Propiedades psicométricas de la adaptación al castellano de la Escala de Desesperanza de Beck en población infanto-juvenil

Batlle Vila S, Estrada Prat X, Camprodon Rosanas E, Petrizan Aleman A, Baeza Tena E, Nascimento Osorio MT, Marrón Cordón M, Martín-López LM, Pérez-Solà V.

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Sant Mart – La Mina, Parc de Salut MAR, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los sentimientos de desesperanza juegan son un mediador crucial en el desarrollo de cogniciones negativas, y desencadenante del salto a conclusiones categóricas como, por ejemplo, la de que el suicidio es la única opción para huir del insoportable sufrimiento psicológico. La desesperanza se erige como constructo clave que conecta la depresión con la conducta suicida[1].

La Escala de Desesperanza 2 desarrollada por A.T Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS), en el contexto de su aproximación conceptual a la depresión (teoría cognitiva), es un instrumento que ha demostrado ser eficaz para evaluar el sentimiento de desesperanza. La BHS se diseñó para medir las expectativas y sentimientos negativos sobre el futuro, y se ha utilizado tanto en contextos ambulatorios como en hospitalización. Su versión original ha demostrado una adecuada consistencia interna, validez concurrente y fiabilidad en una amplia variedad de muestras[3-6].

De acuerdo con los resultados de estudios empíricos, elevadas puntuaciones de la BHS están significativamente relacionadas con la ideación suicida, pudiendo ser utilizada para predecir la conducta suicida; estableciéndose como punto de corte una puntuación directa de 9. La severidad de la Desesperanza se calcula en base a la puntuación total obtenida[2] (Ver **Tabla I**)

Tabla I. Clasificación categorial del riesgo según las puntuaciones de la BHS (en su versión original).

Nivel de riesgo	Puntuació directa
Mínimo	0 - 3
Medio	4 - 8
Moderado	9 - 14
Severo	> 14

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es valorar la utilidad de la traducción de la BHS analizando su poder discriminativo por medio de su sensibilidad y especificidad, así como determinar el punto de corte óptimo en una muestra de jóvenes adolescentes.

MÉTODO

Se han recogido las puntuaciones de la BHS en 3 grupos de sujetos: población escolar, pacientes psiquiátricos sin conducta autolítica y pacientes psiquiátricos que han presentado tentativa autolítica (**Tabla II**). Se comparan la media de los 3 grupos por medio de un análisis de la varianza (ANOVA) y se obtiene la curva ROC con paquete estadístico SPSS 15.0.

TABLA II. Descriptivos por grupo

School population (*Men 45,5%*) N = 297	Minimum	Maximum	M	SD
Age	13	18	14,81	1,16
Total BHS	0	17	5,04	3,13
Clinical without autolysis attempt group (*Men 30,4%*) N = 79	Minimum	Maximum	M	SD
Age	12	17	14,59	1,37
Total BHS	2	17	7,76	2,89
Suicidal attempt group (*Men 18,9%*) N = 37	Minimum	Maximum	M	SD
Age	13	19	15,16	1,52
Total BHS	5	20	14,41	3,88

RESULTADOS

La puntuación de la BHS (**Figura 1**) presenta los siguientes descriptivos para cada grupo: escolar M = 5,04 (DT = 3,13), clínico sin tentativa M = 7,76 (DT = 2,89), clínico con tentativa M = 14, 41 (DT = 3,88); con diferencias significativas en ANOVA ($F_{(2,410)} = 153,58$, $p < 0.001$) y análisis post-hoc de Bonferroni significativo para los tres grupos entre sí ($p < 0,001$).
El análisis ROC (**Figura 2**) muestra un área bajo la curva (AUC) de 0,945 (IC 95%) y establece como punto de corte óptimo en una puntuación de 9, obteniendo una sensibilidad del 86,5% y una especificidad del 89,1% (**Tabla III**).

Figura 1. Box-plot por grupos

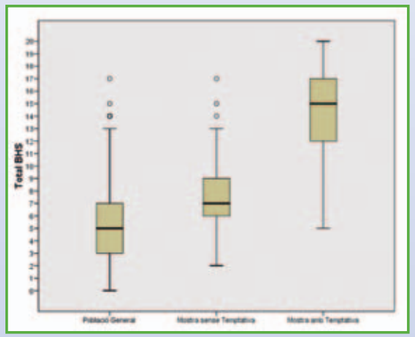

Figura 2. Curva ROC (Grupo de tentativas suicidas comparado con grupo población escolar y población clínica sin tentativas)

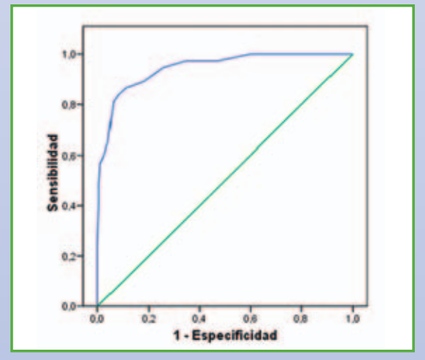

Tabla III. Sensibilidad y Especificidad de la BHS en población infanto-juvenil

Total BHS	% Sensibilidad	% Especificidad	Distancia	% VPP	% VNP
0	100,00	1,86	0,96	50,47	100,00
1	100,00	7,71	0,85	52,01	100,00
2	100,00	17,82	0,68	54,89	100,00
3	100,00	30,05	0,49	58,84	100,00
4	100,00	40,16	0,36	62,56	100,00
5	97,30	52,93	0,22	67,39	95,14
6	97,30	65,43	0,12	73,78	96,03
7	94,59	74,47	0,07	78,75	93,23
8	89,19	81,91	0,04	83,14	88,34
9	86,49	89,10	0,03	88,80	86,83
10	83,78	92,02	0,03	91,31	85,02
11	81,08	93,88	0,04	92,98	83,23
12	64,86	96,01	0,13	94,21	73,21
13	59,46	97,61	0,16	96,13	70,65
14	56,76	98,94	0,19	98,16	69,59
15	48,65	99,47	0,26	98,92	65,95
16	40,54	99,47	0,35	98,7	62,59
17	24,32	100,00	0,57	100,00	56,92
18	13,51	100,00	0,75	100,00	53,62
19	2,70	100,00	0,95	100,00	50,68
20	0,00	100,00	1,00	100,00	50,00
21	0,00	100,00	1,00	100,00	50,00

Nota. *VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo. En sombreado puntos de corte óptimos (menor distancia entre sensibilidad y especificidad)*

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son consistentes con los obtenidos en diferentes estudios de validación, apuntando la utilidad clínica en población infanto-juvenil española de la BHS para la detección del riesgo de tentativas autolíticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. JAMA 1975;234:1146-1149.
2. Beck AT, Steer RA. Beck Hopelessness Scale. Manual. San Antonio: Harcourt Brace, 1993.
3. Rodrtiguez-Pulido F., González de Rivera J.L. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En Medición clínica en psiquiatría y psicología Bulbena Vilarrasa A., Berrios G.E. y Larrinoa Palacios P.F. Masson S.A. (Eds) Barcelona. (pp.225-244).
4. Nekenda-Trepka CJS, Bishop S, Blackburn IM. Hopelessneess and depression. Brit J Clin Psychiatry 1983;132:954-956.
5. Beck AT, Weissman A, Lester D, Tresler LJ. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scales. J Consult Clin Psychol Rep 1974;42:861-865.
6. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. Am J Psychiatry 1985;142: 559-563.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona