

El cribado del riesgo de suicidio En niños y adolescentes



Preguntas para responder:

- ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?
- ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?

Es bien conocido que los profesionales de atención primaria juegan un papel relevante en la identificación y manejo de pacientes con ideación o conducta suicidas¹²⁸, ya que se estima que en torno a un 2-3% de los pacientes que acuden a un centro de atención primaria presentaron ideación suicida en el mes anterior (408). Así mismo, es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria antes de una tentativa o de un suicidio consumado, y se calcula que un 75% lo ha hecho el año anterior y un 45% el mes previo^{129,130}.

Sin embargo, a pesar de la prevalencia de la ideación y la conducta suicidas y del conocimiento de sus factores de riesgo, alrededor del 83% de las personas con conducta suicida no han sido identificadas previamente por su médico, incluso siendo evaluadas en los meses previos al intento⁴⁰⁹. Esta situación ha llevado a plantear la pregunta de si la administración de un test de cribado (bien en atención primaria, en los servicios de urgencias o en el ámbito de la salud mental), podría detectar de forma fiable el riesgo de suicidio de los pacientes.

9.1. Fundamentos del cribado

Un cribado es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica. Cabe destacar que un cribado no es una valoración

diagnóstica definitiva y que los individuos que dan positivo deberán someterse a pruebas diagnósticas que confirmen la enfermedad o condición para recibir el tratamiento oportuno⁴¹⁰.

Habitualmente, un cribado se recomienda cuando: la enfermedad o condición clínica causa una gran morbilidad o mortalidad, existe un tratamiento efectivo, su prevalencia no es demasiado baja y su detección temprana es considerada crítica⁴¹¹. El riesgo de suicidio cumple estos requisitos si se asume la efectividad del tratamiento de la depresión, presente en un porcentaje muy elevado de los pacientes con conducta suicida.

Se diferencian dos métodos de cribado: el universal, en el que el test se utiliza en toda la población sin tener en cuenta la presencia de factores de riesgo o síntomas, y el selectivo en el que se aplica únicamente en aquellos pacientes con determinados factores de riesgo o una serie de síntomas o signos particulares.

Los instrumentos de cribado deberían ser breves, fáciles de utilizar y con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) aceptables. En el caso del riesgo de suicidio interesa detectar todos los casos positivos, a expensas de tener un elevado número de falsos positivos, considerándose más importante la sensibilidad que la especificidad. Sin embargo, la relativa baja frecuencia de la conducta suicida hace difícil encontrar un test de cribado preciso. Por ejemplo, supongamos una frecuencia de 10 por 10 000 personas y que el test tuviese una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80%. El número de verdaderos positivos sería de 9, el de falsos negativos de uno y el de falsos positivos de 1998. En este ejemplo, el VPP del test, es decir la probabilidad de conducta suicida si se obtiene un resultado positivo, sería únicamente del 0,45%. Tan elevado número de falsos positivos supondría una importante carga para el sistema sanitario motivado por las posteriores evaluaciones a las que tendrían que ser sometidos estos pacientes para desestimar la positividad del test de cribado.

9.3. Cribado de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia

En respuesta al aumento de las tasas de suicidio en adolescentes de EE.UU., en los últimos 20 años se han llevado a cabo diferentes programas de prevención en el ámbito escolar centrados en el entrenamiento de habilidades o en intervenciones tras un suicidio y que han sido introducidos en los contenidos formativos. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado⁴¹⁶.

Para algunos autores, el cribado de riesgo de suicidio supone un importante reto debido a varios factores⁴¹⁷:

- Gran variación de las propiedades psicométricas de los tests existentes, con una sensibilidad que oscila entre 48% y el 100%
- Excesiva brevedad de muchos de los instrumentos
- Modificación del punto de corte que puede mejorar la sensibilidad a costa de la especificidad
- Variabilidad de los criterios de identificación de los jóvenes en riesgo

- Variación de los criterios de validez que limitan las comparaciones entre instrumentos
- Necesidad de disponer de la estructura adecuada para realizar un seguimiento de todos aquellos pacientes que dan positivo en el cribado.

Debido a su frecuente asociación, el cribado de depresión suele ser el centro de interés de la prevención del suicidio en adolescentes en atención primaria. Así, y a pesar de la inexistencia de estudios que evaluaran los resultados de un programa de cribado de depresión en jóvenes⁴¹⁸, se ha indicado la realización de un cribado de los adolescentes con elevado riesgo de depresión cuando acuden a la consulta del médico de atención primaria⁴¹⁹. Por su parte, el USPSTF, basándose en estudios realizados con adultos, también sugirió realizar el cribado de depresión mayor en adolescentes de 12 a 18 años siempre que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean adecuados. Este mismo organismo consideró que la evidencia era insuficiente para recomendarlo en niños entre 7 y 11 años de edad⁴²⁰.

Programas y estudios de cribado de riesgo de suicidio en centros educativos

El **TeenScreen Program**⁴²¹ es un programa de cribado cuyo objetivo es identificar, problemas de salud mental como la depresión o el riesgo de suicidio en todos los jóvenes antes de abandonar la escuela secundaria. Los participantes completan uno de las siguientes encuestas autoaplicadas: **Columbia Health Screen (CHS), Diagnostic Predictive Scales (DPS-8), o Columbia Depression Scale (CDS)**. Los jóvenes con una puntuación positiva en la herramienta de cribado son entrevistados con la Diagnostic Interview Schedule for Children y entrevistados por un profesional de salud mental, quien determina si es necesaria una evaluación posterior⁴²².

El cribado de riesgo de suicidio en centros educativos se ha desarrollado fundamentalmente en los EE.UU. y se ha descrito a menudo como herramienta, como programa o como ambos, si bien su puesta en marcha sigue siendo controvertida. Pena y Caine, en una revisión sistemática en 2006⁴¹⁷ recogen los diferentes programas, estudios y herramientas de cribado de riesgo de suicidio existentes hasta ese momento. Los autores concluyeron que la evidencia sobre su efectividad no es suficiente y que se necesitan nuevas investigaciones para determinarla.

Posteriores estudios tampoco encontraron datos sobre el posible impacto del cribado en la conducta suicida futura⁴²³⁻⁴²⁵. En la tabla 43 se resumen los estudios incluidos en la revisión de Pena y Caine⁴¹⁷ así como dos publicados posteriormente.

Cribado del riesgo de suicidio de adolescentes en atención primaria

Los médicos de atención primaria son, en muchos casos, los principales referentes en salud mental de los adolescentes y más del 70% visitan a su médico al menos una vez al año⁴²³

En 2010 se realizó un estudio para valorar si el cribado de riesgo de suicidio en atención primaria incrementaba la tasa de detección en adolescentes⁴³². Tres médicos previamente

formados participaron en el cribado que consistió en dos preguntas estandarizadas sobre pensamientos de muerte y de ideación suicida y los resultados se compararon con datos de la historia clínica del año anterior. En la fase pre-intervención se cribaron 1561 jóvenes entre 12 y 18 años y se identificaron 13 como de alto riesgo de suicidio. En la fase post-intervención se cribaron 1415 jóvenes y se registraron 51. La exploración del riesgo de suicidio se incrementó un 219%, la detección de personas en riesgo un 392% y la derivación a salud mental aumentó de forma proporcional al incremento en la identificación. Para el autor, el cribado estandarizado permite identificar a los jóvenes con riesgo de suicidio que necesiten derivación a un servicio especializado

Cribado de riesgo de suicidio de adolescentes en los servicios de urgencias

Otro escenario importante para el cribado de riesgo de suicidio en niños y adolescentes son los servicios de urgencia, que en ocasiones constituyen su único contacto con el sistema sanitario. Además, el riesgo de suicidio no detectado en los servicios de urgencia se asocia con una mayor morbimortalidad y con un incremento en la utilización de los servicios de salud.

Sin embargo, datos de una encuesta muestran que los médicos de un servicio de urgencias pediátrico reconocieron realizar cribado de trastornos mentales únicamente al 10% de los pacientes, generalmente tras presentar algún tipo de reclamación⁴³³. Esto podría deberse a la falta de tiempo, de herramientas de detección apropiadas y/o a la ausencia de protocolos consensuados. Cuando se realizaba el cribado, las tres condiciones encontradas con mayor frecuencia fueron la depresión (83%), las tendencias suicidas (76%) y el abuso de sustancias (68%). Como conclusión, los autores destacaron el interés de que los servicios de urgencia cuenten con herramientas adecuadas para el cribado de pacientes con riesgo de suicidio.

Asarnow et al.⁴³⁴ evaluaron el riesgo de suicidio en niños y adolescentes de entre 10 y 18 años con ideación suicida y uno o varios intentos previos. El estudio se realizó en dos servicios de urgencias diferentes y se utilizó un ítem del cuestionario *Youth Risk Behaviour Survey* (YRBS) ("En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has intentado suicidarte?")⁴³⁵. La presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos en ambos servicios de urgencias. Entre los factores específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, el haber tenido contacto o relación con suicidios o intentos y el embarazo de la persona o de su pareja⁴³⁴.

King et al.⁴³⁶ analizaron la validez y utilidad de un cribado de riesgo de suicidio en 298 adolescentes atendidos en un servicio de urgencias. El riesgo elevado de suicidio se definió como: a) puntuación ≥ 31 en el ***Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (IQ-JR)*** o un intento de suicidio en los tres meses previos, o b) abuso de alcohol y depresión [≥ 3 puntos en la ***Alcohol Use Disorders Identification Test-3 (AUDIT-3)***, ≥ 76 puntos en

la **Reynolds Adolescent Depression Scale-2 (RADS-2)**]. Para analizar la validez concurrente se utilizaron la **Beck Hopelessness Scale (BHS)** y el **Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)**. El 16% de los adolescentes fueron identificados como de alto riesgo de suicidio, y de ellos, un 98% presentaban ideas graves de suicidio o un intento reciente y un 27%, abuso de alcohol y depresión. La adición de estos criterios no incrementó la identificación de casos. De los pacientes identificados como de alto riesgo de suicidio, el 19% habían acudido a Urgencias por causas no psiquiátricas, el 35,4% por quejas psicológicas o somáticas sin ideación o comportamiento suicida y un tercio no recibían ningún tratamiento por trastorno mental o por adicción a drogas. Por último, Fein et al.⁴³⁷ pusieron a prueba un sistema informatizado de cribado (**Web-based Behavioral Health Screening- Emergency Department, BHS-ED**) para identificar problemas psiquiátricos en un servicio de urgencias hospitalario. El cribado lo completaron 857 adolescentes de 14 a 18 años. Los autores señalaron que la utilización de esta herramienta incrementó significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (4,2% vs 2,5%), y su incorporación aumentó las evaluaciones realizadas por trabajadores sociales o psiquiatras (2,5% vs 1,7%). Noventa y cinco pacientes (11,1%) informaron de ideación suicida en el último año y 31 (3,6%) en las dos últimas semanas. De éstos, 15 habían hecho planes de suicidio o realizado algún intento suicida.

Herramientas de cribado de riesgo de suicidio en adolescentes

Una revisión sistemática realizada por Pena y Caine⁴¹⁷ encontró siete herramientas de cribado validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes y utilizadas generalmente en el ámbito escolar: **Columbia Suicide Screen (CSS)**, **Diagnostic Predictive Scales (DPS)**, **Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)**, **Suicidal Ideation Questionnaire JR (SIQ-JR)**, **Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)**, **Suicide Risk Screen (SRS)** y **la Suicide Probability Scale (SPS)**

Los instrumentos más comúnmente utilizados para detectar riesgo de suicidio son el SRS⁴³⁸, el SIQ⁴³⁹ y el CSS⁴⁴⁰. Éste último es el principal test de cribado utilizado en los centros educativos de EE.UU., habiendo demostrado que detecta estudiantes en riesgo de suicidio con mayor fiabilidad que los trabajadores de las escuelas⁴²⁵. Con el fin de mejorar sus propiedades psicométricas, Scott et al.⁴⁴¹ construyeron dos algoritmos, uno de umbral bajo que clasifica al 35% de los estudiantes como positivos (96% de sensibilidad y 61% de especificidad), y otro de umbral elevado en el que el porcentaje de identificación se reduce al 24% (92% de sensibilidad y 78% de especificidad).

En escuelas de secundaria, el CSS, el SIQ y el SIQ-JR tienen un valor predictivo positivo entre 0,16 y 0,33 lo que origina un importante número de falsos positivos. El RSQ y el DPS, usados generalmente en clínica, tienden a tener un alto VPP (0,53 a 0,55), por lo que podría

recomendarse su uso en programas de cribado en escuelas⁴⁴². La sensibilidad de los siete instrumentos oscila entre 1,00 y 0,48, lo que significa que hasta un 52% de jóvenes en riesgo de suicidio darán negativo con estos instrumentos⁴¹⁷.

El RSQ se utiliza también para detectar conducta suicida en niños y adolescentes que acuden a un servicio de urgencias¹²⁰. Existe una versión en castellano; aunque validada con niños y adolescentes mejicanos, que obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza¹⁷⁵. Este cuestionario también fue utilizado por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias¹⁴⁵.

9.3. Cribado de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia

En respuesta al aumento de las tasas de suicidio en adolescentes de EE.UU., en los últimos 20 años se han llevado a cabo diferentes programas de prevención en el ámbito escolar centrados en el entrenamiento de habilidades o en intervenciones tras un suicidio y que han sido introducidos en los contenidos formativos. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado⁴¹⁶.

Para algunos autores, el cribado de riesgo de suicidio supone un importante reto debido a varios factores⁴¹⁷:

- Gran variación de las propiedades psicométricas de los tests existentes, con una sensibilidad que oscila entre 48% y el 100%
- Excesiva brevedad de muchos de los instrumentos
- Modificación del punto de corte que puede mejorar la sensibilidad a costa de la especificidad
- Variabilidad de los criterios de identificación de los jóvenes en riesgo
- Variación de los criterios de validez que limitan las comparaciones entre instrumentos
- Necesidad de disponer de la estructura adecuada para realizar un seguimiento de todos aquellos pacientes que dan positivo en el cribado.

Debido a su frecuente asociación, el cribado de depresión suele ser el centro de interés de la prevención del suicidio en adolescentes en atención primaria. Así, y a pesar de la inexistencia de estudios que evaluaran los resultados de un programa de cribado de depresión en jóvenes⁴¹⁸, se ha indicado la realización de un cribado de los adolescentes con elevado riesgo de depresión cuando acuden a la consulta del médico de atención primaria⁴¹⁹. Por su parte, el USPSTF, basándose en estudios realizados con adultos, también sugirió realizar el cribado de depresión mayor en adolescentes de 12 a 18 años siempre que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean adecuados. Este mismo organismo consideró que la evidencia era insuficiente para recomendarlo en niños entre 7 y 11 años de edad⁴²⁰.

Programas y estudios de cribado de riesgo de suicidio en centros educativos

El *TeenScreen Program*⁴²¹ es un programa de cribado cuyo objetivo es identificar, problemas de salud mental como la depresión o el riesgo de suicidio en todos los jóvenes antes de abandonar la escuela secundaria. Los participantes completan uno de las siguientes encuestas autoaplicadas: ***Columbia Health Screen (CHS)***, ***Diagnostic Predictive Scales (DPS-8)***, o ***Columbia Depression Scale (CDS)***. Los jóvenes con una puntuación positiva en la herramienta de cribado son entrevistados con la Diagnostic Interview Schedule for Children y entrevistados por un profesional de salud mental, quien determina si es necesaria una evaluación posterior⁴²².

El cribado de riesgo de suicidio en centros educativos se ha desarrollado fundamentalmente en los EE.UU. y se ha descrito a menudo como herramienta, como programa o como ambos, si bien su puesta en marcha sigue siendo controvertida. Pena y Caine, en una revisión sistemática en 2006⁴¹⁷ recogen los diferentes programas, estudios y herramientas de cribado de riesgo de suicidio existentes hasta ese momento. Los autores concluyeron que la evidencia sobre su efectividad no es suficiente y que se necesitan nuevas investigaciones para determinarla.

Posteriores estudios tampoco encontraron datos sobre el posible impacto del cribado en la conducta suicida futura⁴²³⁻⁴²⁵. En la tabla 43 se resumen los estudios incluidos en la revisión de Pena y Caine⁴¹⁷ así como dos publicados posteriormente.

Cribado del riesgo de suicidio de adolescentes en atención primaria

Los médicos de atención primaria son, en muchos casos, los principales referentes en salud mental de los adolescentes y más del 70% visitan a su médico al menos una vez al año⁴²³

En 2010 se realizó un estudio para valorar si el cribado de riesgo de suicidio en atención primaria incrementaba la tasa de detección en adolescentes⁴³². Tres médicos previamente formados participaron en el cribado que consistió en dos preguntas estandarizadas sobre pensamientos de muerte y de ideación suicida y los resultados se compararon con datos de la historia clínica del año anterior. En la fase pre-intervención se cribaron 1561 jóvenes entre 12 y 18 años y se identificaron 13 como de alto riesgo de suicidio. En la fase post-intervención se cribaron 1415 jóvenes y se registraron 51. La exploración del riesgo de suicidio se incrementó un 219%, la detección de personas en riesgo un 392% y la derivación a salud mental aumentó de forma proporcional al incremento en la identificación. Para el autor, el cribado estandarizado permite identificar a los jóvenes con riesgo de suicidio que necesiten derivación a un servicio especializado

Cribado de riesgo de suicidio de adolescentes en los servicios de urgencias

Otro escenario importante para el cribado de riesgo de suicidio en niños y adolescentes son los servicios de urgencia, que en ocasiones constituyen su único contacto con el sistema sanitario.

Además, el riesgo de suicidio no detectado en los servicios de urgencia se asocia con una mayor morbimortalidad y con un incremento en la utilización de los servicios de salud.

Sin embargo, datos de una encuesta muestran que los médicos de un servicio de urgencias pediátrico reconocieron realizar cribado de trastornos mentales únicamente al 10% de los pacientes, generalmente tras presentar algún tipo de reclamación⁴³³. Esto podría deberse a la falta de tiempo, de herramientas de detección apropiadas y/o a la ausencia de protocolos consensuados. Cuando se realizaba el cribado, las tres condiciones encontradas con mayor frecuencia fueron la depresión (83%), las tendencias suicidas (76%) y el abuso de sustancias (68%). Como conclusión, los autores destacaron el interés de que los servicios de urgencia cuenten con herramientas adecuadas para el cribado de pacientes con riesgo de suicidio.

Asarnow et al.⁴³⁴ evaluaron el riesgo de suicidio en niños y adolescentes de entre 10 y 18 años con ideación suicida y uno o varios intentos previos. El estudio se realizó en dos servicios de urgencias diferentes y se utilizó un ítem del cuestionario *Youth Risk Behaviour Survey* (YRBS) ("En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has intentado suicidarte?")⁴³⁵. La presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos en ambos servicios de urgencias. Entre los factores específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, el haber tenido contacto o relación con suicidios o intentos y el embarazo de la persona o de su pareja⁴³⁴.

King et al.⁴³⁶ analizaron la validez y utilidad de un cribado de riesgo de suicidio en 298 adolescentes atendidos en un servicio de urgencias. El riesgo elevado de suicidio se definió como: a) puntuación ≥ 31 en el ***Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (IQ-JR)*** o un intento de suicidio en los tres meses previos, o b) abuso de alcohol y depresión [≥ 3 puntos en la ***Alcohol Use Disorders Identification Test-3 (AUDIT-3)***, ≥ 76 puntos en la ***Reynolds Adolescent Depression Scale-2 (RADS-2)***]. Para analizar la validez concurrente se utilizaron la ***Beck Hopelessness Scale (BHS)*** y el ***Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)***. El 16% de los adolescentes fueron identificados como de alto riesgo de suicidio, y de ellos, un 98% presentaban ideas graves de suicidio o un intento reciente y un 27%, abuso de alcohol y depresión. La adición de estos criterios no incrementó la identificación de casos. De los pacientes identificados como de alto riesgo de suicidio, el 19% habían acudido a Urgencias por causas no psiquiátricas, el 35,4% por quejas psicológicas o somáticas sin ideación o comportamiento suicida y un tercio no recibían ningún tratamiento por trastorno mental o por adicción a drogas.

Por último, Fein et al.⁴³⁷ pusieron a prueba un sistema informatizado de cribado (***Web-based Behavioral Health Screening- Emergency Department, BHS-ED***) para identificar problemas psiquiátricos en un servicio de urgencias hospitalario. El cribado lo completaron 857 adolescentes de 14 a 18 años. Los autores señalaron que la utilización de esta herramienta

incrementó significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (4,2% vs 2,5%), y su incorporación aumentó las evaluaciones realizadas por trabajadores sociales o psiquiatras (2,5% vs 1,7%). Noventa y cinco pacientes (11,1%) informaron de ideación suicida en el último año y 31 (3,6%) en las dos últimas semanas. De éstos, 15 habían hecho planes de suicidio o realizado algún intento suicida.

Herramientas de cribado de riesgo de suicidio en adolescentes

Una revisión sistemática realizada por Pena y Caine⁴¹⁷ encontró siete herramientas de cribado validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes y utilizadas generalmente en el ámbito escolar: **Columbia Suicide Screen (CSS), Diagnostic Predictive Scales (DPS), Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Suicidal Ideation Questionnaire JR (SIQ-JR), Risk of Suicide Questionnaire (RSQ), Suicide Risk Screen (SRS) y la Suicide Probability Scale (SPS)** (tabla 44).

Los instrumentos más comúnmente utilizados para detectar riesgo de suicidio son el SRS⁴³⁸, el SIQ⁴³⁹ y el CSS⁴⁴⁰. Éste último es el principal test de cribado utilizado en los centros educativos de EE.UU., habiendo demostrado que detecta estudiantes en riesgo de suicidio con mayor fiabilidad que los trabajadores de las escuelas⁴²⁵. Con el fin de mejorar sus propiedades psicométricas, Scott et al.⁴⁴¹ construyeron dos algoritmos, uno de umbral bajo que clasifica al 35% de los estudiantes como positivos (96% de sensibilidad y 61% de especificidad), y otro de umbral elevado en el que el porcentaje de identificación se reduce al 24% (92% de sensibilidad y 78% de especificidad).

En escuelas de secundaria, el CSS, el SIQ y el SIQ-JR tienen un valor predictivo positivo entre 0,16 y 0,33 lo que origina un importante número de falsos positivos. El RSQ y el DPS, usados generalmente en clínica, tienden a tener un alto VPP (0,53 a 0,55), por lo que podría recomendarse su uso en programas de cribado en escuelas⁴⁴². La sensibilidad de los siete instrumentos oscila entre 1,00 y 0,48, lo que significa que hasta un 52% de jóvenes en riesgo de suicidio darán negativo con estos instrumentos⁴¹⁷.

El RSQ se utiliza también para detectar conducta suicida en niños y adolescentes que acuden a un servicio de urgencias¹²⁰. Existe una versión en castellano; aunque validada con niños y adolescentes mejicanos, que obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza¹⁷⁵. Este cuestionario también fue utilizado por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias¹⁴⁵.

2+	La evidencia acerca de herramientas o programas de cribado de suicidio en centros educativos muestra resultados poco concluyentes ya que no se determinó su efectividad ni su posible impacto sobre la conducta suicida futura ⁴¹⁷ .
4	Uno de estos programas de cribado es el TeenScreen Program que tiene como objetivo identificar, de forma temprana y voluntaria, trastornos mentales como la depresión o el riesgo de suicidio en jóvenes antes de que abandonen la escuela secundaria ¹⁰⁹ .
2+	El cribado estandarizado del riesgo de suicidio en adolescentes en el ámbito de la atención primaria permite identificar jóvenes en riesgo de suicidio que necesiten una derivación a un servicio especializado ⁴³² .
Q	Diferentes factores, como la falta de tiempo, de herramientas de detección y de protocolos consensuados hace que el cribado de riesgo de suicidio se realice en pocas ocasiones en los servicios de urgencias ⁴³³ .
2+	En niños y adolescentes, la presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos. Algunos factores de estrés específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, la exposición a casos de suicidios o intentos de suicidio cercanos y el embarazo no deseado ⁴³⁴ .
2+	En los servicios de urgencias, el cribado de riesgo de suicidio en adolescentes tiene potencial para identificar pacientes con alto riesgo de suicidio que acuden por otros motivos médicos y a pacientes con presencia de depresión, consumo de alcohol e impulsividad ⁴³⁶ .
2+	Se ha observado que la utilización de sistemas informáticos de cribado en un servicio de urgencias hospitalario incrementa significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos ⁴³⁷ .
3	Se han encontrado diferentes herramientas de cribado validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes: <i>Columbia Suicide Screen (CSS)</i> , <i>Diagnostic Predictive Scales (DPS)</i> , <i>Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)</i> , <i>Suicidal Ideation Questionnaire JR (SIQ-JR)</i> , <i>Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)</i> , <i>Suicide Risk Screen (SRS)</i> y la <i>Suicide Probability Scale (SPS)</i> , oscilando su sensibilidad entre 1,00 y 0,48 ⁴¹⁷ .

Recomendaciones

Cribado de riesgo de suicidio	
D	En población general, no existen pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en adultos.
C	En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado.
C	En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de cribado puede utilizarse el <i>Risk of Suicide Questionnaire</i> (RSQ), por ser el la único validado en castellano.
C	En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo un cribado del riesgo de suicidio en aquellos adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc...), que acudan incluso por otros motivos.