

Discriminación, sensibilidad y especificidad de la escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo suicida, en muestras atendidas en un hospital de Bogotá.

Carlos Andrés Ariza Taba

Fernando Riveros Munévar, M.S.

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Programa de Maestría en Psicología

Chía, Cundinamarca.

2017

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar la capacidad de discriminación, sensibilidad y especificidad de la escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo suicida, en muestras atendidas en un hospital de Bogotá. Se contó con las historias clínicas de 300 pacientes, a quienes se les había aplicado la escala SP y habían sido valoradas por profesionales de la salud mental, realizando análisis de tendencias y diferencias entre los puntajes de la escala según la evaluación de riesgo suicida por parte del profesional, así como análisis de sensibilidad y especificidad. Los resultados muestran puntajes estadísticamente más altos en la escala para quienes fueron encontrados con riesgo suicida por parte del profesional, niveles de sensibilidad del 66,35% y de especificidad del 74,16%, que aumentan al 72,51% y al 77,53% respectivamente, cuando se corrige el criterio de edad según mortalidad por suicidio con cifras nacionales. Como conclusión, el SP, tras el ajuste de la edad, es una escala válida y confiable, que puede ser usada en la práctica clínica y en los servicios de atención primaria en salud en la evaluación del riesgo.

Palabras Clave: Escala SAD PERSONS, Suicidio, Evaluación del riesgo.

Introducción

Para la Organización Panamericana de la Salud (2018) - OPS, el suicidio es una acción llevada a cabo de manera libre, la cual tiene como objetivo la muerte. Según el Ministerio de Salud y de la Protección Social (2017b), la conducta suicida es entendida como los pensamientos y acciones que ejecuta una persona de manera intencional, en la cual, el individuo tiene como objetivo quitarse la vida, esta conducta esta compuesta por tres elementos: ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.

El suicidio es un problema grave de salud pública: a nivel mundial, la tasa de suicidios es de aproximadamente 800.000 personas por año, presentándose un suicidio cada 40 segundos, esto corresponde al 1.4% de las muertes en el mundo, siendo el puesto número 18 entre las causas principales de muerte (OMS, 2019). Por su parte Colombia, según el reporte Forensis (2020), registró un total de 2.643 suicidios, donde las principales ciudades son Medellín con 443 (17%) casos y Bogotá con 414 casos (16%); los principales escenarios del hecho fueron Vivienda 74%, vía pública 5%, centros de atención médica 2%; y según la distribución por edad: jóvenes (18 a 28 años) 140 casos y adultos (29 a 59 años) 188 casos; según el mecanismo utilizado: generadores de asfixia (65%), seguido de elementos tóxicos (18%) y arma de fuego (9%).

Dentro de los datos a nivel mundial, se identifica que, por cada fallecimiento relacionado con suicidio se presentaron entre 10 a 20 intentos fallidos de quitarse la vida, lo que termina generando hospitalizaciones, traumas de tipo emocional y físico (OMS, 2004), considerándose como un problema significativo de salud pública, generando costos con altos niveles económicos (Hübner, Neuner, Hegerl, Hajak, & Spießl, 2010), al igual, el suicidio es un evento traumático que afecta familias, sociedades, países, los efectos de este trauma tienden a permanecer en el tiempo afectando al círculo de interacción, red de apoyo y/o familia (OMS, 2019). El suicidio es prevenible según la OMS (2019), para ello, refieren algunas recomendaciones dentro de las cuales están la identificación temprana, el tratamiento y la atención, al igual que la formación al personal no especializado en salud mental en la evaluación y gestión de la conducta suicida.

Algunos de los factores asociados a la conducta suicida son ser mayor de 45 años, la exposición a eventos vitales estresantes, ser viudo, separado o divorciado, vivir solo, ser desempleado o pensionado, tener antecedentes familiares de suicidio, tener problemas graves salud física, enfermedades mentales (García et al., 2010), en una revisión de los hallazgos acerca del suicidio

en Colombia entre los años 2004 y 2018 se identificaron factores de riesgo asociados a la conducta suicida, la depresión, el uso de SPA, intentos previos de suicidio, enfermedades físicas crónicas, antecedentes familiares, tener baja red de apoyo, vivir soltero, baja escolaridad, desempleo, conflictos de pareja, exposición a estresores como víctima de abuso sexual, maltrato o violencia, procesos de duelo y rasgos de personalidad como: baja autoestima, inadecuado manejo de la frustración (Mora, Melo & Galvis, 2019).

En un estudio realizado en Colombia se evaluaron 12 casos de suicidios intrahospitalarios, donde el principal método utilizado fue ahorcamiento con un total de 11 casos: tres con sabanas, tres con elementos de inmovilización, dos con cordones y uno con bufanda, la mitad de los casos se presentaron en el turno nocturno (De la Espriella, 2010). En una muestra de 10.959 registros de pacientes con conducta suicida que ingresaron a un hospital, se buscó describir las características de la conducta suicida y los factores asociados a la mortalidad en el ambiente hospitalario, la precipitación y el estrangulamiento como causas de lesión presentaron resultados superiores al 12%, con una mortalidad superior en los hombres al hacer uso de instrumentos cortantes, y la modalidad mas baja fue por intoxicación con sustancias, donde la mortalidad hospitalaria en relación a la edad se presentó principalmente a partir de los 65 años, la mortalidad fue mayor en hospitales públicos que en privados, siendo predominante en los hombres en todas las categorías (Sendra, Esteban & Domínguez, 2018).

Existen algunas variables que han sido estudiadas como factores de asociación y riesgo al suicidio, entre ellas:

Sexo (Sex): Según la OPS al nivel de las américas la tasa de suicidio en hombres es superior al de las mujeres, por cada 100.000 habitantes 11.5 hombres se suicidan, mientras que en las mujeres es de 3 por cada 100.000 habitantes. La anterior situación se relaciona posiblemente con que los

hombres utilizan métodos más letales que las mujeres (Corona, Hernández & García, 2016). En Colombia en el 2019, se presentaron un total de 2.643 suicidios, de los cuales, según sexo, el 76% correspondía a hombres (Forensis, 2020).

Edad (Age): Un factor de riesgo asociado a la edad es que, entre mayor edad aumenta la probabilidad de suicidio: los datos según edad, se identificó que un 36.8% de los suicidios estaba comprendido entre los 25 y 44 años, un 25% corresponde entre las edades 45 y 59 años, destacándose que los mayores de 70 años presentaron cifras significativas de 12,4 por cada 100.000 habitantes (OPS, 2014). Durante la vigencia 2019 según Forensis (2020), el Suicidio en Colombia en personas entre los 18 y 60 años corresponde al 74% del total de suicidios.

Depresión: Los factores psicosociales como la presencia de depresión, desesperanza, sentimientos de culpa son descritos como un factor de riesgo para la conducta suicida (Aguilera, 2018), la depresión tiene una relación causal con intento suicida para hacerlo 13 veces mas probable, los sujetos con depresión por lo regular tienen baja autoestima y presencia de ideas de muerte recurrentes (Guibert & Del Cueto, 2003).

Intentos previos (Previous Suicide Attempt): Personas que han sobrevivido al suicidio, así mismo aquellas que advierten la conducta suicida son consideradas población de riesgo para la conducta de quitarse la vida de manera voluntaria (Aguilera, 2018), lo anterior, dado porque una vez se logra romper la barrera de los factores protectores, el individuo identifica los mecanismos para ejecutar la conducta suicida (Guibert & Del Cueto, 2003).

Uso de Etanol (Ethanol abuse): Las personas que padecen trastornos por consumo de alcohol o sustancias psicoactivas tienen una mayor tendencia a la conducta suicida (Minsalud, 2017b), el 25% de las víctimas de suicidio son dependientes del alcohol (Harwitz & Ravizza, 2000).

Pérdida racional del pensamiento (Rational thinking loss): Aunque el suicidio se presenta con mayor frecuencia en estados depresivos, los estudios demuestran cifras elevadas de esta conducta durante episodios maníacos y mixtos (Harwitz & Ravizza, 2000). Estudios en pacientes con trastornos psicóticos, evidencian que el suicidio está dentro de las principales causas de muerte prematura (González et al., 2014).

Separado, divorciado o viudo (Separate, divorced, widowe): Investigaciones relacionan el estado civil: la soltería, el divorcio o la viudez como factor de riesgo en el inicio de la conducta suicida (Aguilera, 2018), igualmente estas variables se asocian con factores como edad, sexo y aislamiento social (Aja, 2007). En el 2019 en Colombia, según estas condiciones de estado civil, representaron el 54% del total de las muertes por suicidio.

Plan organizado (Organized o serious attempt): Las ideas suicidas con planeación tienden a aumentar el riesgo en un 32 % de llevar a cabo el suicidio, además de ello aumenta once veces el riesgo de tener conductas autolíticas en los próximos doce meses a su manifestación (Borges et al., 2006).

Ausencia de soporte social (No social Support): La ausencia de soporte social y familiar tiene una relación causal con la conducta suicida, aparentemente por dos factores: el primero relacionado con la pérdida del rol del individuo en el contexto de interacción y un segundo relacionado al aislamiento, en el cual el individuo disminuye la probabilidad de recibir apoyo emocional por parte de la familia y la sociedad (Guibert & Del Cueto, 2003).

Enfermedades crónicas (Sickness): El número de enfermedades se ha considerado como un factor importante en la conducta suicida, dentro de las que se destacan el SIDA, la epilepsia, diferentes tipos de cáncer, enfermedades en las que hay compromiso del sistema nervioso central (Harris & Barraclough, 1997).

En la evaluación del riesgo suicida el profesional de salud mental cuenta con la entrevista semiestructurada como estrategia principal de diagnóstico (Rangel, Suarez & Escobar, 2015); para el personal médico algunos de los factores de riesgo se identifican en el triage, mientras otros sobresalen durante la anamnesis y la exploración física, por lo cual, el profesional puede hacer uso de preguntas que incluyan antecedentes médicos, estado físico actual, uso de medicamentos, indagar sobre el estado de ánimo, pensamientos de conductas autoagresivas (Harwitz & Ravizza, 2000), la guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia (2017a) plantea: "Tras una ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de ideación y/o conducta suicida" (p. 38).

La evaluación del riesgo suicida es una labor que en ocasiones es difícil, por lo cual, llegar a un nivel de predicción alto de quien se va a suicidar es complejo, es por ello que se han creado instrumentos que faciliten la medición del riesgo (Restrepo et al., 2013). La evaluación del riesgo suicida es un sistema que han implementado muchos hospitales; esta se realiza con el objetivo de fomentar la seguridad del paciente, dado que, se sugiere una evaluación a través de una herramienta validada; sin embargo, para aquellos que hagan uso de escalas, es recomendado que la misma tenga que validarse empíricamente en la población y el sitio en la que se está utilizando (Thom, Hogan & Hazen, 2020), dado lo anterior, cuando el profesional de salud realiza la valoración del riesgo suicida puede estar expuesto a un aspecto difícil y estresante, donde la decisión de admitir o dar de alta a un paciente es fundamental, y aunque un profesional en salud mental logra una evaluación detallada identificando los factores de riesgo y de protección, las escalas de clasificación clínica estandarizada pueden ser un complemento eficaz en la evaluación de

urgencias, especialmente para trabajadores de la salud con formación psiquiátrica limitada (Cochrane, Lofchy & Sakinofsky, 2000), Se sugiere el uso de instrumentos que faciliten la medición del riesgo (Restrepo et al., 2013), y entre ellos se encuentra la escala Sad Persons, pero se desconoce sus propiedades métricas (validez y fiabilidad).

Según la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida (Minsalud, 2017a) en sus recomendaciones, referencia el uso de escalas para la evaluación del riesgo suicida, en la atención primaria la guía recomienda el uso de la escala Sad Persons para adultos, argumentando que este instrumento goza de un contenido didáctico y es de fácil aplicación.

La escala Sad Persons (SP) fue desarrollada en 1983, como un instrumento práctico y sencillo para la evaluación del riesgo de suicidio para estudiantes de medicina y médicos no psiquiatras, la escala es un nemotécnico compuesto por 10 ítems, en el cual cada letra representa un factor de riesgo en el suicidio (Sexo, Edad, Depresión, Intento previo, Abuso de Etanol, Pérdida del pensamiento racional, Falta de apoyo social, Plan organizado, Sin conyugue, Enfermedad), según los autores de la escala, el SP se utiliza ampliamente para la evaluación del riesgo de suicidio en entornos clínicos y educativos (Warden, Spiwak, Sareen, & Bolton, 2014), aunque no hay suficientes estadísticas publicadas sobre la precisión o discriminación de la escala para la predicción del suicidio (Chandramouleeswaran, Edwin, Victor, & Tharyan, 2015).

Para los trabajadores de la salud con una formación psiquiátrica limitada como por ejemplo médicos de urgencias, familia etc. el uso de las escalas de clasificación clínica estandarizadas pueden ser un instrumento eficaz para la evaluación de emergencia. En un estudio realizado con un grupo de estudiantes de medicina a quien se les enseñó el uso de la escala, demostraron una capacidad significativa para evaluar con precisión y hacer uso de recomendaciones, juicio el cual

fue realizado por tres psiquiatras; para este estudio se concluye que el uso de la escala SP tiene una influencia positiva en el desempeño de la evaluación del riesgo suicida (Patterson, Dohn, Bird & Patterson GA, 1983), se aplicó la escala Sad Persons modificada en una muestra de 100 adultos quienes se presentaron al servicio de urgencias identificaron que una puntuación superior a 6 puntos tenía especificidad del 71% para identificar la necesidad de hospitalización, haciendo uso de la escala Sad Persons ponderada los profesionales de la salud que no tienen formación en psiquiatría pueden obtener de manera rápida y fácil la información objetiva y necesaria para hacer una evaluación inicial de la tendencia suicida (Hockberger & Rothstein, 1988).

Existen aproximaciones interesadas en probar la calidad métrica del SP, con resultados no concluyente: en un estudio, en el cual, tenía como objetivo determinar la capacidad de la escala SP para predecir futuros suicidios en una muestra de 5.462 casos canadienses, las puntuaciones de riesgo medio y alto tenían una sensibilidad del 49% y una especificidad del 60%, la mitad de los suicidios fueron clasificados como riesgo bajo por la escala, los autores concluyen que a pesar de que la escala es usada de manera amplia en entornos educativos y clínicos, estos resultados no apoyan el uso para predecir el suicidio en adultos atendidos en centros psiquiátricos en el servicio de urgencias (Katz et al., 2017), mientras que en otra investigación con adultos con conducta suicida a través de auto envenenamiento, en el servicio de urgencias se evaluó una muestra de 67 adultos a quienes se les aplicó una evaluación psiquiátrica y la escala Sad Persons modificada, las evaluaciones mostraron una concordancia modesta frente a la valoración psiquiátrica, se concluye que para una mejor concordancia con la evaluación psiquiátrica, se recomienda incluir en la escala SP, factores de riesgo que se encuentran en los entornos (Chandramouleeswaran, Edwin, Victor, & Tharyan, 2015).

En un estudio prospectivo realizado con 774 pacientes del Reino Unido, en el departamento de urgencias, se realizó un seguimiento durante 7,4 años, quienes presentaron su primer episodio de autolesión y otros tenían antecedentes de autolesión, se hace uso de la escala Sad Persons modificada, concluyendo que el indicador de predicción de la escala es bajo para futuras autolesiones de pacientes que han presentado conducta autolesiva, sin embargo, refieren que el porcentaje aumenta frente a los resultados que indican no repetición (Zakaria & Mitchell, 2017).

Finalmente, los autores Warden, Spiwak, Sareen, y Bolton (2014), realizaron un estudio sistemático de la escala SP en situaciones clínicas, en donde realizan una búsqueda de bases de datos electrónicas, de donde toman un total de tres estudios y logran determinar que en ningún estudio la escala logra predecir con precisión el comportamiento suicida, los autores concluyen que la escala SP tiene evidencia insuficiente para apoyarse en su uso, aunque la muestra no permite generalizar este hallazgo.

En Colombia la escala se utiliza como criterio en clínicas y hospitales, pero en estudios formales ha sido poco referida: en una investigación realizada por De La Espriella (2010), evaluó el suicidio en 5 instituciones psiquiátricas de Colombia, una de ellas en Bogotá, con un total de 12 casos, se concluyó que la escala presentó un bajo nivel predictivo, pero su tamaño de muestra no permite generalizar estos hallazgos.

En conclusión, el suicidio es una problemática de alto impacto social y de salud pública, reportándose la importancia de su prevención a través de estrategias de evaluación objetivas y de escalas diseñadas para tal fin, entre ellas una de alto uso en estudios y en la práctica clínica es Sad Persons, sin embargo en Colombia no hay suficientes estudios que soporten su calidad métrica, por lo que se sustenta la presente investigación, que tiene como objetivo determinar la capacidad

de discriminación, sensibilidad y especificidad de la escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo suicida, en muestras atendidas en un hospital de Bogotá.

Método

Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca como un estudio cuantitativo instrumental (Montero & León, 2007), dado que el interés radica en la revisión de las propiedades métricas, en este caso de la escala Sad Persons para la valoración del riesgo suicida.

Participantes

Se contó con la participación de 300 pacientes que ingresaron al Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), provenientes de la zona de Bogotá y alrededores, siendo 192 hombres (64%) y 108 mujeres (36%), con edades comprendidas entre los 14 y los 94 años (media = 44,84; D. E. = 19,90), se analizaron todos los participantes de ingreso entre el 3 de mayo de 2019 y 12 de marzo de 2021. Como criterio de inclusión se tiene que los participantes presentaran algún factor de riesgo que, desde el protocolo de evaluación del hospital, podían conllevar a condiciones de suicidio, y que hayan tenido la aplicación de la escala de Sad Persons, y como condiciones de exclusión que la historia clínica no se encontrara completa, o las personas que, al revisar la historia clínica, en su proceso se muestre una deficiencia cognitiva, alteraciones neurológicas o similares, que no permitan la objetividad en torno a las preguntas derivadas del Sad Persons. Para más información de los participantes, se muestra la tabla 1.

Tabla 1.

Características demográficas de los participantes.

Estado civil	f	%	Afiliación a salud	f	%
Casado	46	15,33	Contributivo	68	22,67
Separado	23	7,67	Particular	1	0,33
Soltero	162	54	Régimen especial	30	10
Unión libre	48	16	Subsidiado	180	60
Viudo	21	7	Vinculado	21	7
Ingreso por intento suicida			Formación académica		
No	252	84,000	Bachiller	69	23
Si	48	16,000	Bachiller incompleto	36	12
Espiritualidad			Ninguna	19	6,33
Agnóstica	1	0,33	No refiere	37	12,33
Católico	169	56,33	Primaria	63	21
Cristiano	26	8,67	Primaria incompleta	28	9,33
Evangélico	2	0,67	Profesional	12	4
Judío	1	0,33	Técnico	21	7
No profesa	41	13,67	Técnico incompleto	3	1
No refiere	60	20	Tecnólogo	1	0,33
Zona de residencia			Tecnólogo incompleto	1	0,33
Rural	111	37	Universidad incompleta	10	3,33
Urbano	189	63	Ocupación		
Spa			Desempleado	71	23,67
No	179	59,67	Empleado	36	12
Si	121	40,33	Estudiante	12	4
			Habitante de calle	12	4
			Hogar	43	14,33

Departamento residencia	F	%			
			Independiente	12	4
			Informal	66	22
Antioquia	2	0,67	Interno Inpec	27	9
Bogotá	127	42,33	Labores de campo	9	3
Bolívar	1	0,33	Pensionado	12	4
Boyacá	7	2,33			
Caquetá	1	0,33	Método de intento suicida	f	%
Casanare	3	1	Ahorcamiento	6	2
Cundinamarca	151	50,33	Cortante	18	6
Meta	2	0,67	Cortopunzante	2	0,67
Quindío	1	0,33	Precipitación	4	1,33
Tolima	4	1,33	Sin intento	240	80
Vichada	1	0,33	Tóxico	27	9
			Traumatismo	3	1
Discapacidad	f	%			
No	288	96			
Si	12	4			

Instrumentos.

La escala Sad Persons, es un nemotécnico de 10 ítems, en el cual, cada letra representa un factor de riesgo potencial; la puntuación en la escala es el número de factores de riesgo que están presentes (Katz et al., 2017), el cual cada factor se puntúa como presencia (1) o ausencia (0), los valores de la escala se establecen para la interpretación de la escala: Riesgo bajo 0-4, riesgo medio 5-6, riesgo alto 7-10 (Patterson, Dohn, Bird & Patterson, 1983).

Procedimiento.

Tras la autorización del comité de investigación del HUS, se procedió a la revisión de historias clínicas en el sistema de información del hospital, se identificó y seleccionó la población a quien se le aplicó la escala Sad Persons, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se creó una matriz de datos según las características de interés del estudio, posterior a ello, se realizó el análisis en el software estadístico Jasp, versión 14.1. Se realizaron análisis descriptivos para los puntajes, segmentando por la presencia o no de riesgo suicida por parte de los profesionales de la salud, comparaciones de sus valores, pruebas de sensibilidad y especificidad tanto con las condiciones originales de la escala como con variaciones que mejoraran su desempeño métrico.

Consideraciones éticas.

Se tuvieron en cuenta los lineamientos de la ley 1090 del año 2006 o Código Deontológico y Bioético del psicólogo, en especial el artículo 49 donde establece que: “los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis, sus conclusiones y respectivos resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización” (p. 14). A la luz de la confidencialidad, se protegieron sus derechos y privacidad, los datos fueron anonimizados para garantizar su no identificación. Los documentos del estudio serán conservados en el archivo del Centro de Investigación del Hospital Universitario de la Samaritana por un periodo mínimo de cinco años. Su expediente será completamente confidencial según lo indica la Ley. Este no será compartido con otras personas a menos que sea exigido por la Ley o de acuerdo con las especificaciones mencionadas anteriormente.

En torno a la resolución 8430, esta investigación se clasifica como: Investigación sin riesgo, dado que fue un estudio documental retrospectivo, que implicaba la revisión de historias clínicas de los pacientes. Es importante señalar que este estudio fue sometido a aprobación y aval del comité de investigación del HUS.

Resultados

En este segmento, se inicia con los patrones en el Sad Persons, segmentados según la valoración posterior del profesional en Salud mental (si existía o no un riesgo suicida), cuya distribución se muestra en la figura 1.

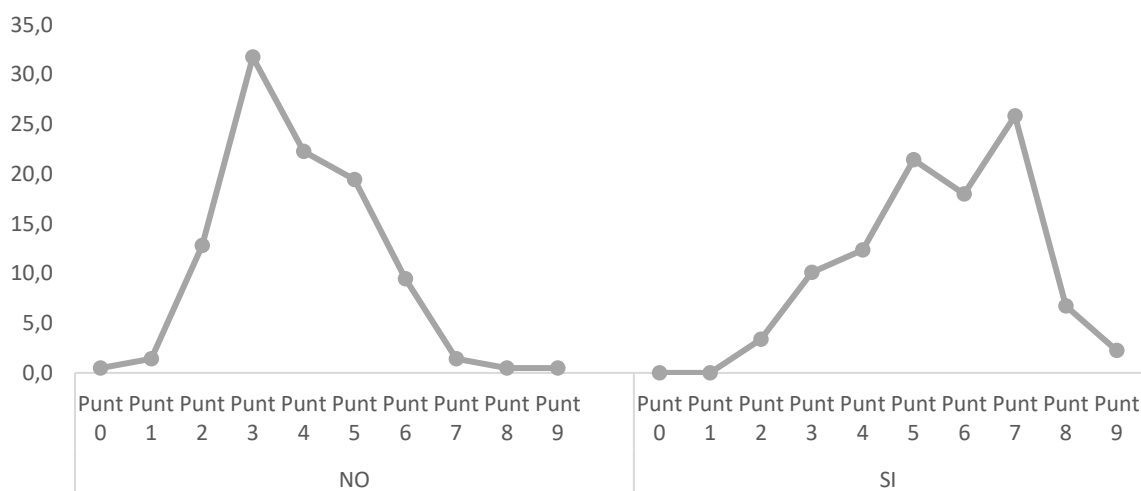


Figura 1. Distribución de los puntajes en el Sad Persons, segmentados por la valoración de riesgo suicida por parte del profesional en salud mental. Nota: No = la evaluación del profesional no encuentra riesgo de suicidio; Si = la evaluación del profesional Sí encuentra riesgo de suicidio.

Los datos reportados en la figura 1, muestran que las puntuaciones tienden a aglomerarse a la izquierda en los casos en que el profesional no encontraba riesgo suicida, mientras que esta

tendencia se inclinaba a la derecha cuando sí se hallaban riesgos. Con el fin de observar si esta tendencia tiene diferencias significativas entre los dos grupos, se desarrolló una prueba de comparación U de Mann-Whitney (dado el incumplimiento de principios de normalidad y de homogeneidad de varianzas en los grupos), hallándose los siguientes resultados (tabla 2).

Tabla 2.

Pruebas de comparación de los puntajes del Sad Persons entre los grupos de riesgo o no a suicidio.

	Media	D.E.	U	p
No	3,872	1,379	4247	< 0,001
Si	5,539	1,666		

De acuerdo con los hallazgos en la tabla 2, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), lo que permite afirmar que los pacientes que obtuvieron una evaluación de riesgo suicida por parte del profesional presentaban puntajes estadísticamente mayores que quienes fueron valorados en la condición de no riesgo, siendo esto, una evidencia de la validez de criterio de la escala. Para identificar los niveles de sensibilidad y especificidad, se realizaron contrastes entre el nivel de riesgo detectado con la escala Sad Persons y la clasificación dada por el profesional (tabla 3), tanto con las condiciones originales de la escala, como con el ajuste de las variables según la literatura y los datos de Medicina Legal en Colombia, mostrando acá el ajuste de las edades de riesgo nacional.

Tabla 3.

Nivel de riesgo detectado con la escala Sad Persons y clasificación dada por el profesional, sensibilidad y especificidad.

	Original		Edad ajustada					
	Riesgo detectado		Riesgo detectado					
	No		Sí		No		Sí	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	5	2,37	29	32,58	3	1,42	24	26,97
Medio	66	31,28	37	41,57	49	23,22	45	50,56
Bajo	140	66,35	23	25,84	153	72,51	20	22,47

	Sensibilidad		Especificidad	
	Original	Ajustada edad	Original	Ajustada edad
Solo alto	32,58	26,97	Solo bajo	66,35
Alto y medio	74,16	77,53		72,51

Como se observa en la tabla 3, los datos indican que la escala en principio tiene una sensibilidad del 74,16%, que aumenta al 77,53% con el ajuste de la edad; de igual manera dicho cambio en la edad aumenta la especificidad de la prueba del 66.35% al 72.51%.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la capacidad de discriminación, sensibilidad y especificidad de la escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo suicida, en muestras atendidas en un hospital de Bogotá; así, se podrá identificar si esta escala permite, con objetividad, identificar dicho riesgo suicida, inicialmente en los pacientes del hospital, pero podría establecerse, si las propiedades métricas lo indican, como un criterio estandarizado para evaluar el riesgo suicida a toda población hospitalaria nacional. En Colombia esta es una de las primeras investigaciones que hace entrega de un estudio de la capacidad de la escala para predecir el suicidio.

Los resultados encontrados en la presente investigación muestran que la escala presenta valores estadísticamente mayores en quienes fueron posteriormente detectados por el profesional de la salud mental, como en riesgo suicida, lo que denota una capacidad discriminante entre quienes tienen y no un riesgo real. Por su parte, en sus condiciones originales de evaluación, es una prueba con buenos indicadores de sensibilidad (74.16 %) y especificidad (66.35%), esta objetivación de la evaluación a través de la escala SP logra alertar el riesgo suicida, lo que sugiere, que se puede incluir el uso de escalas en la evaluación, sin embargo, su uso para dar objetividad a la percepción del riesgo, no reemplaza el juicio clínico (De la Espriella, 2010).

Utilizando la muestra y uniéndola a los datos sociodemográficos de los pacientes se permitió una evaluación exhaustiva, identificando que el instrumento adquiere mayor validez al realizar el cambio en la escala en el reactivo de la edad, considerando como población de riesgo las edades entre los 19 y los 45 años, datos que contrastan con la información suministrada por la OMS (2019), donde en el mundo, el suicidio es la segunda causa de defunción para la población entre los 15 a 29 años; en las Américas es la tercera causa de muerte de personas con edades entre 20 a 24 años (OPS, 2020) y en Colombia según Foresis (2019, 2020), registra indicadores de la población con suicidio consumado entre las edades 19 y 45 años lo que corresponde al 56 % del total de la población. Cuando se plantea este ajuste en la edad, a la luz de los datos epidemiológicos, la especificidad pasa del 74,16% al 77,53%, y la sensibilidad pasa del 66,35% al 72,51%, lo que reporta mejor ajuste a la población, y mejores propiedades métricas, en especial lo que reporta a validez de criterio.

En relación con otras investigaciones, el presente estudio no contrasta con lo referido por Katz et al. (2017) donde los resultados sugieren que la escala tiene un nivel de predicción casi igual que el azar; Zakaria & Mitchell (2017) refieren resultados moderados de la escala para identificar

conductas autolesivas a largo plazo, en el estudio De la Espriella (2010) describe las propiedades de la escala SP, cuando puntúa riesgo bajo, tiene poco nivel de predicción, sin embargo, cuando la escala SP puntúa riesgo alto, su nivel de predicción mejora en la identificación de la conducta suicida. El presente estudio arroja resultados que refieren que el SP logra identificar el nivel de riesgo de forma adecuada en la población céntrica de Colombia, sin embargo, no sugiere que por si sola, la SP tenga propiedades diagnósticas como lo descrito por Katz et al (2017), ni se pretendió identificar el riesgo a largo plazo (mas de un año), puesto que el objetivo del estudio, es identificar las propiedades psicométricas de la escala SP en la evaluación primaria durante el ejercicio clínico. Situación que está en sintonía con el estudio de Patterson, Dohn, Bird & Patterson (1983), donde concluyen que la escala tiene adecuadas propiedades psicométricas y logra complementar la evaluación por parte de estudiantes de medicina en el servicio de urgencias en la identificación del riesgo suicida.

Algunas limitaciones de la presente investigación son la representatividad de los pacientes, puesto que son residentes principalmente de la zona céntrica de Colombia (Bogotá y Cundinamarca), los participantes de la muestra que se obtiene corresponden a un solo hospital, dado lo anterior, para futuros estudios se recomienda aplicar la escala en otros departamentos del país, y replicar los hallazgos, con el fin de verificar que el instrumento cumple con la suficiente validez en otros contextos nacionales. De igual forma, a pesar de la concordancia probada con los criterios de evaluación clínicos de los profesionales, faltarían análisis de validez convergente con otros instrumentos de evaluación del riesgo suicida, tipo escalas de autoaplicación, lo que se plantea para estudios que sigan esta línea de trabajo.

En conclusión, el Sad Persons, es una escala válida, que brinda buena información para la toma de decisiones en el riesgo de la conducta suicida, que sirve como escala de tamizaje, a su vez, se

recomienda el ajuste de la escala en el reactivo de rango de edad, dado que los criterios internacionales son diferentes a los datos reales en Colombia. Para los objetivos planteados en este estudio, se considera el uso de la escala como un instrumento que puede ser utilizado en la práctica clínica y en los servicios de atención primaria en salud como medio de evaluación del riesgo, a su vez, considerando las recomendaciones planteadas por la guía de práctica clínica Evaluación e Intervención de la conducta suicida (2017a), es una herramienta que puede ser utilizada por el personal asistencial que no cuenta con formación en salud mental, permitiéndole orientar la evaluación y la toma de decisiones como estrategia de prevención.

Referencias

- Aguilera, R. (2018). *Suicidal behavior and risk factors in Holguín, Cuba*. *Correo Científico Médico*, 22(3), 374-385. Recuperado en 14 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000300003&lng=es&tlng=en.
- Aja, L. (2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso Latinoamericano de Educación, 1-24. Recuperado de: http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06_factores_riesgo.pdf
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). *Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. *Psychological medicine*, 36(12), 1747.
- Chandramouleeswaran, S., Edwin, N. C., Victor, P. J., & Tharyan, P. (2015). *The emergency physician's assessment of suicide risk in intentional self-poisoning using the modified SAD PERSONS scale versus standard psychiatric evaluation in a general hospital in South India: a cross-sectional study*. *Tropical doctor*, 45(1), 21-26.
- Cochrane-Brink, K. A., Lofchy, J. S., & Sakinofsky, I. (2000). *Clinical rating scales in suicide risk assessment*. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451.

- Corona, B., Hernández , M., & García, M. (2016). *Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15(1) Recuperado en 14 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=pt.
- De la Espriella, Ricardo. (2010). *Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(2), 268-290. Retrieved October 06, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200005&lng=en&tlng=es.
- Forensis. (2020). *Comportamiento del suicidio en Colombia, año 2019*. Recuperado 15 de agosto de 2020, de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses website: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
- García-Rábago, H., Sahagun-Flores, J. E., Ruiz-Gomez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., & Gonzalez-Gamez, J. G. (2010). *Comparing high-and low-lethality factors regarding attempted suicide-associated risk factors*. Revista de salud publica, 12(5), 713-721.
- González-Rodríguez, A., Molina-Andreu, O., Navarro Odriozola, V., Gastó Ferrer, C., Penadés, R., & Catalán, R. (2014). *Suicidal ideation and suicidal behaviour in delusional disorder: a clinical overview*. Psychiatry journal, 2014. 834901, 1-8.
- Guibert Reyes, W, & Del Cueto de Inastrilla, E R.. (2003). *Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 19(5) Recuperado en 16 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&tlng=es.

- Harwitz, D., & Ravizza, L. (2000). *Suicide and depression*. *Emergency medicine clinics of North America*, 18(2), 263-271.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders*. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Hockberger, R. S., & Rothstein, R. J. (1988). *Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score*. *The Journal of emergency medicine*, 6(2), 99-107.
- Hübner-Liebermann, B., Neuner, T., Hegerl, U., Hajak, G., & Spießl, H. (2010). *Reducing suicides through an alliance against depression?*. *General hospital psychiatry*, 32(5), 514-518.
- Katz, C., Randall, J. R., Sareen, J., Chateau, D., Walld, R., Leslie, W. D., ... & Bolton, J. M. (2017). *Predicting suicide with the SAD PERSONS scale*. *Depression and anxiety*, 34(9), 809-816.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social - Minsalud, (2017a). *Lets, Guías de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción)*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y protección social.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social - Minsalud, (2017b). *Boletín de salud mental, conducta suicida, subdirección de enfermedades no transmisibles*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y protección social.
- Montero, I., & León, O. (2007). *Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Mora, V. K. B., Melo, N. G. V., & Galvis, F. H. V. (2019). *Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*, según la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *El suicidio, notas descriptivas*, según la OMS.

Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*.

Informe regional.

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*.

Washington, D.C. Tomado de:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2020). *Prevención del Suicidio*. Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.

Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale*. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349.

Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., & Escobar-Córdoba, F. (2015). *Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716.

Restrepo, C. G., Peñaranda, A. P. B., Lemus, L. M. G., Jaramillo, L. E., Valencia, J. G., Narváez, E. B., ... & Palacio, C. (2013). *Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 3-11.

Sendra-Gutiérrez, J. M., Esteban-Vasallo, M., & Domínguez-Berjón, M. F. (2018). *Suicidal behaviour characteristics and factors associated with mortality in the hospital setting*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(4), 234-243.

- Thom, R., Hogan, C., & Hazen, E. (2020). *Suicide risk screening in the hospital setting: a review of brief validated tools*. *Psychosomatics*, 61(1), 1-7.
- Warden, S., Spiwak, R., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2014). *The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review*. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 313-326.
- Zakaria, Y., & Mitchell, A. (2017). *Long-term validation of the SAD PERSONS scale for prediction of repeat self-harm in A&E patients with and without a prior self-harm history*. *European Psychiatry*, 41(S1), S510-S510.