
10. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. México., Cuaderno Número 4:5; 1999.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. <http://www.inegi.org.mx>. ; 2013.
12. G B. Risk index for attempted suicide in Mexico. Salud Publica. 2012; 54: p. 595-606.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). Estadística de intentos de suicidio y suicidios. México: INEGI,

Cuaderno núm. 10.

14. World Health Organization (WHO). Public health action for the prevention of suicide: a framework. , WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2012..
15. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta, GA, USA.: National Center for Injury Prevention and Control , Centers for Disease Control and Prevention (CDC)..
16. Borges G ORBCMMM. Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Restrospective and current status. Salud Publica. 2010; 52: p. 292-304..
17. José Carlos Rosales-Pérez. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTSJournal of Behavior, Health & Social Issues vol. 7 num. 2 Pp. 31-41 NOV-2015 / ABR-2016..
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento. PlanPlan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010..
19. Schechter M MJ. The clinician interview as a method in suicide risk assesment. En: Wasserman D WC, editor. New York: Oxford University Press; 2009. .
20. Borges G MMMOROCVJFC. Distribution and socio-demographic determinants of the suicidal behaviorin Mexico. Salud Mental. 2009; 32: p. 413-425. .
21. Juárez Olguín et. al. Frequency Of Suicide Attempts By Ingestion Of Drugs Seen At A Tertiary Care Pediatric Hospital In Mexico. J Popul Ther Clin Pharmacol Vol 18 (1):e161-e165; March 21, 2011. .
22. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracpracGuideChapToc_14.a.spx; 2003.
23. D. S. Schechter SABNCJBPB. Mother-daughter relationships and child sexual abuse: a pilot study of 35 mothers and daughters (ages 1-9 years). Bulletin of the Menninger Clinic. 2002;: p. 39-60..
24. Guo B HC. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton, AB, Canada: Health Technology Assessment, Alberta

Heritage 14. Foundation for Medical Research; 2002..

25. García- Portilla, M. P., Bascarán F. M.T., Sáiz, M. P. A., Bousoño, G. M. y Bobes, G. J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 4a. ed., Barcelona 2006. .

26. José Carlos Rosales Pérez, Martha Córdova Osnaya y Rosalba Ramos Clatempa. Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1: 63-74, enero-junio de 2012. .

27. Liliana Mondragón, Guilherme Borges, Reyna Gutiérrez. La Medición De La Conducta Suicida En México: Estimaciones Y Procedimientos. *Salud Mental*, Vol. 24, No. 6, diciembre 2001. .

28. Francisco Hernández Pérez. Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (3): 247-251. .

29. *Rev Biomed* 2004; 15:207-213. S Coronado-Santos et. Al. Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", 2003. .

30. Arturo Narváez et al. Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Mental* Vol 14 N3, 1991. .

31. Florencia Fernández-Barocio y col. Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Reporte de cinco años. *Archivos de Medicina de Urgencia de México* 2013;5 (1): 18-24. .

32. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*. 2001;107(5):1133-7. .

33. Robles Garcia R, Agraz Páez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:292–97. .

34. Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res*. 2001;50(2):87-93. .

35. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010;340:c3222. .

36. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):348-9. .
37. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: conducta suicida. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2008. .
38. Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med*. 2006;48(4):459-66. .
39. Cooper J, Kapur N, Mackway-Jones K. A comparison between clinicians' assessment and the Manchester Self-Harm Rule: a cohort study. *Emerg Med J*. 2007;24(10):720-1. .
40. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). www.cdc.gov/ncipc/wisqars. Accessed December 6, 2011. .
41. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance: United States, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2010;59(5):1-142. .
42. Horowitz L, Bridge J, Teach SJ, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(12):1170-1176. .
43. Horowitz L, Ballard E, Teach SJ, et al. Feasibility of screening patients with nonpsychiatric complaints for suicide risk in a pediatric emergency department: a good time to talk? *Pediatr Emerg Care*. 2010;26(11):787-792. .
44. Grupp-Phelan J, Wade TJ, Pickup T, et al. Mental health problems in children and caregivers in the emergency department setting. *J Dev Behav Pediatr*. 2007; 28(1):16-21. .
45. Habis A, Tall L, Smith J, Guenther E. Pediatric emergency medicine physicians' current practices and beliefs regarding mental health screening. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(6):387-393. .
46. Gerardo Campo, Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica* Vol. 34 N° 1, 2003. .
47. Soledad Pandolfo et. Al. Intentos de autoeliminación en menores de

15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. Arch. argent. pediatr. vol.109 no.1 Buenos Aires ene./feb. 2011.

ANEXOS

TABLA 1 Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Cuestionario de Conducta Suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> , SBQ) (97)	Valorar la ideación y conducta suicida.	4
Inventario de Razones para vivir (<i>Reasons for Living Inventory</i> , RFL) (98)	Valorar las creencias y expectativas en contra de la conducta suicida. Validada al castellano (99).	48
Cuestionario de Conducta Suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> , SBQ) (97)	Valorar la ideación y conducta suicida.	4
Escala de riesgo suicida de Plutchick (<i>Plutchik Suicide Risk Scale</i>) (100)	Evaluar el riesgo de suicidio. Validada al castellano (101).	15
Escala de impulsividad de Plutchick (<i>Plutchik Impulsivity Scale</i> , IS) (102)	Evaluar la tendencia a la impulsividad. Validada al castellano (103).	15
Escala de Impulsividad de Barrat (<i>Barratt Impulsiveness Scale</i> ,	Impulsividad Validada al castellano (105).	30

BIS) (104)		
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (<i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i> , BDHI) (106)	Agresividad Validada al castellano (107).	75

Ref: referencia, N: número

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaluat 2010/02.

TABLA 2

Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Escala de Riesgo de Repetición (<i>Risk Repetition Scale</i> , RRS) (108)	Medir el riesgo de repetición durante el año posterior al intento.	6
Escala de Edimburgo de Riesgo de repetición (<i>Edinburgh Risk of Repetition Scale</i> , ERRS) (109)	Estimar el riesgo de repetición de conducta suicida.	11
Checklist de Evaluación del suicidio (<i>Suicide Assessment Checklist</i> , SAC) (110)	Evaluar factores relacionados con el riesgo de suicidio.	21
Escala de Evaluación del Suicidio (<i>Suicide Assessment Scale</i> , SAS) (111)	Medir el riesgo de suicidio.	20
Escala de intencionalidad modificada (<i>Modified Intent Score</i> , MIS) (112)	Medir el propósito suicida tras un intento de suicidio.	12
Escala de Riesgo-Rescate (<i>Risk Rescue Rating Scale</i> , RRRS) (113)	Medir la letalidad y la intencionalidad del intento de suicidio.	10
Escala de Riesgo de Suicidio (<i>Risk of Suicide Scale</i> , ROSS) (114)	Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio.	35
Estimador del Riesgo de Suicidio (<i>Risk Estimator for Suicide</i>) (115)	Estimación del riesgo de suicidio.	15
Índice de Suicidio Potencial (<i>Index of Potential Suicide</i> , IPS) (116, 117)	Evaluar el riesgo de suicidio mediante variables sociales y demográficas.	69
Cuestionario de Riesgo de Suicidio (<i>Risk Suicide Questionnaire</i> , RSQ) (118)	Evaluar el riesgo de suicidio. Existe versión en español (validada en México) (119).	4
Entrevista semi-estructurada para Autopsia Psicológica (<i>Semi-Structured Interview for</i>	Valoración retrospectiva de las circunstancias físicas, psicopatológicas y sociales de un	69

<i>Psychological Autopsy, SSIPA</i> (120)	suicidio. Validada al castellano (121)	
Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS</i>) (122)	Evaluación de la ideación y conducta suicida. Existe versión en español.	15
Escala de historia de agresión de Brown-Goodwing (<i>Agression History Scale, AHS</i>) (123)	Agresividad.	11
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (<i>International Neuropsychiatric Interview, MINI</i>) (124)	Detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos, entre ellos el riesgo de suicidio. Existe versión en español (125).	6

Ref: referencia, N: número

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN


Nombre del estudio:	EVALUACIÓN DE LA ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA VERSIÓN ADAPTADA A MÉXICO DE LA ESCALA ASK SUICIDE-SCREENING QUESTIONS EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.
Lugar y fecha:	GUADALAJARA JALISCO. CMNO. UMAE PEDIATRIA.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>EL SUICIDIO ES UN PROCESO COMPLEJO QUE CONLLEVA UN ACTO DE VIOLENCIA INTENCIONAL HACIA SÍ MISMO, QUE AFECTA TANTO A INDIVIDUOS Y FAMILIAS, COMO A COMUNIDADES Y PAÍSES; ACARREANDO GRAVES CONSECUENCIAS, TANTO A CORTO COMO A LARGO PLAZO Y PROVOCANDO ADEMÁS EFECTOS PERJUDICIALES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD. ES UN PROBLEMA DE PREVALENCIA MUNDIAL, REPRESENTA UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA CON ALREDEDOR DE UN MILLÓN DE MUERTES ANUALES EN TODO EL MUNDO. ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE VIOLENTA EN LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES.</p> <p>OBJETIVO GENERAL: DETERMINAR LA ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA VERSIÓN ADAPTADA A MÉXICO DE LA ESCALA ASK SUICIDE-SCREENING QUESTIONS EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS</p>
Procedimientos:	<p>LA VERSIÓN ORIGINAL DEL ASQ EN INGLÉS FUE TRADUCIDA AL ESPAÑOL POR DOS INVESTIGADORES COMPETENTES EN AMBOS IDIOMAS. SE EXPLICARÁ A LOS PADRES DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SE LES PEDIRÁ EL PERMISO PARA REALIZAR LAS ENCUESTAS. AQUELLOS QUE DEN SU PERMISO PARA QUE SUS HIJOS PARTICIPEN EN EL ESTUDIO TENDRÁN QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRESPONDIENTE. UN INVESTIGADOR ACUDIRÁ A URGENCIAS EN LOS DÍAS Y HORARIOS INDICADOS POR LAS AUTORIDADES HOSPITALARIAS PARA ADMINISTRAR LOS INSTRUMENTOS A LOS PACIENTES QUE VOLUNTARIAMENTE ACEPTARON RESPONDER Y DE CUYOS PADRES SE HALLA RECIBIDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO, AUTORIZANDO AL MENOR A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. LOS PADRES O TUTORES DE LOS PARTICIPANTES QUE MOSTRARON RIESGO DE SUICIDIO SERÁN DERIVADOS POR EL INVESTIGADOR, UN PSIQUIATRA ESPECIALIZADO EN ADOLESCENTES Y NIÑOS, A UNA CITA PARA POSTERIOR EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DE JALISCO, MÉXICO.</p>
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	NO HABRA BENEFICIO ECONOMICO ALGUNO PARA EL PACIENTE O LOS FAMILIARES. EL BENEFICIO SERA UNICAMENTE CLINICO, DETECTANDO RIESGO DE SALUD EN EL PARTICIPANTE Y PERMITIENDO EL DESARROLLO DE INVESTIGACION.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	EN CASO DE DAR POSITIVO A RIESGO SUICIDA SE DERIVARA A PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES PARA SU MANEJO
Participación o retiro:	SE HARÁ DEL CONOCIMIENTO DEL PADRE O TUTOR QUE EL PACIENTE TENDRÁ DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE ASÍ LO DECIDA Y LO HAGA SABER AL GRUPO DE INVESTIGACIÓN, SIN QUE ESTO INFLUYA EN LA CALIDAD DE SU ATENCIÓN MÉDICA.
Privacidad y confidencialidad:	SE CUIDARÁ EL ANONIMATO DE LOS PACIENTES, ACLARANDO A LOS PADRES DE LOS MENORES QUE LOS DATOS SE UTILIZARÁN EXCLUSIVAMENTE PARA LA INVESTIGACIÓN.
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR. ABRAHAM EUGENIO BRAVO TORRES. MÉDICO PSIQUIATRA. RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CMNO, IMSS. TELÉFONO: 33 3660 3000 EXTENSIÓN 32655.
Colaboradores:	DRA. CECILIA COLUNGA RODRÍGUEZ. DIRECTORA DE TESIS. DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA. INVESTIGADOR ASOCIADO "A". MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES, NIVEL 1. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN MÉDICA. UMAE-HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CMNO, IMSS. TELÉFONO: (33) 3660 3000 EXTENSIÓN 32695
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____	_____
Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 2

Figura 1. ask suicide-screening questions

NIMH TOOLKIT



Suicide Risk Screening Tool

Ask the patient:

1. In the past few weeks, have you wished you were dead? Yes No
2. In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? Yes No
3. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? Yes No
4. Have you ever tried to kill yourself? Yes No
If yes, how? _____

When? _____

If the patient answers **Yes** to any of the above, ask the following acuity question:


5. Are you having thoughts of killing yourself right now? Yes No

Next steps:

- If patient answers “No” to all questions 1 through 4, screening is complete (not necessary to ask question #5). No intervention is necessary (*Note: Clinical judgment can always override a negative screen).
- If patient answers “Yes” to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. Ask question #5 to assess acuity:
 - “Yes” to question #5 – **acute positive screen** (imminent risk identified)
 - Patient requires a **STAT safety/full mental health evaluation**.
 - Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Keep patient in sight. Remove all dangerous objects from room. Alert physician or clinician responsible for patient’s care.
 - “No” to question #5 – **non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - Patient requires a **brief suicide safety assessment to determine if a full mental health evaluation is needed**. Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Alert physician or clinician responsible for patient’s care.

Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text “HOME” to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)  5/4/2017

ANEXO 3

Figura 2. Ask Suicide-Screening Questions traducida

FECHA: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
_____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ NSS: _____ TELÉFONO: _____
_____ NOMBRE DEL MEDICO QUE APLICA: _____

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

PREGUNTE AL PACIENTE:

1. DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA DESEADO USTED ESTAR MUERTO?

O SÍ
O NO

2. DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA PENSADO QUE UD. O SU FAMILIA ESTARÍAN MEJOR SI UD. ESTUVIERA MUERTO?

O SÍ
O NO

3. DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA TENIDO UD. PENSAMIENTOS ACERCA DE MATARSE?

O SÍ
O NO

4. ¿HA INTENTADO UD. ALGUNA VEZ MATARSE?

O SÍ
O NO

- EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SÍ, ¿CÓMO? _____

- ¿CUÁNDO? _____

5. SI EL PACIENTE RESPONDE SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA: ¿ESTÁS PENSANDO EN MATARTE AHORA MISMO?

O SÍ
O NO

PRÓXIMOS PASOS:

- si el paciente responde "no" a todas las preguntas del 1 al 4, el examen está completo (no es necesario hacer la pregunta # 5). no se necesita intervenir (* nota: el juicio clínico siempre puede anular un resultado negativo).
- si el paciente responde "SÍ" a cualquiera de las preguntas 1 a 4, o se niega a responder, se considera una prueba positiva. haga la pregunta # 5 para evaluar el riesgo actual (agudo):
 - si la respuesta es "SÍ" a la pregunta # 5= EL RIESGO ACTUAL ES POSITIVO (riesgo inminente identificado)
 - el paciente necesita una evaluación por salud mental INMEDIATAMENTE, NO SE PUEDE DEJAR SOLO AL PACIENTE HASTA QUE SEA EVALUADO.
 - mantenga al paciente a la vista. retire todos los objetos peligrosos de la habitación. alerte al médico responsable de la atención del paciente.
 - si la respuesta es "no" a la pregunta # 5=, evaluación no aguda positiva (riesgo potencial identificado)
 - el paciente requiere una breve evaluación de la seguridad del suicidio para determinar si se necesita una evaluación completa por salud mental. el paciente no puede retirarse hasta que sea evaluada su seguridad.
 - alerte al médico responsable de la atención del paciente.

Referencia: Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department . Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. December 2012. 166(12):1170–1176.

ANEXO 4

Escala de desesperanza de Beck

			PUNTUACIÓN
1.-Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F	
2.-Puedo darme por vencido y renunciar ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo.	V	F	
3.-Cuando las cosas van mal, me alivia saber que no van estar mucho tiempo así.	V	F	
4.-No puedo imaginar como será mi vida dentro de diez años.	V	F	
5.-Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F	
6.-En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	V	F	
7.-Mi futuro me parece oscuro.	V	F	
8.-En la vida, espero lograr más cosas buenas que la mayoría de la gente.	V	F	
9.-En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.	V	F	
10.-Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F	
11.-más que bienestar, todo lo que veo delante de mi son dificultades.	V	F	
12.-No espero conseguir lo que realmente quiero.	V	F	
13.-Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz de lo que soy ahora.	V	F	
14.-Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F	
15.-Tengo gran confianza en el futuro.	V	F	
16.-Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.	V	F	
17.-Es poco probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F	
18.-El futuro me parece vago e incierto	V	F	
19.-Espero tiempos mejores que peores	V	F	
20.-No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre.	V	F	