



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Validación de la versión en español de la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio)



Susana Al-Halabí^{a,b}, Pilar A. Sáiz^{a,b,c}, Patricia Burón^{a,b}, Marlén Garrido^b,
Antoni Benabarre^{a,d}, Esther Jiménez^d, Jorge Cervilla^{a,e}, María Isabel Navarrete^{a,e},
Eva M. Díaz-Mesa^{a,c}, Leticia García-Álvarez^{a,c}, José Muñoz^{b,f}, Kelly Posner^g,
María A. Oquendo^g, María Paz García-Portilla^{a,b,c,*} y Julio Bobes^{a,b,c}

^a Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España

^b Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Oviedo, España

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^d Unitat de Trastorn Bipolar, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^e Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada, Granada, España

^f Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^g Departamento de Psiquiatría, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, Nueva York, NY, Estados Unidos

Recibido el 28 de julio de 2015; aceptado el 11 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 2 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Ideación suicida;
Conducta suicida;
Columbia-Suicide
Severity Rating Scale;
Propiedades
psicométricas;
Evaluación

Resumen

Objetivo: Examinar las propiedades psicométricas de la versión en español de la escala C-SSRS (Sp-CSSRS).

Método: Estudio de validación naturalista, transversal y multicéntrico. Muestra: 467 pacientes psiquiátricos ambulatorios (242 con tentativa de suicidio previa). Instrumentos: C-SSRS; Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS); Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; Escala de Gravedad Médica de la Tentativa (MDS).

Resultados: *Validez del constructo:* el coeficiente de Pearson entre la subescala de gravedad (C-Grave) y la de intensidad (C-Int) de la Sp-C-SSRS fue 0,44 ($p < 0,000$). El coeficiente de Pearson entre C-Grave y el ítem 3 de la HDRS fue 0,56 ($p < 0,000$). Para la submuestra de pacientes con tentativa de suicidio previa, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre C-Grave y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck ($r = 0,22$; $p = 0,001$). *Validez discriminante:* se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de C-Grave y de C-Int entre pacientes con tentativa de suicidio y sin ella ($p < 0,000$). La puntuación

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albert@uniovi.es (M.P. García-Portilla).

de la C-Grave clasificó adecuadamente a los pacientes en función de su puntuación en el ítem 3 de la HDRS ($p < 0,009$). *Sensibilidad al cambio*: la regresión lineal mostró que la disminución de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con la disminución de 5,08 unidades en la C-Grave ($p = 0,141$). El cambio de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con un cambio de 13,51 unidades en la C-Int ($p = 0,007$). El *alfa de Cronbach* fue 0,53. El análisis factorial de la C-Int identificó 2 componentes que explicaron el 55,66% de la varianza total. *Conclusión*: La Sp-C-SSRS es un instrumento fiable y válido para evaluar la ideación y la conducta suicidas en la práctica clínica y en contextos de investigación.

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

KEYWORDS

Suicidal ideation;
Suicidal behaviour;
Columbia-Suicide
Severity Rating Scale;
Psychometric
properties;
Assessment

Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Abstract

Objective: To examine the psychometric properties of a Spanish version of the C-SSRS (Sp-CSSRS).

Method: Data are from a naturalistic, cross-sectional, multicentre, validation study, including 467 psychiatric outpatients, 242 of whom had a history of suicide attempt. The study measures were: C-SSRS; the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); the Beck Suicide Intent Scale; the Medical Damage Scale.

Results: *Construct validity*: Pearson coefficient between the C-SSRS severity (C-Sev) and intensity (C-Int) of ideation subscale scores was 0.44 ($P < .000$) for the total sample. Likewise, Pearson coefficient between C-Sev score and HDRS item 3 was 0.56 ($P < .000$). For the sub-sample of patients with suicide attempt, significant Pearson correlations were found between the C-Sev and the Beck Suicide Intent Scale scores ($r = 0.22$; $P = .001$). *Discriminant validity*: Significant differences were found in C-Sev and C-Int scores between patients with and without suicide attempt ($P < .000$). The C-Sev score discriminated between patients based on HDRS item 3 ($P < .009$). *Sensitivity to change*: Linear regression showed that a one-unit decrease in HDRS item 3 corresponded to a decrease of 5.08 units in the C-Sev score ($P = .141$). A one-unit change in HDRS item 3 corresponded to a change of 13.51 on the C-Int assessments ($P = .007$). *Cronbach's alpha* was 0.53 for C-Int. The principal component analysis identified 2 components that explain 55.66% of the total variance (C-Int).

Conclusion: The data support that the Sp-C-SSRS is a reliable and valid instrument for assessing suicidal ideation and behaviour in daily clinical practice and research settings.

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

Introducción

El suicidio es un grave problema de salud pública y su reducción o prevención depende de la precisión con que se identifique a los pacientes en riesgo. El uso de un método de evaluación preciso de la ideación y la conducta suicidas puede ayudar a determinar de manera más exacta el riesgo en la práctica clínica y en contextos de investigación¹. Con todo, la evaluación del riesgo suicida es una tarea compleja. Uno de los problemas más frecuentes que surge en la evaluación del riesgo es la imposibilidad de legitimar de manera adecuada las observaciones y juicios clínicos². Además, aún no se ha incorporado a la práctica clínica diaria el uso de escalas psicométricas para evaluar la conducta suicida³. De hecho, una encuesta realizada a 400 psiquiatras mostró que solo el 10% utiliza habitualmente cuestionarios y escalas estructuradas para evaluar el riesgo de suicidio⁴.

Un examen completo del estado mental que no solo se fije en la situación actual, sino que también incluya preguntas sobre conducta suicida en el pasado es valioso desde el punto de vista preventivo, especialmente porque una

tentativa de suicidio previa es el factor de riesgo más fiable para un futuro intento de suicidio o una consumación del mismo⁵.

Para abordar tanto las incongruencias en la nomenclatura y su impacto en la identificación precisa del riesgo de suicidio como la necesidad de una medición para evaluar la gravedad de la ideación y la conducta suicidas, y para realizar el seguimiento de los cambios en estas, un equipo de investigadores desarrolló la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio») ⁶. La escala fue diseñada para: «i) ofrecer definiciones de ideación y conducta suicidas, conducta auto-destructiva no suicida, y las evaluaciones correspondientes; ii) cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, y medir su gravedad en determinados períodos; iii) distinguir entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida; y iv) emplear un formato intuitivo que permita la integración de información de múltiples fuentes». Estos criterios se consideran indispensables para juzgar la utilidad de las escalas de evaluación del suicidio y la C-SSRS cumple todos estos criterios^{6,7}.

Además, la C-SSRS también se ha utilizado en las visitas de los ensayos clínicos para evaluar todo el espectro de ideación y conducta suicida. También tiene criterios para derivación a salud mental que han mostrado suficiente poder predictivo⁶. La escala C-SSRS es el instrumento prospectivo equivalente al sistema de episodios adversos del *Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment* (C-CASA, Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio)⁸, encargado por la FDA. La clasificación de la tentativa de suicidio (TS) de C-CASA es necesaria en los ensayos clínicos del sistema nervioso central y de la obesidad⁶. La división de neurofarmacología de la FDA ha solicitado específicamente que cualquier instrumento usado de forma prospectiva para supervisar las visitas de los ensayos debería hacer referencia a las definiciones de TS de C-CASA. La C-SSRS es la única escala que actualmente se considera adecuada para hacerlo⁷ y así lo ha aprobado la FDA para la supervisión prospectiva⁹.

La C-SSRS no ha sido validada en español, el tercer idioma más hablado en el mundo. El objetivo de este estudio fue traducir y validar la versión en español de la C-SSRS para facilitar su uso y para analizar sus propiedades psicométricas (fiabilidad, validez del constructo, validez discriminante y sensibilidad al cambio) en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Métodos

Diseño y participantes

Los datos proceden de un estudio de validación naturalista con un seguimiento a 3 meses en 3 centros (Oviedo, Barcelona y Granada). La evaluación inicial se llevó a cabo desde enero a diciembre de 2012, mientras que la del seguimiento a 3 meses se prolongó hasta finales de marzo de 2013. Fue aprobado por el comité de ética de investigación clínica de uno de los centros (Universidad de Oviedo) y se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki revisada en 1983. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes antes de la inscripción.

La muestra inicial estaba compuesta por un total de 467 pacientes psiquiátricos ambulatorios: 242 pacientes con antecedentes de conducta suicida y 225 pacientes sin antecedentes de TS. Solo uno de los centros pudo realizar el seguimiento a 3 meses ($n = 61$).

Los criterios de elección para la inclusión en el grupo de conducta suicida fueron: 18 años de edad mínima, ambos sexos; consentimiento informado por escrito para participar en el estudio; actualmente en tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

Intervenciones y mediciones del estudio

La traducción y la adaptación cultural de la C-SSRS se realizaron de acuerdo con la normativa de la *International Test Commission*¹⁰⁻¹². En primer lugar, 2 psiquiatras españoles con dominio del idioma inglés tradujeron al español el instrumento original. La versión en español se envió a los autores originales de la C-SSRS para que volvieran a traducir el instrumento al idioma original y aprobaran la versión final en español. Debe tenerse en cuenta que uno de los autores

originales es bilingüe. La versión final en español se envió a todos los psiquiatras participantes en el estudio para que dieran su opinión sobre la redacción de las diversas preguntas. Por último, se hizo una prueba piloto con la versión en español y se administró a 10 pacientes para evaluar la comprensibilidad de la C-SSRS en español (Sp-C-SSRS).

Se obtuvieron los datos personales y la información clínica sobre diagnóstico, medicación y uso de medicamentos de cada paciente. El mismo médico realizó todas las evaluaciones al inicio y en el seguimiento a 3 meses. Se incluyó a 61 pacientes con historia de TS al inicio del estudio y en el seguimiento a 3 meses. Las TS previas fueron registradas mediante las historias clínicas.

- La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el periodo de evaluación⁶. Por tanto, se miden 4 constructos. El primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una subescala en la que se evaluaron con una escala nominal tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos⁶.
- La *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS, «Escala de Hamilton para la Depresión») es un cuestionario de 17 ítems que debe ser utilizado por un clínico para determinar la gravedad de la depresión, con puntuaciones de 0 (sin depresión) a 52 (depresión muy grave). Evalúa los síntomas depresivos, como la conducta y la ideación suicidas (ítem 3). El evaluador introduce un número para cada constructo de síntomas que va desde 0 (no está presente) hasta 4 (síntomas extremos)¹³. La HDRS ha sido validado en español¹⁴. Las versiones de 6, 17 y 21 ítems de la HDRS en español demostraron una validez discriminante adecuada según las puntuaciones de la *Clinical Global Impression*. Se encontró una coherencia interna adecuada, con valores de alfa (α) de Cronbach que oscilan entre 0,6 y 0,7, y la fiabilidad interobservador y el test-retest fueron buenos¹⁴.
- La *Beck Suicide Intent Scale* (SIS, «Escala de Intencionalidad Suicida de Beck») es un cuestionario de 15 ítems que debe ser utilizado por un clínico y creada para evaluar la gravedad del intento suicida asociado con un episodio de autolesión deliberada¹⁵. Cada ítem se puntúa entre 0 y 2, y la puntuación total abarca un intervalo de 0-30. El cuestionario se divide en 2 secciones: los

primeros 8 ítems evalúan las circunstancias objetivas de la TS (parte 1), mientras que los restantes 7 elementos (parte 2) se basan en la reconstrucción de los sentimientos y los pensamientos en el momento del acto por parte del propio paciente. La SIS ha sido validada en español¹⁶. La coherencia interna de la SIS total en español fue $\alpha = 0,8$. El análisis factorial de la SIS en español produjo una solución de 2 factores: las subescalas de letalidad esperada y planificación. La consistencia interna de ambas subescalas fue excelente ($\alpha = 0,8$) y buena ($\alpha = 0,7$), respectivamente¹⁶.

- La *Medical Damage Scale* (MDS, «Escala de Gravedad Médica») es un cuestionario de un ítem creado para puntuar de 0 (ninguno) a 8 (muerte) el daño médico (letalidad) de una TS¹⁷. Una puntuación de la MDS ≥ 4 se ha utilizado para definir el daño médico grave, ya que significa que las consecuencias médicas eran tales que el paciente necesitaba tratamiento hospitalario. No hay ninguna versión validada en español.

Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron con la SPSS® 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). El nivel de significación bilateral utilizado fue 0,05. Se compararon los datos personales y clínicos de quienes intentaron suicidarse con los de aquellos que no lo intentaron usando la prueba de χ^2 o *t* de Student, según procediera.

La *coherencia interna* de la subescala de ideación de la Sp-C-SSRS se evaluó mediante el coeficiente α de Cronbach. Según lo indicado por los autores originales de la C-SSRS, las subescalas de gravedad y conducta suicida utilizan una escala ordinal y, por tanto, no están sujetas a análisis de consistencia interna⁶.

La *validez de constructo* se evaluó mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson entre la puntuación de la subescala gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y: (1) la puntuación de la Sp-C-SSRS para la intensidad de la ideación, y (2) la puntuación del ítem 3 de la HDRS (relacionado con el suicidio). En la submuestra de pacientes con TS, se calcularon las correlaciones de Pearson entre la puntuación de la gravedad de la ideación y el total de puntuaciones de la SIS y la MDS.

Para el análisis de la estructura dimensional de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS se utilizó el análisis de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios empleados para determinar el número de componentes que debían extraerse fueron la regla de Kaiser, la gráfica de sedimentación (*screen plot*) y la interpretación de los componentes.

Se calculó la *validez discriminante* para comprobar si la Sp-C-SSRS discriminaba entre pacientes con conducta suicida y pacientes sin ella. Para el análisis de la *validez discriminante*, los pacientes se clasificaron en 2 grupos según la presencia de TS, y la prueba de la *t* de Student se calculó para las puntuaciones de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS. Asimismo, se calculó la *t* de Student para identificar diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de letalidad de la conducta suicida de la Sp-C-SSRS (daño médico) de acuerdo con el punto de corte de la MDS (< 4 o ≥ 4). En cuanto a la gravedad de la ideación suicida, se calculó una ANOVA con una prueba *post-hoc* de

Duncan entre las puntuaciones de la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y el ítem 3 de la HDRS.

Para evaluar la *sensibilidad al cambio* se realizaron 2 modelos de regresión lineal con el ítem 3 de la HDRS como variable independiente. Las variables dependientes de cada modelo fueron las puntuaciones de la subescala de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS, respectivamente. También se realizaron dos modelos de interacción para estudiar las variaciones de las puntuaciones del ítem 3 de la HDRS -desde la evaluación basal hasta el seguimiento 3 meses- en función de las subescalas de gravedad e intensidad de la Sp-C-SSRS.

Resultados

Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes

La [tabla 1](#) muestra los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra completa y dividida por la presencia de TS. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con una historia de TS y aquellos sin ella en las siguientes variables: edad ($t = 6,2$; $p < 0,000$), estado civil ($\chi^2 = 19,4$; $p = 0,003$), nivel académico ($\chi^2 = 31,2$; $p < 0,000$) y situación laboral ($\chi^2 = 20,6$; $p = 0,008$). También se encontraron diferencias significativas tanto en la puntuación total de la HDRS como en el ítem 3 ($p < 0,000$) y en las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS ($p < 0,000$).

Propiedades psicométricas

Consistencia interna

La fiabilidad según la consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,53 en la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS.

Validez de constructo

Los coeficientes de la correlación de Pearson entre la puntuación de la subescala de gravedad y la de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS fueron 0,44 ($p < 0,000$) en la muestra total, 0,42 ($p < 0,000$) en los pacientes con TS y 0,19 ($p = 0,026$) en aquellos sin TS. Respecto a la puntuación de la subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS y del ítem 3 de la HDRS, los coeficientes de Pearson fueron 0,56 ($p < 0,000$), 0,20 ($p = 0,002$) y 0,57 ($p < 0,000$), respectivamente, en la muestra total, en los pacientes con TS y en aquellos sin TS. En la submuestra de pacientes con TS se encontraron correlaciones de Pearson significativas entre la subescala de la gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y las puntuaciones de la SIS ($r = 0,22$; $p = 0,001$). En la MDS, el coeficiente de Pearson no fue estadísticamente significativo ($r = 0,11$; $p = 0,076$). En este caso, empleamos datos provenientes de 230 evaluaciones, en lugar de 242.

Para identificar la estructura interna subyacente de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS se realizó el análisis de componentes principales con rotación Varimax. La medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,619, lo que indicó que los datos eran adecuados para el análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < 0,001$), lo que confirma que las variables estaban correlacionadas y, por tanto, eran adecuadas para la factorización. El análisis de componentes

Tabla 1 Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra y por existencia o ausencia de tentativa de suicidio

	Total de la muestra n = 467	Existencia de TS n = 242	Ausencia de TS n = 225
<i>Edad en años, media (DE)</i>	46,93 (14,98)	42,9 (13,9)	51,2 (14,9)
<i>Estado civil, n (%)^a</i>	181 (38,8)	84 (34,7)	97 (43,1)
Soltero	122 (26,1)	65 (26,8)	57 (25,3)
Casado/juntado	214 (45,8)	98 (40,4)	116 (51,5)
Separado/divorciado	95 (20,3)	65 (26,8)	30 (13,3)
Viudo	32 (6,9)	11 (4,5)	21 (9,3)
<i>Nivel académico, n (%)^a</i>			
Primaria		86 (35,5)	80 (35,5)
Secundaria	166 (35,5)	119 (49,1)	71 (31,5)
Universidad	190 (40,7)	27 (11,1)	61 (27,1)
<i>Situación laboral, n (%)^a</i>	88 (18,8)		
Activo		55 (22,7)	43 (17,7)
Sin trabajo ^b	98 (21,0)	123 (50,8)	101 (41,7)
Discapacitado (permanente o temporalmente)	224 (47,9); 133 (28,5)	59 (24,3)	74 (30,5)
<i>Diagnóstico, n (%)^c</i>		74 (30,5)	113 (50,2)
Trastornos depresivos	187 (40,0)	12 (4,9)	112 (49,8)
Trastorno bipolar	124 (26,6)	23 (9,3)	-
Trastorno de la personalidad	23 (4,9)	27 (11,1)	-
Trastornos de ansiedad	27 (5,7)	106 (43,8)	-
Otros	106 (22,7)	16,25 (6,6)	10,2 (7,6)
<i>HDRS, media (DE)</i>	13,4 (7,7)	2,8 (1,5)	0,4 (0,7)
Ítem 3 de la HDRS (relacionado con el suicidio)	1,6 (1,7)	15,2 (5,1)	n/a
<i>SIS, media (DE)</i>	-	3,3 (1,8)	n/a
<i>MDS, media (DE)</i>	-		
<i>Sp-C-SSRS, media (DE)</i>		3,1 (1,8)	1,0 (1,1)
Subescala de gravedad de la ideación	2,1 (1,8)	15,2 (4,4)	12,2 (4,5)
Subescala de intensidad de la ideación	14,1 (4,6)	1,5 (0,8)	n/a
Letalidad de la conducta suicida real	-		

DE: desviación estándar; HDRS: Escala de Hamilton para la Depresión; MDS: Escala de Gravedad Médica; n/a: no aplicable; SIS: Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; Sp-C-SSRS: Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (versión en español); TS: tentativa de suicidio.

p < 0,05.

Los datos en negrita muestran las diferencias significativas.

^a Debido a la falta de disponibilidad de algunos datos es posible que los porcentajes no sumen exactamente el 100%.

^b Sin trabajo incluye: jubilado, parado y otros.

^c Los trastornos afectivos solo se incluyeron como grupo control no suicida.

principales identificó dos componentes que explican el 55,66% de la varianza total (los factores de carga se muestran en la [tabla 2](#)). El primer componente incluyó los 3 primeros ítems y explicó el 31,66% de la varianza total. El

segundo componente incluyó los ítems 4 y 5 y explicó el 23,97% de la varianza total.

Tabla 2 Análisis de los componentes principales, rotación Varimax (n = 467)

Ítems	Componentes	
	I	II
1	0,81	
2	0,77	
3	0,54	
4		0,71
5		0,69
Varianza explicada (%)	31,68	23,97

Validez discriminante

La [tabla 3](#) muestra los resultados de los análisis realizados para calcular la validez discriminante. Las puntuaciones de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS discriminaban entre pacientes con TS y sin ella. Aparte de ello, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS con TS y sin ella (p < 0,000). Además, la puntuación de letalidad de la conducta suicida de la Sp-C-SSRS discriminaba entre los diferentes niveles de letalidad médica según las puntuaciones de la MDS (n = 230). Asimismo, aquellos con puntuaciones altas de la MDS basadas en el punto de corte presentaban diferencias significativas en la puntuación de letalidad de la conducta suicida de la Sp-C-SSRS en comparación con los que tenían puntuaciones bajas de la MDS. Del mismo modo, la puntuación de la

Tabla 3 Validez discriminante de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio en español (Sp-C-SSRS)

Sp-C-SSRS	Existencia de TS (n = 242)		Ausencia de TS (n = 225)		t de Student	p	
Gravedad de la ideación	3,1 (1,8)		1,0 (1,1)		-14,9	0,000	
Intensidad de la ideación	15,2 (4,4)		12,2 (4,5)		-5,9	0,000	
	Gravedad baja MDS < 4 (n = 140)		Gravedad alta MDS ≥ 4 (n = 90)				
Letalidad de la TS	1,3 (0,7)		1,8 (0,9)		-4,4	0,000	
Ítem 3 de la HDRS (relacionado con el suicidio)							
	Ausente (n = 25)	La vida no vale la pena (n = 44)	Deseos de morir (n = 22)	Ideas o gestos suicidas (n = 10)	Tentativas de suicidio (n = 141)	ANOVA valor F	p
Gravedad de la ideación	1,9 (1,9)	2,9 (1,6)	3,0 (1,6)	3,5 (1,6)	3,3 (1,8)	3,4	0,009 ^a

HDRS: Escala de Hamilton para la Depresión; MDS: Escala de Gravedad Médica; TS: tentativa de suicidio.

Datos expresados como promedio (desviación estándar).

p < 0,05.

^a Prueba de Duncan: «ausente» y «la vida no vale la pena» difieren de «deseos de morir», «ideas o gestos suicidas» y «tentativas de suicidio».

subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS discriminó entre los pacientes de cada grupo de gravedad según la HDRS (ítem 3 relacionado con el suicidio).

Sensibilidad al cambio

La regresión lineal mostró que entre quienes intentaron suicidarse, una disminución de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con una disminución de la puntuación de la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS de 5,08 unidades (p = 0,141). Del mismo modo, un cambio de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con un cambio de 13,51 en las valoraciones de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS (p = 0,007). Las gráficas de interacción mostraron que las puntuaciones promedio de las subescalas de gravedad y de intensidad de la ideación respondieron de manera similar al cambio en el ítem 3 de la HDRS: en la submuestra de quienes intentaron suicidarse, una disminución de 1,66 puntos en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con una disminución de 1,62 puntos en la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y con una disminución de 2,21 puntos en la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS (figs. 1 y 2).

Discusión

La conducta suicida es un importante problema de salud pública y el desarrollo de métodos válidos para identificar a pacientes con un riesgo muy elevado de presentar conducta suicida tiene importantes implicaciones en la investigación y en la prevención del suicidio¹. No obstante, el papel de la empatía es fundamental al evaluar y tratar a individuos suicidas¹⁸.

Encontramos que la Sp-C-SSRS presentó validez convergente y divergente adecuada, adecuada sensibilidad al cambio, así como una aceptable consistencia interna de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación, lo que

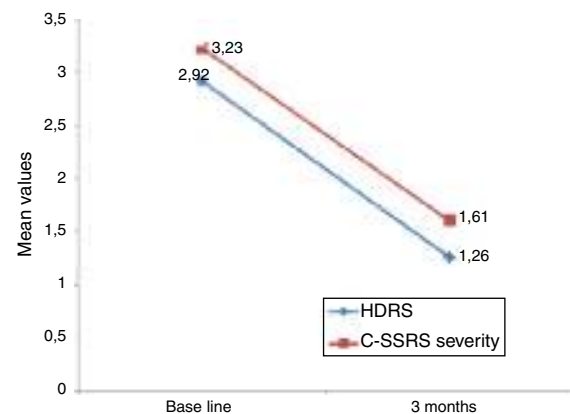


Figura 1 Valores promedio de la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y el ítem 3 (relacionado con el suicidio) de la HDRS durante un seguimiento a 3 meses (p < 0,05).

corroborar que la Sp-C-SSRS es un instrumento fiable y válido para evaluar la ideación y la conducta suicidas en la práctica clínica diaria y en contextos de investigación.

Hay muchas escalas y medidas que cuantitativa y cualitativamente miden la existencia de ideación, intención y motivación suicidas, así como la intensidad, la duración, la frecuencia y las consecuencias de las TS¹⁹. Incluso cuando se utilizan las mismas medidas entre estudios y entre poblaciones –como en este estudio–, los investigadores a menudo asumen que todos los encuestados basan sus respuestas en las mismas conceptualizaciones y definiciones de términos relacionados con el suicidio. El refinamiento de técnicas e instrumentos de investigación solo puede mejorar su eficiencia, eficacia, sensibilidad y especificidad cuando describen claramente las poblaciones y conductas estudiadas¹⁹. Además, una nomenclatura estandarizada conducirá a un conjunto estandarizado de preguntas para determinar la existencia o ausencia de pensamientos, motivaciones,

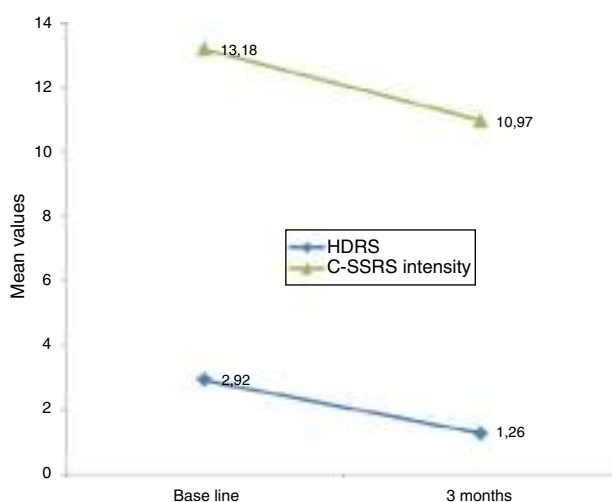


Figura 2 Valores promedio de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS y el ítem 3 (relacionado con el suicidio) de la HDRS durante un seguimiento a 3 meses ($p < 0,05$).

emociones y conductas suicidas. De hecho, Silverman et al.²⁰ crearon una nomenclatura con miras a su aplicación en la investigación clínica.

Posner et al.⁶ encontraron una buena consistencia interna en la subescala de intensidad de la ideación de la C-SSRS con valores de α de Cronbach que oscilaban entre 0,73 y 0,93. Sin embargo, en nuestro ejemplo, el valor del coeficiente de Cronbach de la subescala de intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS fue 0,53, por encima de lo que se consideraría inaceptable. Esta calificación refleja la baja fiabilidad interna y muestra que tal vez la intensidad de la ideación suicida es el aspecto más complejo o heterogéneo de la conducta suicida. En este sentido, cabe señalar que 3 de los ítems de la subescala de intensidad evalúan aspectos «cuantitativos» de la intensidad de la ideación, como frecuencia, duración y controlabilidad. Mientras tanto, los otros 2 ítems están más relacionados con cuestiones «cualitativas», como elementos de disuasión y motivos de ideación.

Respecto a esto, el análisis de componentes principales llevado a cabo en el total de la muestra confirma la existencia de 2 componentes. Las incoherencias encontradas en la fiabilidad interna pueden deberse a esta nueva solución de 2 componentes. Por lo que sabemos, no se había llevado a cabo anteriormente ningún estudio sobre este tema. Hemos podido obtener una solución de un solo componente a pesar de que los 2 componentes mostraron un mejor ajuste, como se muestra en la sección de resultados. Al examinar la solución de 2 componentes, observamos que el primero, que consistía en frecuencia, duración y controlabilidad, está más relacionado con las características de la ideación suicida, mientras que el segundo estuvo representado por aspectos cognitivos (contenido frente a contenido). Estos resultados evidencian la necesidad de realizar más investigación sobre la estructura de la subescala de intensidad de la C-SSRS.

Encontramos una baja validez interna en la subescala de intensidad de la ideación. Puesto que las muestras del estudio original⁶ y de este no son similares o comparables, se esperaba que los resultados difirieran un poco. Las muestras difieren en, al menos, 3 aspectos:

1. Edad: el estudio original⁶ se llevó a cabo con adolescentes, mientras que la media de edad de nuestra muestra es de casi 47 años. Se sabe que las puntuaciones tienden a estar menos dispersas en muestras de adolescentes que en otras muestras²¹. Además, el nivel académico y las características de la personalidad de los adolescentes frente a las de los adultos también han podido contribuir a estas diferencias.

2. Cultura: los constructos de individualismo y colectivismo se han investigado ampliamente²². La evidencia empírica apoya la idea de que los estadounidenses difieren en términos de individualismo y colectivismo de los habitantes de países mediterráneos (España). Estados Unidos ocupa el extremo individualista del espectro, mientras que España estaría en una posición intermedia. Sin embargo, los datos anteriores evidencian un posible papel del individualismo en el riesgo de suicidio en las sociedades occidentales²³.

3. Las mismas influencias culturales pueden haberse dado en el trabajo respecto a los clínicos que llevaron a cabo la evaluación, pudiendo haber producido también una validez interna más baja de la Sp-C-SSRS.

De hecho, las puntuaciones de gravedad e intensidad de la ideación no presentan coeficientes de correlación tan altos como se esperaba (de 0,44 a 0,19). Sin embargo, en el estudio inicial⁶, las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación de la C-SSRS estaban moderadamente correlacionadas (de 0,56 a 0,52). Las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de la Sp-C-SSRS fueron muy bajas en pacientes sin TS anterior (0,19). Tal vez, ello refleja la compleja relación entre gravedad e intensidad de la ideación suicida, que puede generar diferentes tipos de perfiles de pacientes (por ejemplo, pacientes con una puntuación alta en la subescala de intensidad de la ideación, pero sin plan específico ni intención de actuar, o pacientes con ideación suicida activa grave, pero con frecuencia, duración o controlabilidad bajas de esas ideas).

En cuanto a la validez de constructo, se encontró una moderada relación entre las puntuaciones de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS y el ítem 3 relacionado con el suicidio de la HDRS, lo que mostró una buena validez convergente de la muestra total. Sin embargo, esta correlación fue menor en pacientes con TS (0,20). Este hallazgo probablemente se debió al hecho de que la subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS ofrece una evaluación retrospectiva de la gravedad de la conducta suicida de toda la vida, mientras que el ítem 3 relacionado con el suicidio de la HDRS solo lo hace en relación con las últimas 2 semanas. En nuestro estudio, la mayor correlación que se encontró en la submuestra de pacientes sin TS apoyó esta hipótesis.

La subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS se correlacionó moderada pero significativamente con la SIS (este análisis se realizó solo en los pacientes con TS). Posner et al.⁶ también encontraron solo una moderada validez convergente entre las 2 medidas. Por consiguiente, se esperaba este hallazgo y probablemente se debió a la falta de superposición de ítems y a la diferente operacionalización del constructo⁶. Es decir, la subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS se diseñó para reflejar 5 tipos diferentes de ideación de creciente gravedad, mientras que la SIS se diseñó para medir la gravedad de la intención de cometer suicidio entre los pacientes que realmente habían intentado suicidarse.

Por otro lado, es esencial llevar a cabo análisis de validez divergente con medidas de otros constructos⁶. Se encontró que la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS discrimina entre los 5 niveles de las puntuaciones del ítem 3 de la HDRS relacionados con el suicidio en la dirección esperada. Los pacientes con mayor puntuación en el ítem 3 de la HDRS («ideas o gesto suicida» y «tentativas de suicidio») obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS, mientras que los pacientes con puntuaciones bajas en el ítem 3 de la HDRS («ausente», «la vida no vale la pena» y «deseos de morir») obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en esta subescala de la Sp-C-SSRS que los otros 2 grupos. Es digno de mención que la prueba *post-hoc* de Duncan estableciera una diferencia significativa precisamente entre la ideación (de «ausente» a «deseos de morir») y la conducta («gesto suicida» y «tentativas de suicidio»). Posner et al.⁶ también demostraron una fuerte validez divergente de la C-SSRS con algunos ítems de las escalas para la evaluación de la depresión (Inventario de Depresión de Beck y Escala de Depresión de Montgomery-Asberg).

Asimismo, la subescala de letalidad de la conducta suicida de la Sp-C-SSRS demostró una buena validez discriminante con el punto de corte de la MDS, de forma similar a los resultados de Posner et al.⁶, quienes encontraron una fuerte correlación entre estas 2 medidas.

En cuanto a la sensibilidad al cambio, Posner et al.⁶ encontraron que una disminución en la gravedad de la ideación (de «pensamientos suicidas activos» a «deseos de morir» o «sin ideación») estaba acompañada por la correspondiente disminución en la puntuación de la SIS, lo que evidencia que la subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS es sensible a los cambios clínicos. Nuestro estudio encontró que la disminución en las puntuaciones de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación de la Sp-C-SSRS se asociaron con una disminución en el ítem 3 relacionado con el suicidio de la HDRS. Sin embargo, se alcanzó significación estadística solo con la subescala de intensidad de la ideación. Estos datos demuestran que ambas subescalas de ideación del suicidio de la Sp-C-SSRS (es decir, subescalas de gravedad e intensidad) son sensibles a los cambios clínicos. La falta de concordancia entre los modelos de regresión lineal y las gráficas de interacción posiblemente puede deberse a la falta de poder estadístico asociado con el pequeño tamaño de la muestra utilizado en el estudio de seguimiento a 3 meses.

Cabe señalar algunas limitaciones de este análisis. En primer lugar, el diseño del estudio impedía el examen de otras propiedades psicométricas: i) ningún evaluador independiente evaluó la conducta suicida, por lo que no se pudo analizar la sensibilidad al cambio de la subescala de conducta suicida de la Sp-C-SSRS; ii) no se evaluó la fiabilidad interevaluador (los datos sobre la identidad de los clínicos no estaban disponibles), aunque los datos anteriores han demostrado una buena fiabilidad interevaluador de la escala original C-SSRS²⁴. En segundo lugar, solo se incluyó a pacientes con un diagnóstico actual de trastornos afectivos como grupo de control no suicida y solo se llevó a cabo un seguimiento a medio plazo. Para este seguimiento a 3 meses, solo se utilizaron la Sp-C-SSRS y la HDRS como medidas de evaluación, lo que limitó nuestra capacidad de llevar a cabo un estudio de validación más sólido. Además, el pequeño

tamaño de la muestra utilizado en el estudio de seguimiento puede limitar la potencia estadística para detectar la concordancia entre los análisis de regresión y las gráficas de interacción. Asimismo, los grupos de comparación (pacientes con TS y sin ella) no son totalmente similares en algunos datos sociodemográficos y clínicos, y solo se incluyen los trastornos afectivos en el grupo de quienes no intentaron suicidarse. Sin embargo, las diferencias demográficas entre quienes intentaron suicidarse y quienes no lo intentaron reflejan las características típicas de poblaciones con conducta suicida. En tercer lugar, quizás el ítem de suicidio de la HDRS (ítem 3) no sea el mejor comparador de la ideación suicida, ya que la máxima puntuación del ítem corresponde a la realización de una tentativa suicida. La Escala de Depresión de Montgomery-Asberg o incluso alguna pregunta aislada de otras escalas de evaluación hubieran resultado más interesantes para evaluar la ideación suicida. En cuarto lugar, la escala C-SSRS no evalúa realmente la intención, por lo que utilizar la SIS para determinar la validez de constructo de la submuestra de pacientes con TS quizá no sea la mejor opción. Sin embargo, la letalidad médica de una TS se asocia con frecuencia, pero no siempre, con la gravedad de la ideación. Además, se utilizaron versiones validadas en español de todas las medidas, excepto de la MDS, que no ha sido validada en español.

En conclusión, nuestros datos indican que la Sp-C-SSRS es un instrumento adecuado para la evaluación y la supervisión de la conducta y la ideación suicidas en pacientes psiquiátricos tanto en la práctica clínica como en contextos de investigación. El impacto de nuestros resultados es doble si tenemos en cuenta que la FDA requiere que en todos los ensayos clínicos relacionados con fármacos del sistema nervioso central se incluyan instrumentos de evaluación para la aparición de conducta e ideación suicida compatibles con el C-CASA (Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment)⁷.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El Ministerio de Economía y Competitividad financió parcialmente este trabajo (ayudas PI10/01632, PI080247 y PI1200906). La Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) financió a P. Burón con una beca predoctoral Severo Ochoa. El Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, IDIBAPS, financió a E. Jiménez con una beca predoctoral.

Conflicto de intereses

El Dr. Benabarre ha recibido una beca de investigación y trabajó como conferenciante de las siguientes empresas: Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag y Pfizer, y del Ministerio de Economía y Competitividad.

La Dra. Oquendo recibió derechos de autor por el uso de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio y ha recibido una retribución económica por parte de Pfizer por el estudio de seguridad de un centro clínico, ajeno a este estudio. Ha recibido becas educativas y honorarios por conferenciante de Astra-Zeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Otsuka, Pfizer, Sanofi-Aventis y Shire. Su familia es propietaria de acciones de Bristol-Myers Squibb.

La Dra. Posner ha recibido apoyo salarial de la *Research Foundation for Mental Hygiene*. Ha trabajado como directora del *Center for Suicide Risk Assessment*.

El resto de los autores declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Blasco-Fontecilla H, Artieda-Urrutia P, Berenguer-Elias N, García-Vega JM, Fernández-Rodríguez M, Rodríguez-Lomas C, et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? *Adicciones*. 2014;26:321–33.
2. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behavior. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8–23.
3. Saiz PA, Bobes J. Prevention of suicide in Spain: An uncovered need. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:1–4.
4. Xifró A, Suelves JM, Martín-Fumadó C, Gómez-Durán EL. Suicides and forensic pathology sources in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:46–7.
5. Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1383–4.
6. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multi-site studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266–77.
7. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide-Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1040–6.
8. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's paediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1035–43.
9. Hesdorffer DC, French JA, Posner K, DiVentura B, Pollard JR, Sperling MR, et al. Suicidal ideation and behavior screening in intractable focal epilepsy eligible for drug trials. *Epilepsia*. 2013;54:879–87.
10. Hambleton RK. Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. En: Hambleton RK, Merenda P, Spielberger C, editores. *Adapting educational and psychological test for cross-cultural assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers; 2005. p. 3–38.
11. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema*. 2013;25:151–7.
12. Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 506–20.
13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Psychiatr*. 1960;23:56–62.
14. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. [A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale] Spanish. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:693–700.
15. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, editores. *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press; 1974. p. 45–56.
16. Díaz FJ, Baca-García E, Díaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253:197–202.
17. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry*. 1975;132:285–7.
18. Pompili M. Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40:234–44.
19. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:248–63.
20. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:264–77.
21. Byrne BM, Campbell TL. Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: A look beneath the surface. *J Cross Cult Psychol*. 1999;30:555–74.
22. Oyserman D, Coon HM, Kemmelmeier M. Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychol Bull*. 2002;128:3–72.
23. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med*. 2002;55:1891–904.
24. Mundt JC, Greist JH, Gelenberg AJ, Katzelnick DJ, Jefferson JW, Modell JG. Feasibility and validation of a computer-automated Columbia-Suicide Severity Rating Scale using interactive voice response technology. *J Psychiatr Res*. 2010;44:1224–8.