

Universidad de Ciencias Médicas de Granma.

Escala de riesgo suicida en el adulto mayor. Validación en la Atención Primaria de Salud

Autores:

MSc. Lic. Rita González Sábado*
MSc. Lic. Alberto Martínez Cárdenas*
DrC. Rafael Izaguirre Remón**
MSc. Xiomara Rodríguez Barroso***

* Lic en Psicología. Profesor Auxiliar.

**Lic en Filosofía. Profesor Titular.

***Lic en Enfermería. Profesora Auxiliar

Resumen

Introducción: En la problemática relacionada con el adulto mayor un aspecto a considerar son los riesgos a cometer conducta suicida.

Objetivo General: Determinar la validez y confiabilidad de la escala que evalúa actitud de riesgo suicida en el anciano. Policlínico Universitario No. I “Francisca Rivero Arocha”. Manzanillo. 2009- 2010.

Diseño metodológico: Responde a un estudio descriptivo, de corte transversal. Se trabajó en una población de 1263 ancianos de ambos sexos del Consejo Popular 5 y 14, empleándose un diseño muestral estratificado, teniendo como factor de estratificación el Consultorio Médico de la Familia, una vez que se hizo una lista de 158 ancianos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión la selección del 10% en cada estrato se realizó con el empleo del método del sorteo, conformando la muestra 121 gerontes (76.5%). Para el análisis se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas y de inferencia.

Resultados: Al comparar estadísticamente los criterios de expertos y los informantes claves vemos que las diferencias son muy escasas, hay poca variabilidad en los datos, lo que asegura que la escala es consistente quedando probada la validez de contenido, de criterio y de construcción. Fue probada la confiabilidad del instrumento en relación al tiempo, los ítems se correlacionan entre sí.

Conclusiones: La escala creada evalúa riesgos para cometer intento suicida en el adulto mayor, quedando probada su validez y confiabilidad.

Palabras claves: adulto mayor, conducta suicida, escala, validez, confiabilidad.

Introducción

Según cálculos de Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 millones de adultos mayores, que aumentaron en 1975 a 350, mientras que para el 2000 la cifra ascendió a 600 000 000 (10 % de los habitantes del planeta) y para el 2025 pueden ser 1100 millones. Hoy es posible observar un crecimiento del 2.4 % en los envejecidos, contra 1.7 que se advierte en el total de la población. En el 2020, el 12,4% de la población de la región de las Américas se encontrará en estas edades, significando 82 millones de envejecidos. (1)

En Cuba el 15.3 % rebasa la barrera cronológica de los 60 años (2). La problemática del riesgo suicida incluye factores personales, sociales y ambientales, cobrando notable importancia los derivados del medio familiar (3).

Como parte del estudio del envejecimiento y su relación con la ocurrencia de conductas autodestructivas en esta etapa de la vida, un interés de la comunidad científica es también contar con escalas o métodos que permitan evaluar el riesgo y que las mismas sean ajustadas a las condiciones de vida del país y a los sucesos o acontecimientos a los cuales se enfrenta el anciano en la vida cotidiana.

Las escalas son los instrumentos metodológicos más utilizados para estudiar actitudes sociales, de opinión, estilos de vida, etcétera. La más conocida y aplicada en nuestro medio es la Escala de Likert. Parte del supuesto teórico de que una actitud ha de ser definida como disposiciones de los sujetos hacia una acción manifiesta. (4)

La investigación pretende resolver un problema práctico, teniendo como **problema científico**: la insuficiencia en el diagnóstico del riesgo de conducta suicida en el anciano por carencia de escalas validadas en el contexto de la atención primaria de salud cubana.

Objetivo General

Determinar la validez y confiabilidad de la escala que evalúa actitud de riesgo suicida en el anciano. Policlínico Universitario No. I “Francisca Rivero Arocha”. Manzanillo. 2009- 2010.

Objetivos Específicos

- Determinar la validez de contenido, de criterio y de construcción de la escala.
- Medir la confiabilidad de la escala.

Diseño Metodológico.

Una población de 60 años y más 1263 gerontes de ambos sexos, residentes en los Consultorio Médico de la Familia (CMF) del Consejo Popular 5 y 14, del Policlínico Docente I de Manzanillo. Se empleó un diseño muestral estratificado, teniendo como factor de estratificación el CMF, una vez que se hizo una lista de 158 ancianos que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, la selección del 10% en cada estrato se realizó con el empleo del método aleatorio simple (sorteo), conformando la muestra 121 gerontes (76.5%), cumpliendo con el consentimiento informado.

Las variables a estudiar fueron agrupadas en dos dimensiones como se refleja a continuación:

Dimensión sociodemográfica:

- Sexo: Según el sexo biológico de pertenencia (femenino y masculino)

Dimensión personal:

- Nivel de actitud hacia el intento suicida: personas que han intentado, tienen serias ideas suicidas y riesgo de futuro inmediato y otros que no tienen ideas suicidas pero cuentan con factores de riesgo que los ubica en una zona de riesgo para dicha conducta. Se clasifica a través de la escala (**ERSAM**), la cual ha sido publicada en varios artículos (5, 6).

Metódica

Para la **validez de contenido** se dio a valorar el instrumento a 15 expertos reflejando sus opiniones, sus críticas científicas sobre el instrumento y si en éste se cumplían los 5 principios básicos de Moriyama (7), la evaluación se realizó mediante una escala ordinal: mucho, poco o nada y la competencia de los expertos se determina por el **coeficiente K**. Para la **validez de criterio**, se le pidió el criterio a 9 médicos especialistas en Medicina General Integral que trabajan en la atención comunitaria por más de 3 años y en calidad de informadores claves. Se contrastaron los criterios emitidos por ambos grupos mediante la prueba estadística Nivel de Concordancia. Para la **validez de construcción** del instrumento se realizó una amplia revisión bibliográfica acerca del tema del suicidio y se confeccionó el instrumento provisional. La etapa de construcción de la prueba concluye con la validación de la misma. Las 29 proposiciones que conformaban el instrumento se sometieron a valoración por criterio de expertos.

Luego se midió **la confiabilidad** de la escala como condición necesaria para el estudio de la validez (8,9). En nuestro caso se logró comparando los resultados de los mismos sujetos después de transcurridos 15 días entre una aplicación y otra, lo cual se denomina estabilidad de la prueba, para ello nos apoyamos en el test-retest.

Planteando como hipótesis estadísticas

H₀: No hay diferencia significativa entre la primera y la segunda aplicación

H₁: Hay diferencia significativa entre la primera y la segunda aplicación.

Para evaluar la confiabilidad nos auxiliamos de la prueba estadísticas diferencia de proporciones.

$$Z_c = \frac{P_1 - P_2}{Pq (1/n_1 + 1/n_2)}$$

Además evaluamos la consistencia interna (coherencia de los ítems en cuanto a su intercorrelación). Se evaluó la homogeneidad entre los ítems mediante el Coeficiente de Alfa de Crombach.

Técnicas y Procedimientos

La escala que se valida consta de preguntas semi - abiertas relacionadas con los diferentes grupos de riesgo, distribuidas numéricamente para evaluar los tres componentes de la actitud: Afectivo: 1, 3, 5, 11,13, 20, 21, 22,23; Cognoscitivo: 2, 6, 7, 12, 18, 19, 24,25; Conductual: 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16,17.

Las alternativas de respuestas son:

A- Nunca (0 puntos), B- Algunas veces (1 punto), C- Frecuentemente (2 puntos),
D-Siempre (3 puntos)

La calificación integral de la misma fue apoyada en las medidas de posición los cuartiles: No-actitud de riesgo (0 puntos), Nivel de actitud de riesgo bajo (1-25 puntos), Nivel de actitud de riesgo medio (26-50 puntos), Nivel de actitud de riesgo alto (51-75puntos).

Intervención que debe asumir el profesional:

Nivel de actitud de riesgo bajo: Dispensarización por el Equipo Básico de Salud (médico y enfermera).

Nivel de actitud de riesgo medio: Atención por el Equipo de Salud Mental y el EMAG del área.

Nivel de actitud de riesgo alto: Ingreso en cuerpo de guardia para observación o en la UIC del Hospital Psiquiátrico.

No-actitud de riesgo: No hay presencia de indicadores relacionados con los grupos de riesgo del suicidio (individuos deprimidos, intentos anteriores, amenazas de autoagresión, vulnerables a situaciones de crisis, negativo a la ayuda o apoyo).

Los resultados fueron procesados mediante la estadística descriptiva e inferencial (diferencia de proporciones y alfa de Crombach).

Resultados

Tabla No 1

Título: Evaluación de los expertos de cada ítems según escala ordinal. Manzanillo 2009-2010.

Principios	Criterio de expertos															\bar{x}	S	
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15			
Derivable de datos factibles de obtener	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0
Sensible a variaciones	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2,87	0,1
Razonable o comprensible	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2,93	0,07
Suposiciones básicas justas	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,93	0,07
Componentes bien definidos.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0

$$X_t = 2,945 \quad S_x = 0,02 \quad S = 0,0522 \quad EE = 0,02$$

La tabla describe el comportamiento de los criterios de expertos en su análisis al evaluar integralmente el instrumento, apoyados en los 5 principios de Moriyama, este procedimiento determina la **validez de contenido**.

Tabla No 2

Título: Resultados de la evaluación de la escala por los informantes claves. Manzanillo 2009-2010.

Principios establecidos	Criterios de los Informantes Claves										
	IC1	IC2	IC3	IC4	IC5	IC6	IC7	IC8	IC9	\bar{x}	S
Derivable de datos factibles de obtener	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0
Sensible a variaciones	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2,89	0,11
Razonable o comprensible	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0
Suposiciones básicas justificadas	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,89	0,11
Componentes claramente definidos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0

$$X_t = 2,95 \quad S_x = 0,02 \quad S = 0,04 \quad EE = 0,02$$

Esta tabla expone la **validez de criterio** al resumir las valoraciones de 9 médicos especialistas en Medicina General Integral tomados como informantes claves por su experiencia en el trabajo comunitario.

Tabla No 3

Título: Resultados de la primera aplicación de la escala a los gerontes del Policlínico Universitario I. Manzanillo. 2009-2010

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Alto	4	26.6	11	73.3	15	12.3
Medio	22	37.2	37	62.7	59	48.7
Bajo	28	59.5	19	40.4	47	38.8
Sin riesgo	-	-	-	-	-	-
Total	54	44.6	67	55.3	121	100

Tabla No 4

Título: Resultados de la segunda aplicación de la escala a los gerontes del Policlínico Universitario I. Manzanillo. 2009-2010

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Alto	11	47.8	12	52.17	23	19
Medio	18	31.5	39	68.4	57	47.10
Bajo	26	63.4	15	36.5	41	33.8
Sin riesgo	-	-	-	-	-	-
Total	54	44.6	67	55.3	121	100

Atendiendo a los datos la diferencia entre la 1ra y 2da aplicación es imperceptible.

Discusión de los resultados

En la **tabla No 1** referida a la evaluación de la **validez de contenido** al realizar el análisis por principio obtuvimos que “derivable de datos factibles a obtener” y “componentes claramente definidos” alcanzaron los 75 puntos posibles (100 %), otorgándole todos los expertos la categoría de mucho; es decir que consideraron que a partir de la escala se pueden evaluar los ancianos y se puede afirmar que los ítems se corresponden con el factor de riesgo que se va a evaluar.

El principio “sensible a variaciones”, alcanzó un 95,5 %, y el principio “razonable y comprensible” y “suposiciones básicas justificadas” alcanzaron un 97,9 %, lo que presupone que la presencia de cada factor de riesgo incluido en las diferentes categorías (alto, medio, bajo y nulo) se encuentran justificadas en la escala y que cada factor de riesgo está enunciado claramente.

En la **tabla No 2** referida a la **validez de criterio** estadísticamente los resultados indican que hay poca variabilidad en los datos, lo que asegura que la escala es consistente a partir de los criterios de expertos y los informantes claves fundamentados por los datos estadísticos.

Por su parte al evaluar la **validez de construcción** siguiendo el mismo principio, se realizaron las transformaciones señaladas, excluyéndose 5 proposiciones (13.79 % de éstas) confeccionándose el instrumento final, el cual quedó integrado por 25 de 29 proposiciones.

En las tablas No 3 y No 4 se constata que los niveles de actitud de riesgo hacia el intento suicida en los ancianos en la 1ra y 2da aplicación con una diferencia de 15 días tal como muestran las tablas, no denotan diferencias marcadas, hay una distribución discreta del sexo y sobresalen los mismos con riesgo medio y bajo.

En la escala los Ítems que evalúan el nivel de actitud hacia el intento suicida en la muestra sobresalen: los deseos de atentar contra su vida, ideación y plan suicida, soledad, conflictos en la comunicación familiar, humillaciones, falta de privacidad, falta de confianza en si mismos, depresiones reiteradas, siendo semejantes a los que señalan diversos investigadores que han escrito sobre la temática (10).

La **confiabilidad** se realizó mediante la prueba Diferencia de Proporciones, se obtuvieron las Z_c para cada tipo de riesgo según la edad, con un nivel de confianza para un 95%, cuyos resultados mostraron que no había diferencia significativa entre la 1ª y 2ª aplicación para cada tipo de riesgo, mostrando que ha sido probada la confiabilidad del instrumento en relación al tiempo, es decir es estable en el intervalo que midió entre las aplicaciones del test y el re-test. La prueba Alfa de Crombach, dio una puntuación del 80%, que asegura que la escala es confiable.

Es oportuno señalar que el resultado de esta investigación permite complementar el programa nacional de la conducta suicida creado en 1989 y vigente hasta hoy, en el cual se establecen los riesgos por edades y se clasifica el intento suicida atendiendo a la seriedad de la intención, la inocuidad del método, la gravedad de las circunstancias pero no se ofrecen métodos de evaluación para clasificar los riesgos y actuar en consonancia, todo lo cual le imprime un impacto social al trabajo y una originalidad evidente.

Conclusiones

- La escala creada evalúa riesgos para cometer intento suicida en el adulto mayor, quedando probada su validez y confiabilidad.

Recomendaciones

- Hacer uso de la escala por los profesionales del nivel primario de salud con fines asistenciales e investigativos.

Referencias Bibliográficas Citadas

- 1- Torres Vidal R M y Gran Álvarez M A. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba .Rev. Cubana de Salud Pública. Vol. 31 No. 2. Ciudad de La Habana, abril – junio 2005.
- 2- Medicina del envejecimiento [editorial en línea]. Bol Geroinfo 2003; (2) abr<<http://www.gericubaonline.sld.cu/boletines/02Boletin.20abril/index.html>> [Consulta:7 enero 2008]
- 3- González Sábado R, Martínez Cárdenas A: Conductas autodestructivas: Un problema psicosocial. Disponible en el DVD Enciclopedia de las Ciencias Sociales y Humanísticas I. Granma. 25 enero 2010. ISBN 978-959-223-179-5.
- 4- J. Barranco Navarro, T. Martínez - Cañavete, O. Solas Gaspar. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Capítulo: La obtención de la información mediante entrevista. Diseño y validación de cuestionarios. Rev Medicina comunitaria. Madrid 2007.
- 5- González Sábado R, Martínez Cárdenas A. Evaluación del riesgo suicida en adultos mayores. Disponible en el DVD Enciclopedia de las Ciencias Sociales y Humanísticas I. Granma. 25 enero 2010. ISBN 978-959-223-179-5.
- 6- Martínez González A, Martínez González O, Martínez Hernández R. Riesgo suicida y funcionamiento familiar en el adulto mayor. http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/riesgos_suicida.html.
- 7- De la Cuesta Freijomil D, González Pérez E, Louro Bernal I. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de a familia. Rev. Cub. Med. Gen. Int. 1996 12 (1) 24 – 31.
- 8- M. Ritsner; R. Kurs; S. Mendel; A. Ponizovsky. Validación de la Escala Informatizada de Riesgo de Suicidio, un instrumento de red neuronal de retropropagación (CSRS-BP). FUENTE: EUR. PSYCHIATRY ED. ESP. 2002 OCT;9(7):441-448. Consulta 11 febrero 2010.
- 9- García Marco R, Ruiz Fernández E, Bobes García J, Campos Aranda M. Tentativas de suicidio y escalas de Evaluación. [artículo original] [10/3/2003] Universidad: MURCIA. Disponible en: <http://www.google.com>. Consulta 5 enero 2010.
- 10- Herrero Vila E.y Esquirol Causa J. Neuro-psiquiatría en geriatría. Suicidio en el anciano. MAPFRE. Canal. Salud. Disponible en <http://www.google.com>. Revisado en nov 2009.