

Evaluación de utilidad de la escala SAD PERSONS en la conducta médica en una unidad de salud mental

María Fernanda Caicedo Pérez¹

1. Médica psiquiatra – Egresada del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: mafecaicedo@gmail.com

Resumen

Introducción: Diversas herramientas se han diseñado para evaluar adecuadamente el riesgo suicida, sin embargo, ninguna abarca la complejidad del problema desde una mirada bio-psico- social. Dentro de dichos instrumentos se encuentra la escala Sad Persons que es utilizada para la evaluación del riesgo de suicidio.

Objetivo: El propósito del presente estudio fue probar la asociación entre el riesgo suicida medido por la escala Sad Persons y la indicación de hospitalización psiquiátrica en pacientes atendidos en una institución prestadora de servicios de salud mental.

Métodos: Estudio de casos y controles, pareado por edad y sexo. Recolección de información a través de revisión de registros médicos, identificando los factores que han sido asociados con el riesgo suicida, el resultado de la escala Sad Persons y la indicación clínica de hospitalización en la consulta de ingreso. Se realizó el análisis bivariado con las pruebas Chi cuadrado, exacta de Fisher, Rho de Spearman y U de Mann-Whitney de acuerdo con el tipo de variable. Análisis multivariado de regresión logística. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS® versión 22.

Resultados: Se recolectó una muestra de 266 registros, 133 casos y 133 controles, con una edad media de 40 años (+/-16). El 50,4% fueron de sexo masculino. El diagnóstico principal más frecuente fue el trastorno depresivo mayor (44,7%), seguido por los trastornos de ansiedad y el trastorno bipolar (22,9% y 22,6% respectivamente). Entre los diagnósticos, sólo la distribución de depresión fue similar entre casos y controles. Factores de riesgo individuales como presentar un plan elaborado de suicidio activo, la alteración en la esfera mental y carecer de una red de apoyo activa, mostraron tener asociación estadística como predictores de la decisión clínica de hospitalización ($p < 0,05$). El puntaje en la escala Sad Persons no mostró una asociación significativa con esta decisión ($p > 0,05$); sin embargo, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria.

Conclusión: No se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala Sad Persons como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. La decisión de la conducta psiquiátrica de hospitalización, se debe basar en el juicio clínico y la evaluación integral, desde un abordaje biopsicosocial.

Palabras clave: suicidio riesgo; evaluación, escala Sad Persons, hospitales psiquiátricos.

Summary

Introduction: Several tools have been designed to adequately assess suicide risk. However, none covers its complexity from a bio-psychosocial point of view. Among these instruments there the Sad Persons scale, which is used to assess suicide risk.

Objective: The purpose of the present study was to test the association between suicide risk, measured by the Sad Persons scale, and the indication for psychiatric hospitalization in patients attended in a mental health care institution.

Methods: Case-control study, matched by age and gender. Data collection was performed by medical records review, identifying the factors that have been associated with suicide risk, the result of the Sad Persons scale and the clinical indication of hospitalization in the admission consultation. Bivariate analysis was performed with Chi square, Fisher's exact, Spearman's Rho and Mann-Whitney U tests, according to the type of variable. Multivariate analysis with multivariable logistic regression. For the statistical analysis, the SPSS® version 22 program was used.

Results: A sample of 266 records was collected, 133 cases and 133 controls. The mean age was 40 years (+/- 16), 50.4% were male. The most frequent diagnosis was major depressive disorder (44.7%), followed by anxiety disorders and bipolar disorder (22.9% and 22.6% respectively). Among diagnoses, only the distribution of depression was similar between cases and controls. Individual risk factors such as a structured plan for active suicide, mental sphere alterations and the lack of an active support network were shown to have a statistical association as predictors of the clinical decision to hospitalize ($p < 0.05$). The score on the Sad Persons scale did not show a significant association with this decision ($p > 0.05$); however, it was evidenced that the higher the score, the longer the length of hospital stay.

Conclusion: There was not enough evidence to support the use of the Sad Persons scale as a predictor or as an instrument to establish the need for psychiatric hospitalization. The decision of the psychiatric hospitalization must be based on clinical judgment and comprehensive evaluation, from a biopsychosocial approach.

Keywords: suicide risk; evaluation, Sad Persons scale, psychiatric hospitals.

Introducción

El suicidio es una causa significativa de mortalidad a nivel mundial, constituyéndose en un problema para la salud pública (1). Además, es la segunda causa de muerte en el mundo entre personas de 15 a 29 años de edad (2). En el informe Atlas de la Organización Mundial de la Salud (2) se determinó que en el año 2012 se presentaron 804.000 muertes re-

lacionadas con esta causa, evidenciando una tasa global estandarizada por edad de 11,4 por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, se estima que por cada muerte por esta causa existen entre 10 a 20 intentos de suicidio (2). Esto representa un impacto directo en la salud mental, el bienestar de una sociedad y la economía, cuantificada en años de vida

perdidos por mortalidad prematura (3). En Colombia, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) se calculó una tasa de suicidio de 2 a 4 por cada 100.000 habitantes (4).

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen los principales factores de riesgo de suicidio, llegando a tener una asociación hasta de 90% (5). Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo también interactúan, aumentando la vulnerabilidad de una persona a un comportamiento suicida (5), por lo que la conducta suicida se podría conceptualizar desde las interacciones entre los factores dependientes, eventos vitales y los rasgos de personalidad (5).

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados y de las distintas estrategias implementadas, la prevención, evaluación y pronóstico del suicidio han sido insuficientes ante este fenómeno complejo (6). Como parte de las políticas de salud en Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 promueve la formulación de estrategias que garanticen la detección temprana donde se incluye al suicidio entre los eventos de interés para la salud mental (7).

Dentro de las herramientas o instrumentos de detección y prevención se encuentra la escala Sad Persons la cual es utilizada para la evaluación del riesgo de suicidio en contextos clínicos y educativos (8). Otros diversos instrumentos

se han diseñado para evaluar adecuadamente el riesgo suicida, utilizando diferentes modelos, dirigidos a valorar el riesgo actual y el riesgo potencial. A pesar de esto, algunos clínicos no los usan debido a una sobre-confianza en la entrevista clínica y a la percepción que el instrumento no capturaría los aspectos esenciales de la experiencia suicida del paciente (9). Incluso, estudios como uno realizado en el departamento de psicología de la Universidad Católica de Washington llegaron a demostrar que la evaluación del riesgo de forma empírica por el profesional de salud resulta estar condicionada por la experiencia suicida subjetiva del evaluador (10).

Los múltiples instrumentos para evaluar el riesgo suicida, van desde las entrevistas estructuradas y auto-reportes, hasta las evaluaciones clínicas. Muchos de estos instrumentos permiten predecir el riesgo de muerte por suicidio; sin embargo, la gran mayoría se centran en el riesgo a largo plazo, tiempo que resulta impráctico en los servicios de urgencias o consulta prioritaria. Sólo algunos estudios evalúan la utilidad de estos instrumentos a corto plazo (Bernard P, suicide screening tool).

En la actualidad, los modelos de evaluación del riesgo pueden ofrecer una mejor guía a la comprensión y valoración de este fenómeno (6,11). En contraste, algunos estudios no son concluyentes frente al uso de instrumentos para la evaluación o la predicción de la conducta suicida. Sin embargo, estos estudios fueron realizados por personal de salud sin formación en psiquiatría (8,12).

Predictores de la ideación Suicida

Una gran cantidad de investigaciones se han centrado en la determinación del riesgo significativo y los factores de protección que predicen la ideación suicida. Sin embargo, el proceso de suicidio, especialmente ideación suicida, es complejo. Hay numerosos factores de riesgo y de protección que se cree están asociados a la ideación suicida, intentos y su realización, que de alguna manera permiten identificar las personas que corren un mayor riesgo de ideación suicida. Lo anterior podría permitir intervenir tempranamente para evitar que el proceso de suicidio progrese más allá de la ideación suicida (13,14).

Varios estudios han encontrado múltiples factores de riesgo asociados con el suicidio, como: la depresión, la etnia, el nivel socioeconómico de la familia, el comportamiento suicida previo, la ansiedad, la desesperanza, el consumo de sustancias, los problemas en las relaciones familiares, las conductas agresivas, la impulsividad, el abuso sexual, los acontecimientos estresantes de la vida, las débiles habilidades de afrontamiento, la exposición al suicidio, la baja autoestima, la orientación homosexual o bisexual, la falta de comunicación con los miembros de la familia, los problemas financieros, algunos factores de personalidad, la agresión, el rendimiento académico y las pobres relaciones con los compañeros (15,16,17).

Algunos autores consideran primordial examinar el papel de las actitudes suicidas en la predicción de la ideación suicida. Actitudes suicidas, especialmente el grado en que una persona cree en el suicidio como solución o acción aceptable, se

han relacionado con el comportamiento real de suicidio, incluyendo intentos de suicidio y suicidio consumado (18).

Stack y Wasserman (19) proporcionan evidencia de que las personas que mantienen actitudes relacionadas con la intención clara de suicidio, tienen un riesgo mayor que el promedio de personas con ideas suicidas. Otras investigaciones han encontrado que las personas que aprueban el suicidio como solución, a menudo tienen niveles de ideación suicida más altos y un mayor riesgo de intentos de suicidio (18,20).

Factores demográficos

Actualmente, sabemos que los hombres tienen tres veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, pero las mujeres son mucho más propensas a intentar suicidarse (21). La investigación también ha demostrado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad y que las personas de raza blanca tienen el doble de probabilidades de morir por suicidio, frente a otras razas (21).

El estudio realizado por Troister encontró que estar desempleado y viviendo solo se asoció con mayor riesgo de suicidio. Aunque este tipo de información puede verse como información de identificación y demográfica del paciente a la hora de la evaluación, representa una de las variables que los profesionales de la salud deben evaluar en la consulta (22).

Factores Psiquiátricos

La identificación de las variables psicológicas asociadas con tendencias suicidas representa una vía importante para

evaluar el riesgo, ya que estas variables pueden ser dirigidas durante las intervenciones y son más susceptibles de cambio. La presencia de un trastorno mental proporciona el contexto para una gran cantidad de intentos y suicidios. Los hallazgos de los Estados Unidos y Europa muestran que más del 90% de las personas que mueren por suicidio sufren de un trastorno mental o adictivo (21).

Tanto la esquizofrenia y el abuso de alcohol se asocian con mayores tasas de suicidio. El riesgo de vida de suicidio en la población general es de 1,4%, mientras que las tasas para las personas con esquizofrenia y alcoholismo son 10% y 3%, respectivamente. Los trastornos del estado de ánimo también son diagnósticos frecuentes en los pacientes que mueren por suicidio (21,22).

Dos estudios en particular, el de Beck & Lester (23) y el de de Minkoff, Berman & Beck (24), concluyeron que la desesperación era un factor mediador entre la depresión y las tendencias suicidas. Desde entonces, otros estudios han replicado estos resultados y concuerdan en que la desesperanza se correlaciona con altos niveles de ideación suicida, la intención y los suicidios consumados (25,26). Además, la desesperanza se ha relacionado con un aumento de los comportamientos suicidas en varias poblaciones, como los pacientes adolescentes psiquiátricos, los estudiantes universitarios (27), y pacientes geriátricos (28). Los resultados también sugieren que el aumento de riesgo de suicidio se relaciona con ideación suicida, la gravedad de la depresión y la desesperanza, pero que la desesperanza por sí sola, es más predictivo de comportamientos suicidas

que la depresión. De hecho, se ha encontrado que la desesperanza se asocia con la ideación suicida independientemente de la depresión (26).

En particular, los diagnósticos psiquiátricos de depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad se asocian consistentemente con el suicidio consumado (29,30).

También se han identificado factores específicos que están asociados con la ideación y comportamiento suicida. Conner et al. (29) concluyeron que cinco rasgos se han asociado constantemente con el suicidio consumado: impulsividad/agresividad, depresión, ansiedad, desesperanza y autoconciencia. En términos de predecir quién intentará suicidarse, la literatura sugiere consistentemente que el mejor predictor del futuro suicidio es el intento anterior. Adicionalmente, se deben considerar los niveles de depresión, el perfeccionismo, la desesperanza y el grado de letalidad como factores consistentemente asociados con mayores niveles de intención suicida (30).

Factores sociales

Durkheim, sostenía que las influencias sociales, como la religión, el matrimonio, las crisis políticas y nacionales, el grado en que la sociedad se ha desarrollado, la participación militar y las crisis económicas podrían de alguna manera explicar la variabilidad en el suicidio (32). Trout, revisó la literatura entre las teorías de suicidio y el aislamiento social y concluyó que el aislamiento social estaba relacionado con comportamientos

suicidas, al evidenciar que los individuos que completaron el suicidio reportaron mayores niveles de aislamiento social, especialmente antes de su muerte (33). La investigación también sugiere que otras influencias sociales están relacionados con comportamientos suicidas. Por ejemplo, las tasas de prevalencia sugieren que las personas solteras o que viven solas son más propensas al suicidio que las personas casadas y que los sentimientos de conexión pueden proteger a las personas de la conducta suicida (34).

Bagley y Ramsay, concluyeron que los individuos con fuertes valores religiosos tienden a reportar menos ideas suicidas (35). Otros estudios sugieren que una sociedad que aprueba el suicidio influye en el riesgo de intento de suicidio. Adicionalmente, sostienen que el rechazo actitudinal de suicidio puede convertirse en un factor de protección contra el riesgo de suicidio (36).

Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es un aspecto difícil y estresante para el clínico en la atención psiquiátrica. Los pacientes con riesgo inminente de suicidio por lo general requieren manejo especial en una unidad psiquiátrica. Excepcionalmente, pueden ser tratados ambulatoriamente, siempre y cuando se aseguren condiciones de soporte adecuadas y un lugar con medidas de seguridad para la integridad del paciente. La decisión de hospitalizar un paciente potencialmente suicida es compleja, por lo que se requiere una historia clínica psiquiátrica completa, que incluya la exploración psicopatológica y valoración de los factores de riesgo de suicidio individuales (37).

Evaluación de los factores de riesgo

Según lo declarado por Beck, la evaluación del riesgo de suicidio requiere la utilización de un sistema adecuado de clasificación con distinciones apropiadas particularmente entre ideación suicida e intento de suicidio. El grupo de trabajo del Instituto Nacional de Salud (NIMH) Centro Mental de Estados Unidos para el estudio de la prevención del suicidio, desarrolló un sistema de clasificación tripartita que consiste en la ideación de suicidio, intento de suicidio y suicidio completo, a fin de aclarar la terminología y facilitar la investigación sobre el suicidio. Cada una de estas categorías se clasifica adicionalmente de acuerdo con la intención de suicidio, la letalidad del intento y el método (23).

La Escala de Beck (inventario de depresión de Beck) consta de 21 ítems. Cada uno describe una manifestación depresiva, que es autoevaluada por el paciente, quien debe escoger la respuesta que mejor se adapte a su situación actual, para evaluar la intensidad del síntoma. Se dan 4 opciones de respuesta, clasificadas según su severidad: ausente, leve, moderado y severo (38).

La escala propuesta por Cooper, conocida como MSHR (*The Manchester Self Harm Rule*), utiliza elementos dicotómicos sobre la demografía, factores de riesgo y factores de protección. La MSHR tiene una alta sensibilidad (correcta identificación de las personas con posible riesgo de autolesión), pero bajo especificidad (incorrecta identificación de quienes no están en riesgo) (39).

La Escala de Jobs, conocida como SSF (*Suicide Satatus Form*), es una medida

clínica derivada de los trabajos teóricos de Shneidman (dolor psicológico, agitación), Beck (desesperanza) y Baumeister (odio hacia uno mismo). Incluye la evaluación del comportamiento y los aspectos cognitivos. Desafortunadamente, su longitud y la inclusión de las respuestas cualitativas afectan directamente la cuantificación y evaluación de las respuestas (6).

La escala Sad Persons (SD) propuesta por Patterson et al. se basa en diez factores de riesgo relacionados directamente con intento de suicidio. El nombre de la escala es un acrónimo, donde cada letra representa cada uno de los diez factores de riesgo de suicidio.

Cada factor de riesgo presente se califica con un punto. La escala fomenta un formato de entrevista semiestructurado, vital para la evaluación de riesgo de suicidio (8). S: Sexo; A: Edad (Age); D: Depresión; P: Antecedente (Prior History); E: Abuso de Alcohol (Ethanol abuse); R: Psicosis (Rational thinking loss), S: Apoyo social inadecuado (Support system loss); O: Plan elaborado de suicidio (Organized plan); N: No pareja (No spouse); S: Comorbilidad médica (Sickness).

Diferentes estudios han evaluado la utilidad de esta escala para la admisión de pacientes en los servicios de urgencias. En un estudio del departamento de psiquiatría de la Universidad de Oxford identificaron una especificidad del 90% pero una sensibilidad menor al 10%, con una baja tasa de falsos positivos para la prevención, fallando en la identificación de la mayoría de los casos que requieren hospitalización por psiquiatría o prede-

cir que el evento se repita, por lo que no recomiendan su uso como prueba de tamización o clasificación (41).

A partir del mes de octubre del año 2014, el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat, como parte de sus procesos de calidad instauró el uso de la escala Sad Persons como una herramienta de apoyo para que los psiquiatras complementaran su evaluación y objetivizaran las impresiones clínicas que llevan a una hospitalización.

Por lo expuesto anteriormente, se hace necesario evaluar la utilidad de este instrumento frente a la identificación de los factores de riesgo que se deberían valorar y poner a consideración al momento de atender a un paciente en el servicio de urgencias para tomar una conducta médica, como lo es la admisión en una unidad de salud mental.

El propósito del presente estudio fue evaluar la utilidad de la escala Sad Persons para la estratificación del riesgo suicida y la necesidad de hospitalización psiquiátrica en pacientes que asistieron a la consulta no programada (prioritaria o de urgencias) de un centro de remisión de hospitalización psiquiátrica de la ciudad de Bogotá.

Métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional analítico retrospectivo, tipo casos y controles, pareado por edad, sexo y diagnóstico principal; con una razón caso-control de 1:1, mediante revisión documental de registros clínicos.

Se identificaron las características sociodemográficas de los individuos y se registraron los factores que han sido asociados con el riesgo suicida. Se incluyó la evaluación multiaxial, contemplada en el DSM-IV, para la adecuada distinción por ejes de los problemas psicológicos y ambientales, así como el nivel de funcionalidad, favoreciendo la comprensión en términos bio-psico-sociales de cada sujeto.

Además se registró la conducta médica tomada en términos de hospitalización, unidad de ingreso (en caso de admisión hospitalaria) y tipo de tratamiento indicado, con el propósito de evaluar aspectos de la decisión médica.

Población y muestra

La población se definió como todos los pacientes, mayores de 18 años, que consultan por síntomas agudos al servicio ambulatorio especializado de psiquiatría de la Clínica Montserrat (Bogotá, Colombia) durante el periodo comprendido entre el primero de octubre de 2014 hasta el 30 de octubre de 2015.

El tamaño de la muestra se calculó con para una población objeto N de 1.993 pacientes que consultaron en el periodo definido. Calculando un porcentaje de exposición (prevalencia) del 5% de riesgo de suicidio para cualquier enfermedad mental en el caso de los controles; una razón de caso – control de 1:1; un Intervalo de Confianza (IC) del 95% a dos colas; un error tipo α 0,05%, así como una precisión (poder) del 80%.

Se obtuvo una muestra (n) total de 266 individuos, distribuidos entre 133 casos y

133 controles. Esto permitió alcanzar una diferencia de 11% entre las proporciones de cada grupo, lo que equivale a comprobar la significancia de un OR de 3.

El cálculo de tamaño de muestra se llevó a cabo a través del programa Epi-info, versión 7, software de libre uso.

Los criterios de inclusión de los casos fueron: pacientes mayores de edad, que asistieron a la consulta especializada de psiquiatría de la Clínica Montserrat entre octubre de 2014 y octubre de 2015, que requirió hospitalización en unidad de salud mental.

Los criterios de inclusión de los controles fueron: pacientes mayores de edad, que asistieron a la consulta especializada de psiquiatría de la Clínica Montserrat durante el mismo periodo, pero que no requirieron hospitalización en unidad de salud mental.

Los controles fueron apareados por edad, considerando un rango de ± 5 años, sexo y diagnóstico principal.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con procedencia de otra institución de salud, traslado primario o con remisión de psiquiatra con indicación de hospitalización, pacientes con procedencia de la consulta externa de la Clínica Montserrat con indicación de hospitalización y paciente quienes no aceptaron la conducta médica propuesta en la consulta.

Procedimiento

La información se recolectó a través de la revisión de los registros de las historias

clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Se diseñó un formato de recolección de información en físico y una base de datos en el programa EXCEL®, donde se digitó la información capturada. Se mantuvo la confidencialidad de cada paciente eliminando datos de identificación y asignando un código de sujeto.

Según los objetivos del presente estudio, la variable dependiente es la conducta médica de hospitalización, que se entiende como la indicación de un psiquiatra durante la consulta no programada (prioritaria o de urgencias), de internar a un paciente en un hospital de salud mental.

Las variables independientes fueron: Variables sociodemográficas y clínicas; conducta médica indicada (hospitalización, unidad de ingreso e inicio de psicofármacos); y evaluación del riesgo suicida (medido mediante escala Sad Persons).

Para la calificación de la escala Sad persons se realizaron dos puntuaciones: la primera, registrada en la historia clínica del día de ingreso, ofrecida por el psiquiatra al momento de la evaluación y la segunda, calculada posteriormente a través de la suma de los elementos que conforman la escala.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS® versión 22, en el que se calcularon medias, medianas junto con sus respectivas medidas de dispersión en las

variables continuas; frecuencias y porcentajes, para las variables categóricas.

Se realizó análisis de normalidad a través de la prueba estadística de Kolmogorov - Smirnof para muestras mayores a 200 registros.

Se realizó un análisis bivariado para describir la relación entre la variable dependiente (hospitalización) y las variables de exposición (independientes), utilizando las pruebas estadísticas Ji cuadrado o test exacto de Fisher, según el comportamiento de cada variable.

Además se utilizó la prueba T de Student para el análisis de comparación de medias para variables con comportamiento normal, o la prueba U de Mann Whitney en caso de comportamiento no normal. Finalmente, se realizó un análisis multivariado a través de un modelo de regresión logística, con el método paso a paso hacia adelante, con aquellas variables que mostraron significancia en el análisis bivariado.

La medida de asociación a utilizar fue la razón de momios u Odds Ratio (OR). Se estableció un poder del 80%, un error tipo $\alpha < 0,05$, y unos intervalos de confianza al 95%.

Aspectos Éticos

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos establecidos para la investigación en humanos que se encuentran consignados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mun-

dial, así como la normatividad colombiana vigente en la resolución 8430 de 1993, que establece que por tratarse de un estudio documental retrospectivo, la considere una “investigación sin riesgo” (42).

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat.

Resultados

Se revisaron un total de 266 registros de pacientes (133 casos y 133 controles). El promedio de edad fue de 40 años (D.E. \pm 16 años) (Tabla 1).

Factores de riesgo para suicidio

Antecedentes

El 60% (n=160) de los sujetos evaluados tenían algún antecedente patológico, 56% (n= 151) antecedentes quirúrgicos, siendo similar la distribución entre casos y controles. Por el contrario, 195 individuos (73%) negaron antecedentes traumáticos.

Los antecedentes psiquiátricos estuvieron presentes en 77,4% (n= 206), dentro de los cuales se observaron: 41% (n=85) depresión mayor, 31% (n=63) trastorno

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas.

		Indicación de hospitalizar				Total	
		Si (casos)		No (controles)			
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexo	Masculino	67	(50,4)	67	(50,4)	134	(50,4)
	Femenino	66	(49,6)	66	(49,6)	132	(49,6)
Estado civil	Casado	26	(19,5)	44	(33,1)	70	(26,3)
	Separado	21	(15,8)	17	(12,8)	38	(14,3)
	Soltero	68	(51,1)	62	(46,6)	130	(48,9)
	Unión libre	12	(9,0)	7	(5,3)	19	(7,1)
	Viudo	6	(4,5)	3	(2,3)	9	(3,4)
Ocupación	Empleado	39	(29,3)	39	(29,3)	78	(29,3)
	Estudiante	25	(18,8)	34	(25,6)	59	(22,2)
	Independiente	13	(9,8)	15	(11,3)	28	(10,5)
	Ninguno	46	(34,6)	37	(27,8)	83	(31,2)
	Otro	10	(7,5)	8	(6,0)	18	(6,8)
Escolaridad	Bachillerato	58	(43,6)	58	(43,6)	116	(43,6)
	Especialización	16	(12,0)	16	(12,0)	32	(12,0)
	Primaria	10	(7,5)	5	(3,8)	15	(5,6)
	Profesional	43	(32,3)	46	(34,6)	89	(33,5)
	Técnico	6	(4,5)	8	(6,0)	14	(5,3)
Religión	Si	97	(72,9)	113	(85,0)	210	(78,9)
	No	36	(27,1)	20	(15,0)	56	(21,1)

bipolar, 14% (n=29) trastorno de ansiedad, 6% (n=13) esquizofrenia, entre otros trastornos mentales.

En cuanto al antecedente de hospitalización previa en unidad de salud mental, pese a que la mayoría reportaron negativo este antecedente (55%), la diferencia entre los casos y controles fue significativa ($p < 0,05$), observando que 74 casos (55%) refirieron haber estado hospitalizado previamente, en comparación con 44 controles (33,1%).

Por otra parte, frente al antecedente de intentos previos de suicidio, la mayoría de individuos (84%) negaron haber realizado cualquier tipo de intento autolítico, siendo mayor el porcentaje de pacientes con intentos previos en el grupo de los casos (21%) que en los controles (10%). El número total de intentos suicidas en los sujetos de toda la muestra varió entre uno y seis intentos.

Frente al consumo de psicofármacos, cerca al 70% (n= 186) de los individuos se encontraban recibiendo algún tratamiento médico de este tipo, siendo mayor 12 puntos porcentuales en los casos (75% vs 63%). De lo anterior, 105 sujetos se encontraban consumiendo antidepresivos en proporción similar entre casos y controles.

Como parte de estas condiciones previas relacionadas con la salud mental de los individuos, se exploró por antecedentes de violencia intrafamiliar, observando una proporción de 7,9% (n= 21) para la muestra general, siendo similar entre ambos grupos. Además, se indagó por antecedente personal de abuso sexual encontrándose 8 casos, distribui-

dos de manera homogénea entre ambos grupos.

En cuanto al consumo de sustancias, 22% (n=59) de los individuos presentó antecedente de consumo de alcohol, siendo mayor la proporción en los casos, en comparación con el 15,8% (n=42) que presentaron antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, donde nuevamente es mayor la proporción para el grupo de los casos ($p < 0,05$).

Del mismo modo se analizaron los antecedentes psiquiátricos familiares, observando una alta proporción de familiares con intentos previos de suicidio (7,9%), siendo su distribución similar entre casos y controles. Esto dentro del marco de un 53% (n= 143) de antecedentes de enfermedad mental en la familia, siendo mayor la proporción en los casos (57% frente a 49,6%) ($p < 0,05$).

Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo mayor en un 44,7% (n=119), seguido por el trastorno de ansiedad y el trastorno bipolar con un 22,9% y 22,6% respectivamente. No obstante, a pesar que la distribución fue similar para el diagnóstico de depresión, en el caso del trastorno de ansiedad la diferencia fue significativa entre los controles (39%) en comparación de los casos (6,8%) y por el contrario, en el caso del trastorno bipolar fue a favor de los casos con un 27% frente el 18% de los controles ($p < 0,05$).

En cuanto al riesgo psicosocial (eje IV en DSM-IV), se observó que 15% (n=40) de

los participantes presentó ausencia de red de apoyo, 6% factores estresantes de pareja y 2,6% de tipo económico.

En la funcionalidad global del paciente (eje V en DSM-IV), el promedio global fue de 58 (D.E. \pm 14), con un mínimo de 30 y máximo de 90. Se observó que el promedio en los pacientes que quedaron hospitalizados fue 47,8 (D.E. \pm 9) en comparación con 68 (DE \pm 10) entre los pacientes que fueron dados de alta ($p < 0,05$).

De igual manera, se evaluó el compromiso del pensamiento y la presencia de un plan activo de suicidio, evidenciando que el 18,4% ($n = 49$) presentaban compromiso del juicio o la esfera mental y 10% ($n = 27$) presentaron un plan suicida, observando, como era de esperarse, mayor proporción grupo de los casos (Tabla 2).

Frente al tratamiento, a 216 participantes se les indicó en la historia clínica manejo

exclusivo farmacológico, dos casos psicoterapia exclusiva y 40 terapia combinada (farmacológica y psicoterapéutica). Entre los pacientes hospitalizados los días de estancia promedio fue de 12,5 días (D.E. \pm 11 días).

Evaluación del riesgo suicida (Sad Persons)

Por un lado, el puntaje de Sad Persons registrado en la historia clínica, el promedio fue de 3,63 (D.E. \pm 1,4; mín:1, máx:8) para los pacientes hospitalizados, en comparación con 2,34 (D.E. \pm 0,9; min:1, max:5) para los no hospitalizados.

Por otro lado, el puntaje promedio de Sad Persons calculado electrónicamente fue de 4,19 (D.E. \pm 1,4; mín:1, máx:8) para los hospitalizados y de 3,14 (D.E. \pm 1,2; min:0, max:5) para los no hospitalizados.

Tabla 2. Resultados de evaluación psiquiátrica (factores de riesgo)

		Indicación de hospitalizar				Total	
		Si (casos)		No (controles)			
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Depresión mayor	Si	74	(55,6)	69	(51,9)	143	(53,8)
	No	59	(44,4)	64	(48,1)	123	(46,2)
Compromiso del pensamiento	Si	48	(36,1)	1	(0,8)	49	(18,4)
	No	85	(63,9)	132	(99,2)	217	(81,6)
Plan suicida	Si	27	(20,3)	0	(0,0)	27	(10,2)
	No	106	(79,7)	133	(100,0)	239	(89,8)
Eje III	Si	82	(61,7)	81	(60,9)	163	(61,3)
	No	51	(38,3)	52	(39,1)	103	(38,7)
Eje IV	Factores de pareja	8	(6,0)	8	(6,0)	16	(6,0)
	Económicos	3	(2,3)	4	(3,0)	7	(2,6)
	Red de apoyo activa	89	(66,9)	114	(85,7)	203	(76,3)
	Sin red de apoyo	33		7	(5,3)	40	(15,0)

Análisis bivariado

Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas debido al comportamiento no normal de las variables tanto desenlace como independientes.

Se encontró una correlación negativa entre el puntaje de funcionalidad del individuo (eje V) y con los días de estancia

hospitalaria ($p < 0,0001$) y con el puntaje de Sad Persons ($p < 0,0001$). También se encontró una correlación, pero directamente proporcional, entre el valor de la escala Sad Persons y los días de estancia hospitalaria ($p < 0,005$); sin embargo, esta correlación fue débil (Rho de Spearman $< 0,6$). No se encontró ningún tipo de correlación entre la edad y el resto de variables numéricas (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de correlación entre escala Sad Persons y variables numéricas independientes

		Edad	Eje V	Días de estancia	Sad Persons registrado	Sad Persons calculado
Edad	Coefficiente de correlación	1,000	0,021	0,028	0,043	-0,54
	Significancia bilateral (valor p)		0,731	0,652	0,488	0,382
	n	266	266	266	266	266
Eje V	Coefficiente de correlación	0,021	1,000	-0,684	-0,4	-0,358
	Significancia bilateral (valor p)	0,731		0,0001	0,0001	0,0001
	n	266	266	266	266	266
Días de estancia	Coefficiente de correlación	0,028	-0,684	1,000	0,384	0,306
	Significancia bilateral (valor p)	0,652	0,0001		0,0001	0,0001
	n	266	266	266	266	266
Sad Persons registrado	Coefficiente de correlación	0,043	-0,430	0,384	1,000	0,590
	Significancia bilateral (valor p)	0,488	0,0001	0,0001		0,0001
	n	266	266	266	266	266
Sad Persons calculado	Coefficiente de correlación	-0,54	-0,358	0,306	0,590	1,000
	Significancia bilateral (valor p)	0,382	0,0001	0,0001	0,0001	
	n	266	266	266	266	266

Se encontraron diferencias significativas entre casos y controles ($p=0,0001$) de las medianas de la escala de funcionalidad global y puntaje Sad Persons observado y calculado (prueba U-Mann Whitney) (Tabla 4).

El análisis finalizó con el análisis bivariado de cada una de las diferentes variables que componen la escala Sad Person y la necesidad de hospitalización. Se evidenció

que los antecedentes de suicidio, presentar compromiso del pensamiento, carecer de apoyo social y tener un plan activo de suicidio fueron las únicas que presentaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,005$) con intervalos de confianza que no sobrepasan la unidad, pudiendo inferir que estas son las más sensibles y a la vez se comportan como predictores de hospitalización (Tabla 5).

Tabla 4. Comparación de medias entre casos y controles

	t	g.l.	Significancia bilateral (valor p)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza 95%	
					Inferior	Superior
Edad	0,139	264	0,89	0,278	-3,664	4,221
Eje V	-16,865	264	0,000	-20,632	-23,04	-18,223
Sad Persons registrado	8,647	264	0,000	1,293	0,999	1,588
Sad Persons calculado	6,438	264	0,000	1,045	0,725	1,365
Días de estancia	12,874	264	0,000	12,436	10,534	14,338

Tabla 5. Asociación de variables Escala SAD PERSONS con indicación de hospitalización

SAD PERSONS		Indicación de hospitalizar				Valor p	Odds Ratio I.C. 95%	
		Si (casos)		No (controles)			Inferior	Superior
		n	(%)	n	(%)			
Sexo (Sex)	Masculino	67	50,4	67	50,4	0,549	0,618	1,670
	Femenino	66	49,6	66	49,6			
Edad (Age)	20 - 45 años	77	57,9	81	60,9	0,708	0,738	1,199
	Resto	56	42,1	52	39,1			
Depresión (Depression)	Si	74	55,6	69	51,9	0,311	0,846	1,375
	No	59	44,4	64	48,1			
Antecedente intento suicida (Prior history)	Si	28	21,1	14	10,5	0,028	1,102	1,836
	No	105	78,9	119	89,5			
Abuso de alcohol (Ethanol)	Si	33	24,8	26	19,5	0,376	0,887	1,512
	No	100	75,2	107	80,5			
Pensamiento (Rational thinking loss)	Comprometido	48	36,1	1	0,8	0,0001	2,108	2,996
	Normal	85	63,9	132	99,2			
Apoyo social (Support systme loss)	Inadecuado	33	24,8	7	5,3	0,0001	1,52	2,287
	Adecuado	100	75,2	126	94,7			
Plan suicida (Organized plan)	Si	27	20,3	0	0,0	0,0001	1,956	2,599
	No	106	79,7	133	100,0			
Pareja (No spouse)	Sin pareja	95	71,4	82	61,7	0,119	0,953	1,658
	Con pareja	38	28,6	51	38,3			
Comorbilidad médica (Sickness)	Si	82	61,7	80	60,2	0,9	0,805	1,323
	No	51	38,3	53	39,8			

Discusión

El presente estudio evaluó, con un diseño analítico retrospectivo de casos y controles, la asociación entre el riesgo suicida medido por la escala Sad Persons y la

necesidad de hospitalización psiquiátrica en pacientes que asistieron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat. Adicionalmente, exploró re-

laciones con características demográficas, factores que han sido reportados con el riesgo suicida y además la evaluación multiaxial propuesta por el DSM-IV, para favorecer la comprensión en términos biopsicosociales de cada sujeto, además de la conducta médica realizada en términos de hospitalización, unidad de ingreso e inicio y tipo de tratamiento.

Los resultados muestran que la edad promedio fue de 40 años en ambos sexos, que contrasta con las edades más vulnerables para suicidio reportadas para hombres, edad mayor de 60 años y para mujeres, entre 15 y 24 años (21). Algunas descripciones demográficas asociadas a mayor riesgo de suicidio son similares a las reportadas a nivel mundial, como en el grupo de casos donde la mayor prevalencia del estado civil fue soltero, se encontraban cesantes, mayor proporción de individuos sin afiliación religiosa y mayor proporción de consumo de sustancias psicoactivas (22).

Teniendo en cuenta que los trastornos mentales son un factor psiquiátrico asociado a más del 90% de muerte por suicidio (21-30), se observa que una tasa alta de los consultantes tenía antecedente de enfermedad mental, siendo del 77.4%, y en su mayoría correspondían a trastornos depresivos, que contrastan con los reportes sobre riesgo de suicidio, que se relacionan en mayor proporción con Esquizofrenia y consumo de sustancias psicoactivas, patología que en este estudio mostraron menor porcentaje (21,22).

No se encontraron diferencias significativas entre el resultado de la escala Sad

Person obtenido por el psiquiatra y el calculado con la recolección de datos, pero si una diferencia significativa en la relación del resultado de la escala Sad Person con la estancia hospitalaria, lo que podría indicar un factor predictor de largas estancias y podrá explorarse en estudios futuros.

La escala Sad Person desarrollada por Patterson en el año de 1983 para evaluación del riesgo suicida es un instrumento ampliamente utilizado en los servicios de urgencias y en diferentes escenarios académicos, especialmente por profesionales no psiquiatras (8).

Existen en la literatura diferentes publicaciones sobre su uso, observando en algunos casos evidencia contradictoria sobre su implementación, por lo que se hace necesario estudios integrativos que evalúen esta herramienta.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que no se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. Esto es consistente con lo reportado en los estudios más actuales sobre su rendimiento predictivo (47). No obstante, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria, lo cual podría ser de utilidad para otros desenlaces. Esto deberá explorarse en estudios adicionales.

La implementación de la escala requiere de estandarización entre los médicos psiquiatras, pues a pesar de la alta concordancia entre valores, persisten exis-

tiendo diferencias entre el valor calculado electrónicamente y el realizado por el médico, con lo que se podría inferir que en algunos casos existe una subestimación del riesgo.

Factores de riesgo individuales como presentar un plan elaborado de suicidio activo, la alteración en la esfera mental y carecer de una red de apoyo activa, mostraron tener asociación estadística y fueron trazadores al momento de la decisión clínica de hospitalizar a un paciente en una unidad de salud mental.

La decisión de la conducta psiquiátrica de hospitalización, se basa en el juicio médico, la experiencia del especialista y la evaluación integral, desde un abordaje biopsicosocial de cada caso que asiste al servicio de urgencias; por lo que el uso de escalas en el caso particular de psiquiatría ofrece más un apoyo que un elemento diagnóstico o decisorio.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que no se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. No obstante, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria.

Referencias

1. Global Burden of Disease Mortality Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013;

a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117–71.

2. WHO | Mental Health Atlas 2014. WHO [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 19]; Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/

3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Bogotá, Abril 2013.

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015.

5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE). 2012.

6. Harris KM, Syu J, Lello OD, Chew YLE, Willcox CH, Ho RHM. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. *PloS one*. 2015;10(6):e0127442.

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2011–2021.

8. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983 April;24(4):343–349.

9. Jobes DA, Nelson KN, Peterson EM, Pentiu D, Downing V, Francini K, et al. Describing suicidality: an investigation of qualitative SSF responses. *Suicide &*

life-threatening behavior. 2004;34(2):99-112.

10. Michel K, Maltzberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K, et al. Discovering the truth in attempted suicide. *American journal of psychotherapy*. 2002;56(3):424

11. Kral MJ, Sakinofsky I. Clinical model for suicide risk assessment. *Death Studies*. 1994;18(4):311.

12. Juhnke GA. SAD PERSONS scale review. *Measurement and Evaluation. Counseling and Development*. 1994;27(1):325-327.

13. Wu, W. C., & Bond, M. H.. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: Linking societal predictors to psychological factors. *Archives of Suicide Research*. 2006;10:45-60.

14. García Valencia, J. Características asociadas al riesgo de suicidio evaluado clínicamente en personas con intento reciente. *Iatreia*. 2008;21:1-S.

15. Cukrowicz, K. C., Wingate, L. R., Driscoll, K. A., & Joiner, T. E. A standard of care for the assessment of suicide risk and associated treatment: The Florida State University Psychology Clinic as an example. *Journal of Contemporary Psychology*. 2004;34, 87-99.

16. Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic re-

view of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004;24:957-979.

17. Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., & Viinama, H. Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44, 29-33.

18. Gutierrez, P., King, C. A., & Ghaziuddin, N. Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26:8-18.

19. Stack, S., & Wasserman, I. Marital status, alcohol abuse, and attempted suicide: A legit model. *Journal of Addictive Disorders*. 1995;14:43-51.

20. Eshun, S. Sociocultural determinants of suicide ideation: A comparison between American and Ghanaian college samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33:165-171.

21. Moscicki, E. K. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;5:310-323.

22. Troister T, Links PS, Cutcliffe J. Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):60-5.

23. Beck, A.T., & Lester, D. Components of depression in attempted suicide. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1973;85(2):257-260.

24. Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, J. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1973;130:455-459.
25. Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(5):559-63.
26. Brown, G.K., Beck, A.T., & Steer, R.A. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(3):371-377.
27. Cole, D. A.. Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):131-136.
28. Ron, P. Depression and suicide among community elderly. *Journal of Gerontological Social Work*. 2002;38(3):53-71.
29. Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(4):367-385.
30. Van Orden, K.A., Merrill, K.A., & Joiner, T.E. Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*. 2005;1(2):187-196.
31. Conner, K.R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(2):89-98.
32. Durkheim, E. *Suicide: A study in sociology*. (J.A. Spaulding & G. Simpson, Trans). (Original work published in 1897). Glencoe, IL: Free Press. 1951.
33. Trout, D.L. The role of social isolation in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 1980;10:10-23.
34. McIntosh, J.L. *U.S.A. Suicide Statistics for the Year 1999: Overheads and a Presentation Guide*. Washington, DC: American Association of Suicidology. 2002.
35. Bagley, C., & Ramsay, R. Attitudes toward suicide, religion values, and suicidal behaviors: Evidence from a community survey. 1989.
36. Neeleman, J. Beyond risk theory: Suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis*. 2002;23(3):114-120.
37. Cochrane-Brink KA1, Lofchy JS, Sackinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(6):445-51.
38. Goicochea Jiménez, T. & Lozano Ortiz. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 2004;3(1):17-26.
39. Chesin, Megan, and Barbara Stanley. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar disorders* 15.5 (2013): 584-593.

40. Uhnke, Gerald A. SAD PERSONS Scale review. Measurement and Evaluation. Counseling and Development. 1994;27(1): 325-327.

41. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. Emergency medicine journal. 2014;31(10):796-8.

42. Ministerio de la Protección Social. Resolución No 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.