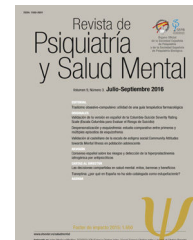




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida



German Eduardo Rueda-Jaimes^{a,*}, Vanessa Alexandra Castro-Rueda^a,
Andrés Mauricio Rangel-Martínez-Villalba^a, Catalina Moreno-Quijano^a,
Gustavo Adolfo Martínez-Salazar^a y Paul Anthony Camacho^b

^a Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud y Psicosociales, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

^b Dirección de Investigaciones, Desarrollo e Innovación Tecnológica, FOSCAL, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Recibido el 24 de junio de 2016; aceptado el 26 de septiembre de 2016
Disponible en Internet el 30 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Suicidio;
Validez de las
pruebas;
Valor predictivo de
las pruebas;
Factores de riesgo

Resumen

Introducción: Pocas escalas se han validado en castellano para el riesgo suicida y en ninguna de ellas se ha hallado la validez predictiva.

Objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con suicidabilidad que acuden a consulta especializada.

Métodos: Se aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck, el Inventario de Razones para Vivir y el Cuestionario de Comportamiento Suicida a pacientes con suicidabilidad que asistieron a consulta externa y urgencias. A los 30 días se realizó una valoración para determinar la validez predictiva del intento suicida o suicidio.

Resultados: Se evaluaron 244 pacientes con una edad promedio de 30,7 años $\pm$ 13,2; la mayoría de ellos fueron mujeres. La consistencia interna de la Escala de Desesperanza de Beck es de 0,9 (fórmula 20 de Kuder-Richardson). Se encontraron 4 dimensiones que explican el 50% de la varianza. Tuvo una correlación positiva con el Cuestionario de Comportamiento Suicida (Spearman 0,48, $p < 0,001$), número de intentos suicidas (Spearman 0,25, $p < 0,001$), y severidad del riesgo suicida (Spearman 0,23, $p < 0,001$). La correlación con el Inventario de Razones para Vivir fue negativa (Spearman $-0,52$, $p < 0,001$). Con un punto de corte ≥ 12 el valor predictivo negativo fue de 98,4% (IC 95%: 94,2-99,8), y el valor predictivo positivo fue de 14,8% (IC 95%: 6,6-27,1).

Conclusión: La Escala de Desesperanza de Beck en pacientes colombianos con suicidabilidad presenta unas dimensiones similares a la versión original, con adecuada confiabilidad y moderada validez, tanto concurrente como predictiva.

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gredu@unab.edu.co (G.E. Rueda-Jaimes).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>

1888-9891/© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Suicide;
Validity of tests;
Predictive value of
tests;
Risk factors

Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk**Abstract**

Introduction: Only a few scales have been validated in Spanish for the assessment of suicide risk, and none of them have achieved predictive validity.

Objective: To determine the validity and reliability of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk attending the specialist clinic.

Methods: The Beck Hopelessness Scale, reasons for living inventory, and the suicide behaviour questionnaire were applied in patients with suicide risk attending the psychiatric clinic and the emergency department. A new assessment was made 30 days later to determine the predictive validity of suicide or suicide attempt.

Results: The evaluation included a total of 244 patients, with a mean age of 30.7 ± 13.2 years, and the majority were women. The internal consistency was .9 (Kuder-Richardson formula 20). Four dimensions were found which accounted for 50% of the variance. It was positively correlated with the suicidal behaviour questionnaire (Spearman .48, $P < .001$), number of suicide attempts (Spearman .25, $P < .001$), severity of suicide risk (Spearman .23, $P < .001$). The correlation with the reasons for living inventory was negative (Spearman $-.52$, $P < .001$). With a cut-off ≥ 12 , the negative predictive value was 98.4% (95% CI: 94.2-99.8), and the positive predictive value was 14.8% (95% CI: 6.6-27.1).

Conclusion: The Beck Hopelessness Scale in Colombian patients with suicidality shows results similar to the original version, with adequate reliability and moderate concurrent and predictive validity.

© 2016 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la sexagésimo sexta Asamblea Mundial de Salud durante el año 2013 se adoptó por primera vez el Plan de Acción en Salud Mental de la OMS. La prevención del suicidio es una parte integral de dicho plan con la meta de reducir la tasa de suicidio alrededor del 10% en todos los países para el año 2020¹. La tasa anual global de suicidio con edad estandarizada fue de 11,4 por 100.000 habitantes (15 para hombres y 8 para mujeres). Sin embargo, se considera que es una cifra subvalorada por ser el suicidio un tema sensible, incluso ilegal en algunos países y por lo mismo no reportado; adicionalmente, en los países donde se reporta adecuadamente es frecuentemente mal clasificado como muerte accidental u otras causas de muerte². Por cada suicidio existen muchas más personas con intento de suicidio cada año. El intento es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general.

En Colombia, para el año 2014 el sistema médico legal reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años. La mayor tasa por 100.000 habitantes (6,5) se presentó en los grupos de 20 a 24 y de 70 a 74 años³.

El suicidio es un problema de salud pública prevenible utilizando intervenciones basadas en evidencia y de bajo costo². Por lo tanto, es importante implementar herramientas para la detección temprana de los pacientes con riesgo suicida.

Estas deben evaluar los factores de riesgo. En la literatura se han descrito un sinnúmero de factores de riesgo, entre los cuales se menciona la desesperanza².

Las escalas e instrumentos de autorreporte han demostrado ser una buena alternativa para esta evaluación en servicios de urgencias y consulta externa, por ser de fácil y

rápida aplicación^{4,5}. Con el fin de hacer uso de estas herramientas se deben realizar validaciones en cada comunidad para que el personal de salud tenga a su alcance instrumentos útiles que les permitan ser más eficientes a la hora de intervenir este tipo de pacientes.

Son varias las escalas utilizadas, sin embargo, la más antigua y una de las pocas en que se ha evaluado la validez predictiva es la Escala de Desesperanza de Beck (BHS, por sus siglas en inglés)⁵. La desesperanza es definida como pesimismo o expectativas negativas acerca del futuro y está asociada con el suicidio⁶. Específicamente, la desesperanza ha estado relacionada con la ideación suicida, el antecedente de intento suicida y comportamiento suicida en la comunidad adolescente y de pacientes mentales; además está asociada con intentos suicidas pasados y futuros^{7,8}. El objetivo principal de la escala es medir la desesperanza, sin embargo, varios estudios mostraron que era un buen predictor de intentos suicidas y de suicidio consumado^{9,10}.

Se ha seleccionado esta escala dado que es la primera diseñada exclusivamente para valorar desesperanza y esto se ha correlacionado con presentar mayor riesgo suicida.

El objetivo de la presente investigación es determinar la validez y confiabilidad de la BHS en pacientes con suicidabilidad que acuden a consulta especializada en la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Métodos

Se realizó un estudio de validación de una prueba diagnóstica. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma Bucaramanga. Se solicitó el consentimiento informado por escrito de todos los participantes

antes de iniciar el estudio, quienes dieron su consentimiento después de recibir una explicación y comprender los objetivos de esta investigación, de la participación voluntaria y de la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la declaración de Helsinki^{11,12}. En el caso de menores de edad se requirió el asentimiento del adolescente y el consentimiento de un familiar o tutor.

Instrumentos

La BHS fue construida por Aaron T. Beck et al. en el Centro de Terapia Cognitiva del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, para evaluar el pesimismo en los pacientes con riesgo suicida⁶. Beck y sus colaboradores construyeron un instrumento a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por los pacientes. Las 20 proposiciones escogidas las denominaron Escala de Expectativas Generales (GES, por sus siglas en inglés)⁶. En 1974, se cambiaron algunas palabras en ciertas proposiciones y se presentó en forma definitiva la actual versión de la BHS. La escala está compuesta por 20 proposiciones definibles por verdadero o falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo⁶. Las respuestas son sumadas para dar un puntaje que va de 0 a 20, con un punto de corte de 9 o 10 de acuerdo con la población en que se validó. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto, y los que no la indican se califican con 0 puntos. Los puntajes proveen una medida de la severidad de desesperanza: 0-3 mínimo o normal, 4-8 leve, 9-14 moderado y 15-20 severo⁵. La BHS ha sido validada teniendo una buena consistencia interna que varía de 0,82 a 0,93; la confiabilidad prueba-reprueba varía de 0,60 a 0,69; su validez convergente con el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) es de 0,63. La BHS discrimina a pacientes con depresión ($M=11,3$; $DE=5,2$) y ansiedad generalizada ($M=7,9$; $DE=4,9$)^{6,9,13,14}. El objetivo principal de la escala es medir la desesperanza, sin embargo, varios estudios mostraron que era un buen predictor de intentos suicidas y de suicidio consumado^{10,15}.

El Cuestionario de Comportamiento Suicida Revisado (SBQ-R, por sus siglas en inglés) es un instrumento que consta de 4 ítems. Consta de preguntas sobre pensamientos y comportamientos suicidas en el pasado y a futuro. El SBQ-R es un cuestionario tipo Likert, y consiste en preguntas acerca de la frecuencia de presentación de la ideación suicida, la comunicación de pensamientos suicidas a otros, las actitudes y expectativas sobre el intento suicida actual. El puntaje máximo es 18 y el tiempo que se invierte en la realización de la escala es de aproximadamente 5 min. Tiene una adecuada consistencia interna, confiabilidad prueba-reprueba y validez concurrente¹⁶.

El Inventario de Razones para Vivir (RFL, por sus siglas en inglés) es un cuestionario que consta de 48 ítems, calificados en una escala de 6 puntos tipo Likert. Esta escala evalúa las creencias adaptativas (positivas) y las expectativas para no cometer un suicidio. Los factores analizados son divididos en dimensiones e indican las 6 principales razones para vivir: a) creencias de supervivencia y afrontamiento (24 ítems); b) responsabilidad con la familia (7 ítems);

c) preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems); d) miedo al suicidio (7 ítems); e) miedo a la desaprobación social (3 ítems), y f) objeciones morales (4 ítems)¹⁷.

Población de estudio y muestra

El universo del estudio estuvo conformado por todos los pacientes que consultaron ya sea a urgencias o a consulta externa del Instituto del Sistema Nervioso de Oriente (ISNOR), con suicidabilidad. Para asegurar la recolección de la muestra, el médico psiquiatra tratante marcaba una casilla predeterminada en la historia clínica electrónica, una vez que detectaba a un paciente con suicidabilidad. Esta señal avisaba al grupo de investigadores de la presencia de un paciente con suicidabilidad de tal manera que se incluyera en el trabajo.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó la sumatoria de los 20 ítems de la BHS. Se tuvo en cuenta la recomendación de reclutar 10 pacientes por cada ítem para hallar la validación de constructo (para este caso, 200 pacientes como mínimo)¹⁸. Para la validez predictiva se tuvo en cuenta una incidencia del 10% de intentos suicidas o suicidios consumados, con un valor predictivo negativo de 0,95 y un valor predictivo positivo de 0,2; un nivel de significación de 0,05 y un poder del 0,8 para un mínimo de 480 pacientes. Se definió paciente con suicidabilidad a todo aquel que presentó pensamientos, ideas o planes suicidas y comportamientos o intentos suicidas¹⁹.

Procedimiento

Se incluyeron a todos los pacientes que aceptaban voluntariamente participar en el estudio y que presentaban suicidabilidad de acuerdo con su médico tratante. Se excluyeron aquellos con psicosis, aquellos que sus funciones cognitivas les impidieron contestar la entrevista, o aquellos con incapacidad de comprensión de las preguntas de la escala por su nivel educativo.

Todos los pacientes fueron entrevistados por uno de los investigadores con previo entrenamiento en valoración del riesgo suicida. El entrenamiento fue realizado por el director del grupo de investigadores, un psiquiatra con 14 años de experiencia y 3 años en la investigación sobre riesgo suicida. Ellos realizaron una entrevista semiestructurada que interrogaba sobre características demográficas, los principales factores de riesgo como el consumo de alcohol, problemas familiares o de pareja y protectores tales como tener hijos y ser de mayor edad²⁰, y finalmente clasificaban la severidad del riesgo suicida como bajo, medio, alto o alto inmediato de acuerdo con la presencia o ausencia de factores.

Luego de la entrevista, uno de los investigadores le daba las instrucciones al paciente para que contestara la BHS, el RFL y el SBQ-R.

Se realizó una entrevista por un investigador 30 días después en la cual se estableció la presencia de intento suicida o suicidio consumado y se reaplicó la BHS. La razón para determinar 30 días de seguimiento fue que en las primeras 2 semanas se observa el mayor número de intentos o suicidios en pacientes con suicidabilidad^{21,22}. Por supuesto es posible que se presenten nuevos intentos o suicidios luego

de 30 días, pero la probabilidad es mucho menor. Para este seguimiento se hacían como máximo 3 citaciones, y en caso de no acudir a la cita se declaraba al paciente como participante en abandono.

Análisis estadístico

Partiendo del hecho de que la BHS es una escala dicotómica se determinó la consistencia interna con el coeficiente 20 Kuder-Richardson²³. Antes de identificar los posibles factores de la escala se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)^{24,25}. Para la validez de constructo se realizó un análisis de factores exploratorio oblicuo (Promax)²⁶. Para la validez predictiva se hallaron los valores predictivos positivo y negativo, definiendo el mejor punto de corte de acuerdo con la curva ROC²⁷. Para la validez convergente se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman o de Pearson, según el caso.

Resultados

Se entrevistaron 258 pacientes, de los cuales 14 quedaron fuera del estudio por cumplir criterios de exclusión; 244 aceptaron participar voluntariamente en el estudio; 67 pacientes no concluyeron el estudio porque no fue posible contactarlos. En la [figura 1](#) se presenta el esquema del estudio. La mayoría fueron mujeres, lo cual es esperado dado que es la población que más consulta; la edad promedio fue de 30,65 años $\pm$ 13,2, con una escolaridad de 11 años $\pm$ 3,4. En la [tabla 1](#) se muestran las características sociodemográficas de la población. En la [tabla 2](#) se muestran los factores protectores o de riesgo de suicidio que fueron evaluados clínicamente por medio de la entrevista semiestructurada. En la [tabla 3](#) se observan los diagnósticos principales de la población de estudio. No se presentaron suicidios consumados y se presentaron 10 intentos suicidas en los 30 días de seguimiento.

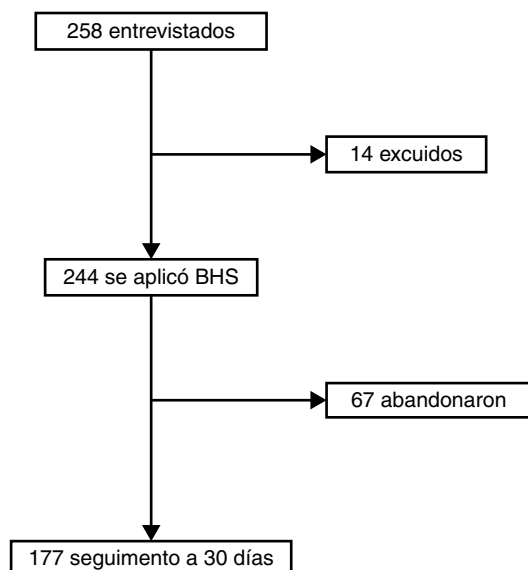


Figura 1 Esquema del estudio.

Tabla 1 Variables sociodemográficas de los pacientes con suicidabilidad

Variable	N	%
Sexo		
Mujer	155	63,52
Hombre	89	36,48
Edad		
12-25	106	43,44
26-45	101	41,39
45-65	37	15,16
Estrato socioeconómico		
Bajo	68	30,22
Medio	147	65,33
Alto	10	4,44
Estado civil		
Soltero	113	46,50
Casado	59	24,28
Unión libre	38	15,64
Viudo	3	1,23
Separado	30	12,35
Hijos		
0	114	47,11
1	46	19,01
2	46	19,01
3	24	9,92
4	8	3,31
5	4	1,65
Título más alto		
Ninguno	3	1,27
Primaria	79	33,33
Bachillerato	97	40,93
Técnico-auxiliar	23	9,70
Tecnología	7	2,95
Pregrado	20	8,44
Posgrado	8	3,38
Ocupación		
Estudiante	65	25,75
Empleado	111	45,68
Desempleado	36	14,81
Trabajo temporal	2	0,82
Ama de casa	15	6,17
Jubilado	3	1,23
Otros	11	4,53
Vive con		
Solo	18	7,38
Familia	198	81,15
Otros familiares	23	9,43
Institución	4	1,64
Otros	1	0,41
Religión		
Ateo	5	2,07
Creyente	64	26,45
Católico	145	59,92
Otros cristianos	27	11,16
Otros	1	0,41

Tabla 2 Factores de riesgo y protectores de los pacientes con suicidabilidad

Factores	N	%
Tener hijos	128	52,89
Homosexual-bisexual	8	3,28
Consumo de alcohol	134	54,92
Sustancias ilegales	32	13,17
Fumador actual	58	23,87
Antecedente intentos suicidas	97	39,75
Antecedente familiar de suicidio	73	30,04
Enfermedad terminal	13	5,33
Duelo reciente	8	3,28
Pérdida de empleo	38	15,64
Problemas legales	10	4,10
Problemas familiares o de pareja	163	66,80
Alivio por no completar suicidio	180	73,77
Asuntos pendientes	201	82,38
Baja autoestima	45	18,44
Impulsividad	127	52,05
Desesperanza	38	15,57

Tabla 3 Diagnósticos principales de los pacientes con suicidabilidad

Diagnóstico	N	%
T. Depresivo mayor	128	53,56
T. Adaptativo	38	15,90
T. Bipolar II	37	15,58
T. Bipolar I	10	4,18
Otros	26	10,92

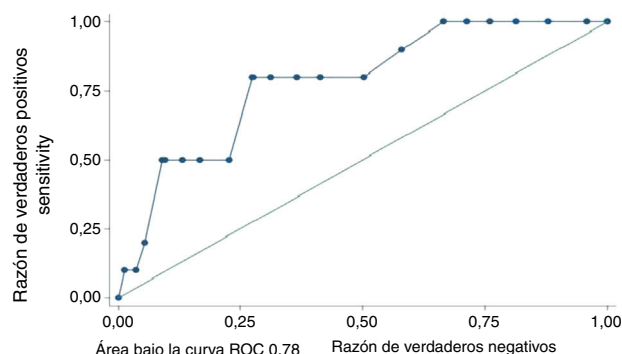
La puntuación promedio del BHS fue de $7,8 \pm 5,3$, la mínima fue 0 y la máxima 20. Para las mujeres el total promedio fue de $7,9 \pm 5$ y para los hombres, $7,8 \pm 5,8$.

Análisis de factores. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 1.419,01$, $gl = 190$, $p < 0,001$). El test de adecuación de la muestra de KMO fue adecuado (0,90). El análisis de factores por rotación oblicua (Promax) encontró 4 dimensiones que explicaban el 50% de la varianza. Estas dimensiones fueron denominadas así: 1) expectativas hacia el futuro (autovalor 6,34; explica el 31,7% de la varianza); 2) motivación (autovalor 1,54; explica el 7,7% de la varianza); 3) pesimismo acerca del futuro (autovalor 1,19; explica el 6,0% de la varianza), y 4) percepción individual del futuro (autovalor 1,0; explica el 5,0% de la varianza) (tabla 4).

Consistencia interna. El coeficiente 20 Kuder-Richardson fue de 0,88 para la BHS total. Los valores Kuder-Richardson para cada una de las dimensiones fueron los siguientes: 0,81 para el primer factor; 0,70 para el segundo factor; 0,65 para tercer el factor, y 0,64 para el cuarto factor.

Validez concurrente. Se halló una correlación positiva con el SBQ (Spearman 0,48, $p < 0,001$); número de intentos suicidas (Spearman 0,25, $p < 0,001$), y severidad del riesgo suicida clasificado por el investigador (Spearman 0,23, $p < 0,001$). La correlación con el inventario RFL fue negativa (Spearman $-0,52$, $p < 0,001$).

Validez predictiva. El área bajo la curva ROC fue de 0,78 (IC 95%: 0,64-0,92) (fig. 2). En esta población el mejor punto

**Figura 2** Área bajo la curva ROC del BHS.

de corte fue ≥ 12 . Con este punto de corte el valor predictivo negativo fue de 98,4% (IC 95%: 94,2-99,8) y el valor predictivo positivo fue de 14,8% (IC 95%: 6,6-27,1). El RR de los pacientes con suicidabilidad con puntuaciones ≥ 12 fue de 9,1 (IC 95%: 2-41,5).

Discusión

En este estudio se muestra que la BHS en población colombiana presenta unas dimensiones similares a la versión original, con adecuada confiabilidad y una buena validez concurrente, sin embargo, la utilidad de la escala puede verse afectada por el bajo valor predictivo positivo.

La estructura factorial de la BHS en población colombiana, aunque fue similar a la original, presentó un factor adicional. En la validación original de Beck et al. en 1974 se hallaron 3 factores: sentimientos hacia el futuro, pérdida de motivación, expectativas hacia el futuro, similar a una validación en Argentina^{10,14}. En esta validación el factor sentimientos hacia el futuro se dividió en pesimismo y percepción individual del futuro. En una posterior validación realizada por Steer et al. en 1997²⁸ fueron hallados 2 factores: pesimismo acerca del futuro, el cual fue similar al nuestro, y resignación, que correspondería a expectativas hacia el futuro, motivación y percepción individual del futuro en el presente trabajo. Adicionalmente, en una validación realizada en el 2006 en Lima, Perú, hallaron 6 factores, sin embargo, 2 de estos solo contenían un ítem⁹. Las diferencias observadas podrían explicarse por el tipo de población puesto que Beck incluyó población general y pacientes con riesgo suicida o simplemente con depresión^{14,28}. Por otro lado, las diferencias en la interpretación de las preguntas podrían atribuirse a factores culturales, que hacen que las dimensiones varíen con la población pero en todo caso siguen una lógica intrínseca relevante y representativa respecto al concepto de desesperanza.

A pesar de la diferencia en el constructo, la BHS funcionó correctamente en nuestra población puesto que la consistencia interna del total de la escala fue excelente y cada uno de los factores presentó una consistencia interna entre buena y muy buena. Esto señala que no hay preguntas redundantes en la escala, pero que tampoco hacen falta ítems en cada factor.

Tal como se esperaba, la BHS presentó una correlación divergente con el RFL puesto que esta última está

Tabla 4 Análisis factorial de la BHS

Variable	Factor			
	1	2	3	4
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	0,44			
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	0,86			
7. Mi futuro me parece oscuro	0,57			
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	0,47			
18. El futuro me parece vago e incierto	0,47			
19. Espero más bien épocas buenas que malas	0,42			
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	0,60			
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		0,67		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		0,81		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		0,55		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		0,79		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así			0,33	
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años			0,70	
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro			0,38	
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa			0,62	
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro			0,69	
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro				0,45
12. No espero conseguir lo que realmente deseo				0,43
14. Las cosas no marchan como yo quisiera				0,79
15. Tengo una gran confianza en el futuro				0,49

construida con enunciados positivos hacia la vida, los hijos, la familia o la religión. También es lógico que tuviese una correlación convergente con el SBQ-R y número de intentos suicidas puesto que la desesperanza previamente se ha asociado a esos comportamientos. La correlación con el número de intentos suicidas ya se había determinado previamente²⁹. También se había documentado la correlación positiva con el SBQ-R³⁰. Sin embargo, la correlación de esta escala con la severidad del riesgo suicida valorado por el investigador es la primera vez que se documenta.

En cuanto a la validez predictiva, se encontró un valor predictivo negativo alto, lo cual hace a la escala útil en servicios donde sea difícil la valoración rápida por un psiquiatra, puesto que la escala asegura con un bajo margen de error que aquellos que puntúan menor de 12 presentarían menor probabilidad de intentar el suicidio. Sin embargo, el valor predictivo positivo fue muy bajo, originando un alto porcentaje de falsos positivos. Esta característica de la escala tiene como consecuencia que cuando sea mayor o igual que 12, no se pueda determinar un verdadero riesgo suicida alto, por tanto no es posible utilizar solo la escala como única herramienta en la valoración del riesgo suicida: debe valorarse por un psiquiatra o experto en la valoración de riesgo. Estos valores predictivos son similares a los encontrados en estudios anteriores, con esto la APA recomendó que estas escalas no deben ser utilizadas en la práctica clínica para estimar el riesgo suicida³¹. Sin embargo, probablemente la APA desestimó el valor de la escala en países con dificultades en la consecución de

recurso humano especializado y no tuvo en cuenta que en fenómenos de baja recurrencia como es el del suicidio es inevitable un número importante de falsos positivos.

Beck et al. realizaron un estudio en el cual observaron la relación entre desesperanza y suicidio, analizando el desenlace de cada paciente para muerte por suicidio. Tomaron una muestra de 1.958 pacientes con trastornos afectivos e ideas suicidas a partir de septiembre de 1978. Cada paciente debía completar la BHS. El seguimiento se hizo con los pacientes que terminaron tratamiento en el centro hasta 1982. Para documentar si alguno de los participantes había cometido suicidio se realizó un seguimiento por 43 meses de los certificados de defunción registrados en las oficinas locales de Filadelfia o nacionales; 31 participantes murieron (1,6%), de los cuales 17 se suicidaron (0,86%). Encontraron que los pacientes que cometieron suicidio tenían un puntaje mayor en la escala frente a los pacientes que murieron por causas naturales. Hallaron un punto de corte para la BHS de 9 —a diferencia de este estudio, en que se halló un punto de corte para la BHS de 12—, la sensibilidad fue de 94,1% y la especificidad de 41%, valores que aparentemente fueron buenos pero que representan propiedades intrínsecas de la escala y que no tienen valor práctico por sí solos. El valor predictivo positivo en el estudio de Beck et al. fue de 2,28% y el valor predictivo negativo fue de 96,6%, datos que no fueron mostrados en el estudio pero que se pueden hallar a partir de la sensibilidad y la especificidad. Mirado de esta manera, el estudio de Beck et al. tiene conclusiones similares al presente estudio³².

La principal limitación del presente estudio es que no se alcanzó el número de muestra necesario para la validez predictiva, sin embargo, el intervalo de confianza del valor predictivo negativo es adecuado. Este es uno de los pocos estudios que evalúa la validez predictiva de la BHS y el primero con población latinoamericana. Adicionalmente, el RR, aunque fue significativo, presenta un intervalo de confianza amplio por el mismo motivo de una muestra insuficiente. Sin embargo, el tamaño de muestra fue suficiente para hallar la validez de constructo, concurrente y la confiabilidad. Otra debilidad fue el tiempo de seguimiento; aunque en el primer mes después de detectado el riesgo suicida se espera la mayor proporción de suicidios o intentos suicidas, también es el momento en que se despliegan la mayor cantidad de alternativas terapéuticas y no queda descartado que el suicidio suceda posteriormente.

Los hallazgos del presente estudio podrían ser empleados por clínicos sin suficiente entrenamiento que valoran pacientes con riesgo suicida en servicios de atención primaria y en aquellos en que se dificulte el acceso rápido a psiquiatras por motivos geográficos o deficiencias propias del sistema de salud. Teniendo en cuenta que la BHS es la herramienta más conocida que evalúa desesperanza y que esta a su vez es uno de los factores de riesgo más importante en la evaluación del riesgo suicida, el presente trabajo aporta una escala válida para evaluar la desesperanza en Latinoamérica. Es recomendable, sin embargo, replicar estos resultados en poblaciones similares y con un seguimiento mayor.

Conclusiones

1. Se encontró una validez predictiva negativa alta, lo cual hace que esta escala sea útil en servicios de consulta externa y urgencias dado que con una alta probabilidad el paciente que puntúe menor de 12 no intentará suicidarse en los próximos 30 días.
2. El hallazgo de validez predictiva positiva baja y por ende mayor probabilidad de falsos positivos hace que sea necesaria una valoración por experto previo a tomar cualquier medida con el paciente. Sin embargo, no quiere decir que la escala no sea útil como medida inicial para la valoración del riesgo suicida.
3. La BHS en pacientes colombianos con suicidabilidad presenta unas dimensiones similares a la versión original, con adecuada confiabilidad y moderada validez, tanto concurrente como predictiva.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimientos a los médicos María Teresa López, Kelly Guzmán y Alexander Blanco por su colaboración en el presente trabajo.

Bibliografía

1. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2013 [consultado 23 Abr 2016]. Mental Health Action Plan 2013 -2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
2. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2014 [consultado 23 Abr 2016]. Preventing suicide: A global imperative. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1
3. Ramirez-Lorenzo ML. Comportamiento del suicidio, Colombia 2014. En: Forensis 2014. Bogotá: Imprenta Nacional; 2014. p. 321-47.
4. Healy DJ, Barry K, Blow F, Welsh D, Milner KK. Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:323-9.
5. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22:445-51.
6. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
7. Huth-Bocks AC, Kerr D, Ivey A, Kramer A, King C. Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: Self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:387-95.
8. Robles García R, Páez Agraz F, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:292-7.
9. Aliaga Tovar J, Rodríguez de los Ríos L, Ponce Díaz C, Frisanchio León A, EnríquezVereau J. Escala de Desesperanza de Beck: adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol*. 2006;9:69-79.
10. Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord*. 1989;17:203-9.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
12. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 2008 [consultado 13 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/>
13. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 1973;130:455-9.
14. Mikulic IM, Casullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina. *Anu Investig*. 2009;16:365-73.
15. Young MA, Fogg LF, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *J Abnorm Psychol*. 1996;105:155-65.
16. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised

- (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical sample. Assessment. 2001;8:443-51.
17. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. J Consult Clin Psychol. 1983;51:276-86.
 18. MacCallum R, Widaman K, Zang S, Hong S. Sample size in factor analysis. Psychol Methods. 1999;4:84-99.
 19. Silverman MM. The language of suicidology. Suicide Life Threat Behav. 2006;36:519-32.
 20. Castro-Rueda V, Rangel Martinez-Villalba A, Camacho P, Rueda-Jaimes G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. Rev Colomb Psiquiat. 2010;39:705-15.
 21. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: A reexamination. Am J Psychiatry. 2000;157:1925-32.
 22. Pirkola S, Sohlman B, Wahlbeck K. The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation: A nation wide register study. BMC Psychiatry. 2005;5:32.
 23. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2:151-60.
 24. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1996. p. 129-48.
 25. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. Psychometrika. 1974;39:31-6.
 26. De Vet HC, Adèr HJ, Terwee CB, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. Qual Life Res. 2005;14:1203-18.
 27. Beck JR, Shultz EK. The use of relative operating characteristics (ROC) curves in test performance evaluation. Arch Lab Pathol Med. 1986;110:13-20.
 28. Steer RA, Beck AT, Brown GK. Factors of the Beck Hopelessness Scale: Fact or artifact? Multivariate Exp Clin Res. 1997;11:131-44.
 29. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999;156:181-9.
 30. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults [monografía en Internet]. Filadelfia: Universidad de Pensilvania [consultado 11 Nov 2016]. Disponible en: <http://sbsrvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf>
 31. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Meltzer H, Pfeffer CR, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2004;161:776.
 32. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steet RA. Relations hip between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990;147:190-5.