

R. Robles García
F. Páez Agraz
M. Ascencio Guirado
E. Mercado Salcedo
L. Hernández Muñoz

Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)

Instituto Jalisciense de Salud Mental
Secretaría de Salud Jalisco
México

Introducción. El Cuestionario de Riesgo Suicida (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ) es una herramienta de auto-aplicación útil para evaluar el riesgo suicida en niños.

Objetivo. El presente estudio quiere determinar la validez y fiabilidad de su versión en español en población infantil mexicana.

Método. Se llevó a cabo la traducción y adaptación al español del RSQ y se aplicó a estudiantes mexicanos de quinto y sexto grado de primaria de ambos sexos, cuyos padres aceptaron que participaran en el estudio, junto con los Inventarios de Depresión (BDI) y la Escala de Desesperanza de Beck (EDB). Los padres de los niños que mostraron riesgo suicida fueron invitados a que acudieran con el menor a una cita subsiguiente de evaluación y tratamiento gratuitos en el Instituto Jalisciense de Salud Mental. Se eliminó el ítem 9 del BDI por ser idéntico a uno del RSQ para análisis de correlación correspondiente.

Resultados. Participaron un total de 88 estudiantes, con una edad promedio de $11,23 \pm 0,78$ años, 55,7 % de los cuales eran hombres. La puntuaciones promedio en las escalas fueron: RSQ: $8,3 \pm 9,05$; depresión: $7,4 \pm 6,7$, y desesperanza: $18 \pm 3,3$. El índice de consistencia interna del RSQ fue 0,68. Los coeficientes de correlación intraclase entre las puntuaciones totales del RSQ y los inventarios BDI y desesperanza fueron: 0,74 y 0,52, respectivamente. Sólo uno de los 56 menores que mostraron riesgo suicida fue llevado por sus padres para el seguimiento que se les ofreció.

Conclusiones. La versión en español del RSQ demostró validez y confiabilidad aceptables en estudiantes mexicanos.

Palabras clave:

Suicidio. Niñez. Evaluación. Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ).

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):292-297

Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)

Introduction. Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) is a useful self-administered tool to assess suicide risk among children.

Objective. The aim of this study was to translate RSQ into Spanish and determine its validity and reliability among Mexican children.

Method. After a culturally sensitive RSQ items translation, all fifth and sixth grade elementary school students of both genders, from a private educational Institution in Guadalajara (Mexico) whose parents gave informed consent to participate, completed the RSQ Spanish version and the Beck's Depression and Hopelessness Inventories. The parents of the children who had a suicide risk were contacted and invited to come with their child to a subsequent appointment for evaluation and free treatment in the Jalisciense Mental Health Institute. For correlation analysis, item number 9 related to suicide was eliminated.

Results. A total sample of 88 students participated. Their mean age was 11.23 ± 0.78 years old, and 55.7 % were male. Mean total scales were as follows: RSQ: 8.3 ± 9.05 ; depression: 7.4 ± 6.7 , and hopelessness: 18 ± 3.3 . Cronbach's alpha for RSQ was 0.68. Intra class coefficients correlations between RSQ and depression and hopelessness inventories were 0.74 and 0.52, respectively. Only one of the 56 minors considered to have a certain suicide risk ($n=56$) came to a professional evaluation with their parents.

Conclusions. The Spanish version of the RSQ showed adequate validity and reliability in Mexican students.

Key words:

Suicide. Children. Measures. Risk of Suicide Questionnaire (RSQ).

Correspondencia:
Rebeca Robles García
Instituto Jalisciense de Salud Mental
Av. Zoquiapan 1000-A
Col. Zoquiapan
45170 Zapopan, Jalisco (México)
Correo electrónico: reberobles@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El suicidio puede definirse como la muerte autoinflingida intencionalmente. Aunque el suicidio tiene prevalencias

altamente variables entre países, en muchos de ellos es una de las tres primeras causas de muerte en varones entre 15 y 34 años de edad, y en Estados Unidos es la segunda causa de defunción entre los adolescentes, tan sólo después de los accidentes¹. Además es indudable que el suicidio en niños tiene un fuerte efecto mediático (que es una oportunidad para la acción de los sistemas de salud) y que muestra un claro incremento en términos brutos y ajustados²⁻⁴.

De acuerdo con Medina-Mora et al., también en México la ideación suicida es altamente frecuente en jóvenes de ambos sexos entre 13 y 25 años de edad^{5,6}; y en el estado de Jalisco, en donde se llevó a cabo el presente estudio, se ha documentado un incremento de suicidios en menores: en 2001 del total de 321 suicidios, 17 (8,01 %) fueron efectuados por personas entre 10 y 17 años de edad; en 2002, de 355 suicidios, 24 (10,52 %); en 2003, de 349, un total de 48, y tan sólo en el principio de 2004 (hasta marzo), de un total de 79 muertes por suicidio en Jalisco, 5 han sido de menores en este rango de edad⁷.

Actualmente está ampliamente aceptado que la identificación oportuna de riesgo suicida puede y debe ser una de las obvias medidas para su prevención. Empero, frecuentemente no se detecta incluso el alto riesgo suicida en la población en general y en niños y adolescentes en particular. Así por ejemplo, de acuerdo con Clark (1993), el 83 % de los adolescentes que asisten a centros de primer nivel de atención y que han intentado suicidarse no son reconocidos como personas con riesgo suicida por los médicos generales⁸.

En este estado de cosas, los instrumentos o escalas de medición resultan herramientas especialmente útiles para facilitar que las personas que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes, como médicos, maestros y padres de familia o pares, puedan detectar riesgo suicida y remitirles a tratamiento especializado. Hoy se dispone de métodos de evaluación de este fenómeno, aunque la gran mayoría de ellos: a) resultan costosos en tanto que dependen de la aplicación de un profesional de la salud mental experto, como en el caso de las entrevistas psiquiátricas; b) fueron desarrollados en otros países y no se cuenta con su traducción al español y con los estudios de validez y fiabilidad en poblaciones hispanoparlantes, o c) requieren de tiempo y entrenamiento especializado con el que generalmente no cuentan las personas que tienen contacto cotidiano con la población general⁹⁻¹³. Así, resulta necesario dirigir esfuerzos para desarrollar y/o traducir, adaptar y validar herramientas útiles y sencillas en castellano para la detección de riesgo suicida en la población general y en los niños y adolescentes en particular. Este tipo de cuestionarios de autoaplicación indagan generalmente la presencia de los factores de riesgo más importantes de suicidio en niños, léase: intentos de suicidio previos, presencia de un trastorno del estado del ánimo, como depresión, y la historia de abuso sexual¹³. Tal es el caso del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ) (de las siglas en inglés de *Risk of Suicide Questionnaire*)¹⁴.

En esta dirección el presente trabajo tuvo por objetivos traducir al español y determinar la validez convergente y consistencia interna de la versión en español del RSQ en una muestra de niños mexicanos.

MÉTODO

Sujetos

Se evaluó una muestra censal de los alumnos de ambos sexos que estudiaban el quinto o sexto grado de primaria en la escuela privada Simón Bolívar, ubicada en la zona metropolitana de Guadalajara (México), cuyos padres o tutores autorizaron por escrito su participación en el estudio.

Instrumentos

Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)

El RSQ¹⁴ fue desarrollado recientemente por Horowitz et al. (2001) para posibilitar la identificación de riesgo suicida en niños por parte de personal no especializado en salud mental. Este instrumento de autoaplicación que consta de 14 preguntas que indagan la severidad de los factores de riesgo para suicidio en menores con base en una escala tipo *lickert* de 7 puntos, de manera que a mayor puntuación se denota mayor riesgo suicida, y la puntuación total máxima puede ser de 34 puntos. Los estudios psicométricos de su versión original en inglés demuestran que se trata de un instrumento con alta sensibilidad y especificidad para detectar riesgo suicida en niños por parte de personal de enfermería que atiende una sala de emergencia pediátrica⁹. A partir de esta versión la propia autora desarrolló una forma breve, utilizando como estándar de oro el Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ), que se compone de tan sólo 4 ítems que bien puede facilitar la rápida (y oportuna) detección de riesgo suicida en niños y toma de decisiones por parte de personal no especializado en salud mental. Estos 4 ítems son aquellos que cuestionan acerca de la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y estresores actuales (v. anexo), y son los que han demostrado mayor sensibilidad (0,98), especificidad, valor de predicción positivo (0,87) y negativo (0,97)¹⁴.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI¹⁵ fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el

Anexo

Versión en español del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)

Por favor: contesta cada una de las siguientes preguntas, marcando con una cruz (tachando) el punto en la línea que corresponda a tu respuesta.

Por ejemplo:

¿En la semana pasada te has sentido más triste que de costumbre?

☐
☐
☐
☒
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

Ésta sería tu respuesta si te sintieras más o menos más triste que de costumbre o si estuvieras más o menos de acuerdo con la pregunta

1. ¿Tú estás aquí porque has tratado de lastimarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

2. ¿Esto fue un intento para matarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

3. ¿Tú utilizaste alcohol o drogas (durante el intento)?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

4. La semana pasada ¿tú tuviste un pensamiento acerca de lastimarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

5. La semana pasada ¿tú tuviste un pensamiento de matarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

6. ¿En este momento tú tienes pensamientos de lastimarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

7. ¿Tú piensas que necesitas ayuda para cuidarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

8. ¿Tú siempre has tratado de lastimarte, como lo estás haciendo ahora?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

9. En el pasado, ¿tú consideraste seriamente matarte a ti mismo?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

No

Más o menos

Sí

Anexo	Versión en español del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ) (continuación)						
10. ¿Tú recibiste tratamiento médico como resultado de cualquier intento de lastimarte o matarte a ti mismo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No			Más o menos			Sí
11. ¿Alguien cercano a ti ha muerto recientemente?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No			Más o menos			Sí
12. ¿Tú conoces a alguien que se haya matado a sí mismo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No			Más o menos			Sí
13. En las últimas semanas ¿tú tuviste un pensamiento acerca de lastimarte a ti mismo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No			Más o menos			Sí
14. ¿Tú usas alcohol o drogas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No			Más o menos			Sí

tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Los primeros 14 reactivos se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación, y la versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original¹⁵⁻¹⁷.

Escala de Desesperanza de Beck (EDB)

La EDB¹⁸ es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza presente en adolescentes y adultos, entendiendo la desesperanza como un esquema cognitivo de expectativas negativas acerca del futuro inmediato y a largo plazo y evaluando las actitudes acerca del futuro (pesimismo). Aunque este instrumento no fue diseñado como prueba de tamizaje ha sido utilizado como indicador indirecto de intentos de suicidio en adolescentes y adultos¹⁹. La escala es un instrumento estructurado, de autoaplicación de lápiz y papel (o para administración verbal por parte del clínico), que consta de 20 reactivos de cierto o falso, que puede ser aplicados a pacientes hospitalizados, en urgencias o ambula-

torios. La severidad de la desesperanza se calcula en base a la sumatoria de las puntuación en el total de los ítems. Cada ítem se califica con «cero» o «uno» en el caso de presentar el síntoma, por lo que la puntuación total puede ir de 0 a 20 puntos, en donde 0-3 es mínima, 4-8 media, 14 moderada y 15-20 severa¹⁸. La EDB ha demostrado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal¹⁸⁻²⁰, que es útil para identificar adecuadamente a personas que han tenido un intento suicida en el próximo año¹⁰.

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se llevó a cabo la traducción al español de la versión original en inglés del RSQ por parte de dos investigadores con dominio de ambas lenguas y que resolvieron sus divergencias en base a la colaboración de una tercera investigadora especialista en adolescentes y apremiando la adaptación cultural de los ítems en cuestión. Entonces, las autoridades escolares llevaron a cabo una reunión con los padres de familia para exponerles el proyecto y solicitarles su colaboración. Aquellos que aceptaran que sus hijos participaran en el estudio lo harían patente firmando la carta de consentimiento informado correspondiente. Acto seguido, tres investigadores acudieron a la escuela en los días y horarios que las autoridades académicas indicaron para aplicar los instru-

mentos a los alumnos que aceptaron contestarlos de forma voluntaria y de cuyos padres se recibió el consentimiento informado firmado autorizando que el menor participara en el estudio. Posteriormente, los padres o tutores de los participantes que mostraron riesgo suicida fueron contactados vía telefónica por una de las investigadoras, médico psiquiatra especialista en adolescentes, para invitarles a una cita gratuita para evaluación y atención especializada subsiguiente en el Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco (México). Finalmente, los datos fueron vaciados y analizados en el paquete estadístico SPSS-X versión 10.0 para Windows. Se obtuvo la puntuación total de todas las escalas, eliminando para ello el reactivo número 9 del BDI, referente a la intención de suicidarse, que se solapa con los reactivos del RSQ que evalúan este factor de riesgo para el suicidio. Ello con la finalidad de determinar la validez convergente más exacta entre estos constructos. La consistencia interna del instrumento se calculó en base al coeficiente alfa de Cronbach para el total de los ítems de la escala, y se calcularon coeficientes de correlación intraclase entre las puntuaciones totales del instrumento y las del BDI o la EDB. Finalmente, la presencia frente a ausencia de riesgo suicida se determinó en base a la respuesta afirmativa de los menores a uno o más de los cuatro ítems que constituyen la forma breve del RSQ⁹.

RESULTADOS

La muestra total del estudio estuvo integrada por 88 estudiantes con una edad promedio de $11,23 \pm 0,78$ (rango: 10-13) años, 55,7 % de los cuales eran del sexo masculino. Prácticamente la mitad de los participantes cursaban el quinto año de primaria ($n = 49$; 55,7 %) y el resto el sexto grado ($n = 39$; 44,3 %).

Las puntuaciones promedio en las escalas fueron para la versión en español del RSQ: $8,3 \pm 9,05$; en el BDI: $7,4 \pm 6,7$, y en la EDB: $18 \pm 3,3$. El índice de consistencia interna de la versión en español del RSQ alfa de Cronbach fue de 0,68, y las correlaciones entre las puntuaciones totales del RSQ y los inventarios de depresión y desesperanza fueron: 0,75 ($p = 0,001$) y 0,52 ($p = 0,001$), respectivamente.

Un total de 56 menores (63,6 %) contestaron afirmativamente a alguno de los cuatro indicadores de riesgo suicida del RSQ y seis de ellos (6,81 %) contestaron afirmativamente a estos cuatro indicadores, por lo que se consideraron con «probable elevado riesgo suicida», y se decidió llamarlos antes que al resto para ofrecer a sus padres evaluación y tratamiento especializado. Empero, sólo uno del total de los menores contactados fue llevado por sus padres a la subsiguiente evaluación para atención especializada que se les ofreció gratuitamente en el Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco, México. Se ignora si el resto fue llevado a otro tipo de servicio de atención y salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La versión en español del RSQ mostró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con escalas que evalúan constructos que se hipotetizan estrechamente vinculados con el riesgo suicida²¹, lo que sugiere que se trata de una medida válida y confiable para evaluar a población mexicana.

Cabe señalar que era esperable (y deseable) que la correlación entre el RSQ y la medida de desesperanza fuera positiva y moderada en virtud de que, si bien evalúan variables relacionadas, las escalas deben demostrar que miden constructos diferentes. En el caso de la depresión se encontró una correlación positiva y más bien alta. Ello puede explicarse en tanto que se trata de fenómenos francamente (aunque no forzosamente) vinculados.

De esta manera, la versión en español del RSQ puede considerarse una herramienta útil para la detección oportuna del riesgo suicida en niños, que bien puede ser utilizada en escenarios educativos y de todos los niveles de atención para la salud, para fomentar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y sensible a nuestra cultura.

En una segunda fase de este trabajo habrá de determinarse la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo de la versión extensa y breve en español del RSQ cuando es aplicado no sólo por personal de la salud, sino por aquellos que se encuentran en cotidiano contacto con los menores, como son los padres de familia, maestros y pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Center for Health statistics (Center for Disease Control and Prevention). Death rates for 72 selected causes, by five year age groups, race and sex: United States, 1979-1997. Worktable GMWK 291 Trend B, 2000; p. 485-90.
2. Davis JM. Suicide crisis in schools. *School Psychology* 1985;14: 313-24.
3. Nelson RY, Crawford B. Suicide among elementary school-aged children. *Element School Guidance Counsel* 1990;25.
4. Koplin B, Agathen J. Suicidality in children and adolescents: a review. *Curr Opin Pediatr* 2002;14:713-7.
5. Medina-Mora ME, López LE, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*, 1994; p. 7-14.
6. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz*, 1992; p. 48-55.
7. Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. Servicio Médico Forense. Informe de muertes por suicidio en el Estado de Jalisco a la Red para la prevención del suicidio del Estado de Jalisco (Red Suicidio), 2004.

8. Clark D. Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. *Psychiatr Ann* 1993;23: 271-83.
9. Baxter S, Chidirkoff B, Underhill R. Psychiatric emergencies: dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *Am J Psychiatry*, 1968;124:1542-6.
10. Beck A, Brown G, Steer R, Dahlsgaard M, Grisham R. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29: 1-8.
11. Beck AT, Weissman A, Lester D. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Clin Psych* 1974;42:861-5.
12. Reynolds W. Development of a semi structured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol* 1990;2:382-90.
13. Tardiff K, León A, Merzuk P. Suicide Risk Measures. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association. Washington, 2000.
14. Horowitz L, Wang P, Koocher G, Burr B. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics* 2001;107(5):1133-7.
15. Beck AT. Inventario de Depresión de Beck. *Arch Gen Psych* 1961; 4:561-71.
16. Ramos JA. La validez predictiva del Inventario para la Depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatría* 1986;14:47-50.
17. Torres A, Hernández E, Ortega H. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991;14:1-6.
18. Beck AT, Steer RA. Beck Hopelessness Scale Manual. San Antonio: Harcourt Brace, 1993.
19. Beck AT, Steer RA, Kovacs M. Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psych* 1985;142:559-63.
20. Nekanda-Trepka, Bishop S, Blackburn I. Hopelessness and depression. *Br J Psychiatry* 1983;22:49-60.
21. Keller F, Wolfersdorf M. Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorder. *Crisis* 1993;14: 173-7.