

# Alta tasa de suicidio en Uruguay

## II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes

Dres. Nilia Viscardi <sup>1</sup>, Felicia Hor <sup>2</sup>, Federico Dajas <sup>3</sup>

### Resumen

*Un estudio anterior realizado en nuestro país mostró una alta tasa de suicidio en adolescentes varones y cifras elevadas de intento de autoeliminación en adolescentes mujeres. Dado que la desesperanza se ha correlacionado repetidamente con el comportamiento y la ideación suicida, se decidió realizar una evaluación del grado de desesperanza en los jóvenes, a los efectos de conocer su incidencia y severidad.*

*Para ello se tomó como instrumento la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) que explora, a través de veinte ítems, el nivel de desesperanza y las expectativas de futuro. Aplicada a potenciales suicidas o a individuos no arrepentidos luego de un intento de autoeliminación, se obtiene un puntaje superior a diez, que Beck considera "de riesgo" para conductas autoagresivas. La EDB se complementó con preguntas sobre la situación económica, la existencia de amigos y la relación familiar.*

*La EDB se aplicó, en forma anónima y voluntaria, en quintos y sextos años de bachillerato diversificado de liceos públicos y privados, de Montevideo y del interior del país.*

*Entre 7 y 11% de los jóvenes presentaron un puntaje de desesperanza alto en la zona de "riesgo" de la EDB. Los liceos públicos mostraron en general un perfil de mayor desesperanza que los privados. En Montevideo, y en el interior la desesperanza se correlacionó en forma estadísticamente significativa con las dificultades económicas, los problemas familiares y la soledad.*

*Se discute la incidencia de la desesperanza como un factor de importancia en la génesis no sólo de conductas autoagresivas como el suicidio, sino de otras conductas alteradas como el alcoholismo y la dependencia de drogas. En base a este análisis se trata de elaborar un perfil que pueda contribuir a diseñar políticas de prevención.*

### Palabras clave: Adolescencia

Suicidio

Familia

Intento de suicidio

Depresión

Trastornos de la conducta social

1. Becaría, id.

2. Unidad de Geriatria, Hospital de Clínicas

3. Jefe, División Neuroquímica, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Dpto. de Psicofarmacología Clínica, Hospital Psiquiátrico

Correspondencia: Dr. F. Dajas. Instituto Clemente Estable. Av. Italia 3318. Montevideo, Uruguay.

Recibido 1/7/94

Aceptado 29/7/94

### Introducción

En un trabajo anterior <sup>(1)</sup> mostrábamos que existe una alta tasa de suicidio e intento de autoeliminación (IAE) en nuestro país, pretendiendo una primera aproximación a su análisis. En él llamaba la atención la alta tasa en hombres mayores de 70 años para el suicidio consumado y de adolescentes mujeres para IAE. Las tasas de suicidio

para adolescentes varones eran también muy elevadas, particularmente para algunas áreas del interior del país (interior).

Si comparamos las tasas del grupo de edad de 10 a 20 años con las de otros países, vemos que éstas son altas para América Latina, siendo similares a las de E.U.A por ejemplo (13,7% en Uruguay, 12,3% en E.U.A). Estos datos no parecen más que confirmar una tendencia general a nivel mundial que muestra un marcado ascenso en las tasas de suicidio en adolescentes, sobre todo varones<sup>(2-4)</sup>.

Frente a estas cifras, surgen espontáneamente interpretaciones que pueden atribuir su importancia a problemas económicos y familiares y a las dificultades que encuentran los jóvenes para integrarse al mercado de trabajo y a la sociedad en su conjunto<sup>(5)</sup>. Interpretaciones de este tipo, sin embargo, no alcanzan a explicar totalmente un complejo problema como el del suicidio. De esta forma, en nuestro trabajo anterior se mostraba que zonas muy pobres de Montevideo presentaban tasas bajas en comparación a otras —como la Ciudad Vieja— donde las tasas de suicidio eran más altas que en el resto de la capital.

A nivel mundial, la entidad del fenómeno ha llevado a que sus causas hayan sido y estén siendo profundamente discutidas. Se ha analizado detalladamente el peso relativo de más de 25 causas particulares. De este análisis está surgiendo progresivamente un perfil claramente multicausal y evolutivo que integra diversas dimensiones, y en el que se reconocen desencadenantes circunstanciales y psicosociales<sup>(6,7)</sup>. Muchos coinciden en afirmar que varios aspectos de una situación socio-familiar deficitaria y la concomitancia de enfermedades psiquiátricas tales como esquizofrenia, depresión, dependencia, etc., son elementos importantes en el proceso que puede eventualmente llevar al acto suicida<sup>(8-14)</sup>.

En este contexto, se ha estudiado el peso de la desesperanza y del desamparo en la etapa final del proceso que lleva al suicidio<sup>(10,11,13,14)</sup>. Aunque la depresión clínica no está siempre presente, la falta de perspectivas positivas de futuro (o de salidas positivas a una situación dada) y la soledad se han detectado casi constantemente en las autopsias psicológicas. La desesperanza, entendida como una profunda falta de expectativas de futuro, sería un sentimiento clave en esta etapa.

En una revisión bibliográfica se puede constatar cuán prolongado e inestable es el período previo al acto suicida en el adolescente y cómo diversas causas se van estructurando lentamente, conformando un largo proceso<sup>(15,16)</sup> personal-social en el que las posibilidades de modificar el curso fatal del mismo, mediante intervenciones orientadas, son múltiples.

Las conductas suicidas se ligan en el adolescente a los trastornos de conducta, al alcoholismo y a la dependencia

de otras drogas<sup>(9,10,17)</sup>. La desesperanza puede predisponer la aparición de conductas de riesgo, cuya prevención es primordial. Por lo tanto, es de suponer que si avanzamos en la comprensión de la extensión, la severidad y la causalidad del pesimismo y las conductas ligadas a él, nos estamos acercando a las raíces de múltiples conductas desviadas en la adolescencia. En este sentido, una evaluación de la desesperanza podría darnos una idea de la severidad del riesgo suicida en determinadas poblaciones más expuestas, como los jóvenes en este caso y podría ser de gran valor en el diseño de aproximaciones preventivas. Un estudio de la correlación de la desesperanza con sentimientos provocados por la desintegración familiar, la soledad o las dificultades económicas, nos acercaría aún más a la caracterización del perfil de aquellos adolescentes en riesgo en los que las intervenciones preventivas fueran necesarias en forma más urgente.

El grupo de A. Beck en Estados Unidos pudo demostrar la incidencia de la desesperanza en el desencadenamiento de la conducta suicida desarrollando una escala para su evaluación que les permitió detectar hasta 90% de los individuos en riesgo de suicidio<sup>(18,19)</sup>. Esta escala había sido incorporada por nosotros un tiempo antes en nuestras evaluaciones clínicas en el Departamento de Psicofarmacología del Hospital Psiquiátrico y nuestros datos coincidían con los originales de Beck en cuanto a que pacientes con conducta o ideación suicida marcada mostraban un puntaje mayor de 10. Se resolvió entonces realizar un estudio más amplio, aplicando la escala a adolescentes de quintos y sextos años de varios liceos de Montevideo y del interior.

A pesar de que anteriormente se observó que Montevideo presentaba una distribución del suicidio no ligada al perfil socio-económico de las diferentes zonas, se retomó la hipótesis original de que en áreas de menor ingreso la desesperanza sería más alta que en áreas de mayor ingreso. Por esto se utilizó la división en zonas de Montevideo estudiada previamente (figura 1), y se compararon los resultados globales con algunas localidades del interior. El análisis estadístico de estos datos y su discusión se presentan en este trabajo.

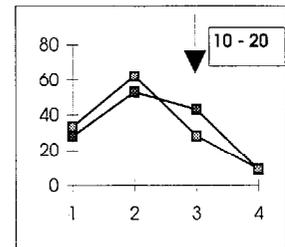
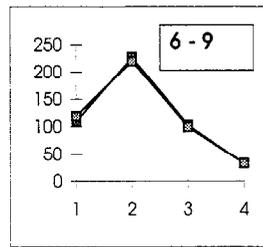
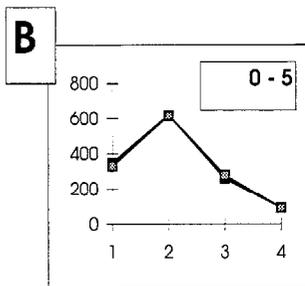
### Metodología

Los datos de suicidio e IAE por sexo y por edad fueron obtenidos de los partes policiales diarios de las Seccionales Policiales de Montevideo. Los datos que se manejan corresponden a un promedio de los años 1987, 1988 y 1989. Para la actualización de los datos de orden general se utilizaron los Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, años 1991 y 1992.

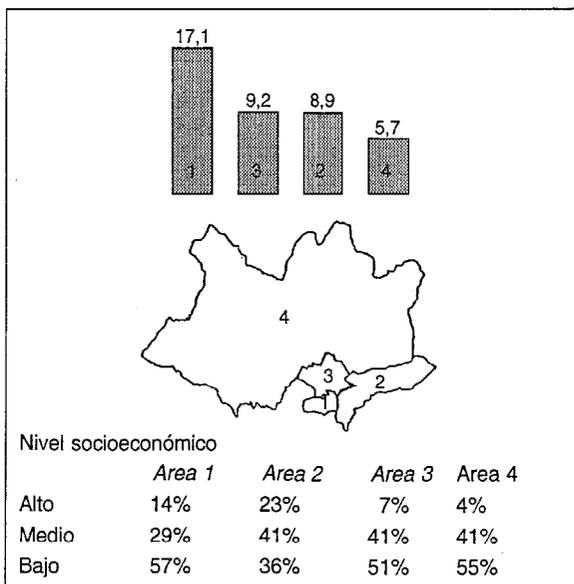
La encuesta se realizó en distintos liceos del país y se llevó a cabo en Montevideo, durante el correr del año 1993, y en el interior en los primeros meses del año 1994,

**Cuadro I.** Distribución de la muestra según puntaje obtenido en la EDB y áreas socioeconómicas de Montevideo

	ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3	ZONA 4	TOTAL	
PUNTAJE 0 - 5	347	618	261	92	1318	Casos observados
	331.7	615.4	278.9	91.8		Casos esperados
	18	32.1	13.5	4.7	68.5	Porcentaje Global
PUNTAJE 6 - 9	109	227	103	33	472	Casos observados
	118.8	220.4	99.8	32.9		Casos esperados
	5.6	11.8	5.3	1.7	24.5	Porcentaje Global
PUNTAJE MAYOR DE 10	28	53	43	9	133	Casos observados
	33.4	62.1	28.1	9.26		Casos esperados
	1.4	2.76	2.24	0.5	6.9	Porcentaje Global
TOTAL	484	898	407	134	1923	
	25.1	46.7	21.1	6.97		

**A**

Análisis estadístico por chi cuadrado. Las gráficas muestran los porcentajes esperados (símbolos vacíos) y los porcentajes observados (símbolos marcados en negro), en cada uno de los tres tramos de puntaje obtenibles en la escala. En la zona sombreada en la tabla (A) y el punto marcado con una flecha en la tercer gráfica (B), se muestran las diferencias entre los casos observados (43) en relación a los casos esperados (28). Esta diferencia es estadísticamente significativa al  $p < 0,05$



**Figura 1.** Distribución del suicidio según áreas socio-económicas de Montevideo. Las barras corresponden a la tasa anual de suicidio por 100.000 hab. (promedio 1987-1989) de cada área especificada en el mapa.

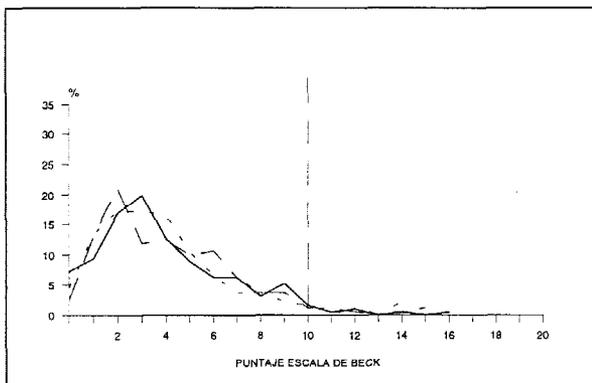
en un total de 2.630 personas. En cada uno de los liceos seleccionados se encuestaron los quintos y sextos años de bachillerato diversificado de los turnos diurnos (15 a 19 años de edad).

En Montevideo, el estudio se efectuó en 15 institutos de enseñanza, 8 públicos y 7 privados. La selección de los liceos se realizó en función de las cuatro principales zonas delimitadas para la capital en nuestro estudio anterior (figura 1). Se observó que existe una distribución geográfica diferencial de los liceos; la gran mayoría de ellos se encuentra en las zonas 1 y 2 (Centro y Pocitos), especialmente en el caso de los liceos privados. Por esta razón, en las zonas 3 y 4, se trabajó únicamente con los liceos públicos. Además, los liceos privados poseen un alumnado más reducido en sus preparatorios que los liceos públicos, por lo que la media de los jóvenes encuestados en ellos fue de 100 personas, a diferencia de la de los públicos que fue de 200 personas.

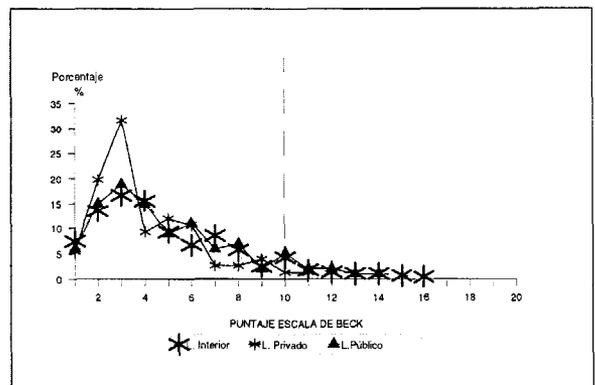
En el interior, el estudio se realizó en tres departamentos. En cada una de las localidades se trabajó con el Liceo Departamental N° 1 correspondiente, también con alumnos de quinto y sexto año de bachillerato diversificado. La media de los jóvenes encuestados varió mucho en

**Cuadro 2**  
 Respuestas obtenidas en liceos públicos y privados de Montevideo a las preguntas planteadas en la segunda parte de la encuesta

	Liceos públicos		Liceos privados	
	Si%	No%	Si%	No%
¿Tienes amigos?	96,4	3,5	97,2	2,6
¿Te llevas bien con tu familia?	88,5	11,1	90,5	9,1
¿Trabajas?	25,2	74,5	13,6	86,0
¿Sientes que hay dificultades económicas en tu casa?	16,0	38,0	6,4	69,0
¿Te ha ido bien en los estudios hasta el momento actual?	59,1	6,2	55,2	11,8
¿Vives en la zona del liceo?	23,3	76,5	28,0	71,6
¿Entendiste las preguntas?	94,7	6,8	95,4	1,3



**Figura 2.** Distribución porcentual de los puntajes obtenidos en tres liceos públicos de Montevideo en la EDB.



**Figura 3.** Distribución porcentual de los puntajes obtenidos en un liceo público y un liceo privado de Montevideo, y en un liceo público del Interior.

cada una de las localidades debido a que la población total de las mismas era muy diferente. Por esta razón, los resultados obtenidos no pudieron presentarse en función de los distintos departamentos, y se analizaron en forma global. Debido a que no existen liceos con bachillerato diversificado en las zonas rurales, la población que se estudió fue principalmente urbana. No se trabajó con liceos privados.

La encuesta que se efectuó en los liceos consistió en la realización de un cuestionario individual, anónimo y no obligatorio. El mismo estaba conformado por dos grandes bloques de preguntas. El primer bloque comprendía la “Escala de Desesperanza de Beck” en la que se presentan 20 ítems a los que debe responderse por verdadero o por falso (cuadro 1). De la sumatoria de estos ítems se obtienen los puntajes totales de la escala de desesperanza. En el segundo bloque se presentaba una serie de preguntas de autopercepción acerca de distintos problemas personales: situación familiar, laboral, económica, escolar y amistades (cuadro 2).

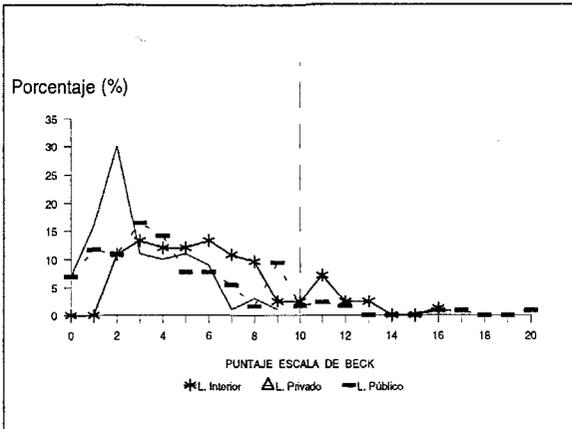
Se seleccionó un segundo grupo entre pacientes que, por razones médicas, consultaron en la Policlínica del Departamento de Geriátrica del Hospital de Clínicas y que no presentaron una enfermedad médica incapacitante, descompensada o con involucramiento afectivo. Todas eran personas mayores de 60 años. En este grupo el cuestionario con que se trabajó contenía únicamente los 20 ítems de la Escala de Desesperanza de Beck.

**Análisis estadístico:** Se utilizó un análisis de chi-cuadrado para la estimación de la correlación de los diferentes índices con el puntaje de desesperanza. La significación estadística se fijó en  $p < 0.05$ . Se utilizó el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS).

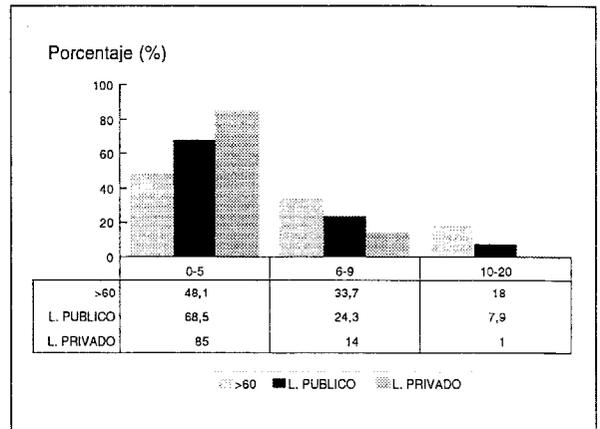
**Resultados**

*Montevideo*

El análisis de la distribución de la muestra por zonas y por puntaje obtenido puede observarse en el cuadro 1. Allí se puede apreciar que la mayoría (68,5%) de los en-



**Figura 4.** Distribución porcentual de los puntajes obtenidos en la EDB en un liceo público y un liceo privado de Montevideo, y en personas mayores de 60 años.



**Figura 5.** Distribución porcentual de los puntajes obtenidos en la EDB en un liceo público y un liceo privado de Montevideo, y en personas mayores de 60 años. La distribución de los valores se muestra en función de los tres tramos de puntaje que dividen la EDB. El tercer

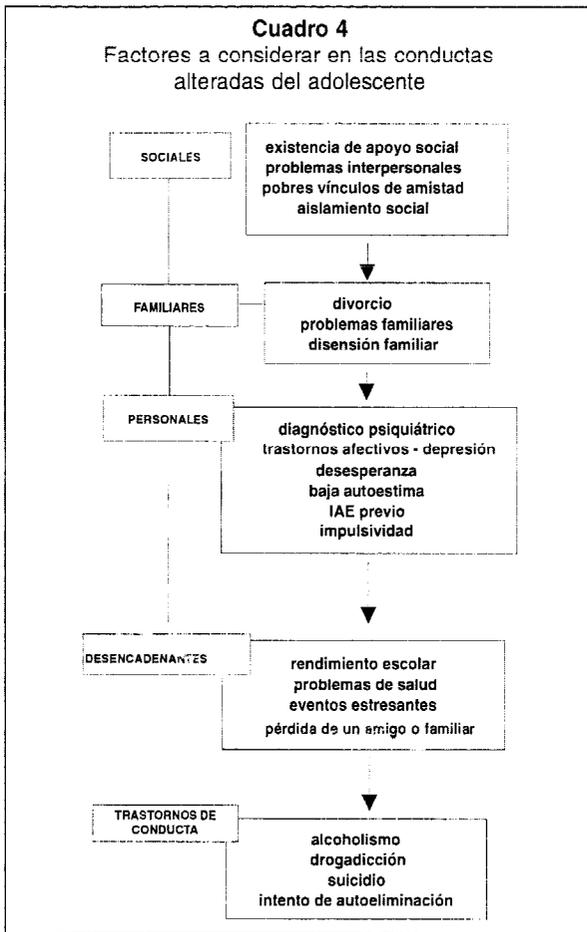
**Cuadro 3.** Distribución de la muestra según puntaje obtenido en la EDB y respuesta a las preguntas sobre amistad, familia y problemática económica.

	¿ Tienes amigos ?			¿ Te llevas bien con tu familia ?			¿ Percibes dificultades económicas en tu casa ?				
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	MAS O				
							SI	MECOS	NO		TOTAL
PUNTAJE 0-5	1284	19	1303	1191	77	1268	139	668	482	1289	Casos observados Casos esperados Porcentaje Global
	1270	32	69	1152	115	69	159	622	506	67	
	67	1		64	4		7	35	25		
PUNTAJE 6-9	446	16	462	391	55	446	57	200	202	459	Casos observados Casos esperados Porcentaje Global
	450	11	24	405	40	24	56	221	180	24	
	23	0		21	3		3	10	10		
PUNTAJE MAYOR DE 10	119	12	131	88	35	123	36	39	54	129	Casos observados Casos esperados Porcentaje Global
	127	3	7	111	11	7	16	62	50	7	
	6	0		4	2		2	2	2		
TOTAL	1849	47		1670	167		239	907	138	1923	
	97	3		91	9		12	48	40		

Análisis estadístico por chi cuadrado. En las zonas sombreadas de la tabla se muestran las diferencias entre los casos observados (12, 35 y 36 respectivamente) y los casos esperados (3, 11 y 16). Esta diferencia es estadísticamente significativa al  $p < 0,05$ .

cuestados obtuvo puntajes bajos (primer tramo, 0 a 5 puntos) en la escala de Beck (primera fila en todas las zonas). 24,5% de los jóvenes se situaron en el tramo intermedio de la escala (6 a 9 puntos, segunda fila del cuadro 1) y alrededor de 7% en el tramo de mayor puntaje. En esta fila de la tabla, se puede observar que para la zona 3 la frecuencia obtenida (43) es significativamente mayor que la esperada (28). Esto significa que en los liceos de la zona 3 hay un número inesperadamente alto de alumnos que muestran un puntaje por encima de lo que se consideró nivel de riesgo.

Cuando se analiza la distribución porcentual de los puntajes obtenidos en los liceos públicos entre sí, estos son muy similares (figura 2), la mayoría de los casos aparece en el primer tramo de la escala. Sin embargo, cuando se comparan los liceos públicos de Montevideo y del interior con los liceos privados, se observan diferencias claras en la distribución, tal cual se muestra en la figura 3. El perfil general muestra la curva del liceo público más baja y extendida en relación a la del liceo privado. Esto significa, por un lado, que un porcentaje mucho menor de los jóvenes del liceo público se sitúa en el primer tra-



(16% en los públicos contra 6% en los privados) y en la necesidad de trabajar (25% públicos, 13% privados). Curiosamente, son los alumnos de los liceos privados quienes perciben mayores dificultades en el rendimiento escolar (11,8% contra 6,2%). A los efectos de la evaluación general de la encuesta, importa destacar que, aproximadamente 95% de los encuestados en ambos grupos, manifiesta haber comprendido el cuestionario.

Las respuestas a estas preguntas de autopercepción fueron correlacionadas con los puntajes obtenidos en la escala de Beck para saber si existía relación entre determinados tipos de respuestas y las expectativas de futuro en las personas encuestadas. En el cuadro 3 podemos observar la distribución de la muestra en función de la pregunta sobre la amistad tal cual se distribuyen en un análisis de chi-cuadrado. Este tipo de análisis nos compara, en cada ubicación, el número de casos obtenidos con los esperados y nos da su significación estadística. En la segunda columna del cuadro se ubican aquellos que manifestaron no tener amigos. Si nos detenemos en el tramo de las personas con puntajes más elevados (mayores de 10), nos encontramos con que la frecuencia observada (12) es superior a la esperada (3): un número significativamente alto de adolescentes con mucho pesimismo manifestaron no tener amigos.

También en el cuadro 3 se muestra la distribución de los datos en función de la problemática en las relaciones familiares. Nuevamente es en la segunda columna, en el tramo de los adolescentes con pocas expectativas de futuro, que encontramos un mayor número de jóvenes (35) que manifiestan no tener buenas relaciones con su familia en comparación a los esperados (11) (estadísticamente significativo). Por último, podemos observar qué ocurre con respecto a la percepción de problemas económicos en el hogar. En el último tramo de la primera columna, las personas que manifiestan tener problemas económicos son más (36) de las esperadas (16), lo que también es estadísticamente significativo.

Finalmente, la desesperanza no se correlacionó ni con el sexo, ni con el hecho de mantener una actividad laboral.

Podemos concluir que es significativamente mayor la cantidad de jóvenes que manifestaron tener problemas familiares, económicos y no tener amigos, entre aquellos encuestados más desesperanzados y con menores expectativas de futuro,

#### Interior del país

Los datos obtenidos en las tres localidades estudiadas fueron analizados en forma conjunta, por lo que se presentan resultados globales para todo el interior.

Los resultados obtenidos (los datos no se muestran)

mo de la escala y, por otro lado, que existe en ellos una tendencia a extenderse hacia los valores altos del tercer tramo del puntaje obtenible (pesimismo muy alto). En cambio, en el liceo privado, más de 30% de los alumnos encuestados presentó buenas expectativas de futuro (bajo pesimismo) y casi no se observan casos con puntaje alto.

Si se comparan ahora los puntajes de los liceos privados con los públicos y con los mayores de 60 años (figuras 4 y 5), se observa nuevamente el alto porcentaje de individuos que se sitúa en el primer tramo de la escala en los liceos privados (85% liceo privado contra 68,5% liceo público y 48,1% para las personas mayores de 60 años). Esto se confirma en el otro extremo de la gráfica, correspondiente a los valores iguales o superiores a 10 (18% mayores de 60 años, 8% liceo público y sólo 1% en el liceo privado).

En el cuadro 2 se muestran los resultados obtenidos en la segunda parte de la encuesta, donde se planteó una serie de preguntas acerca de distintos puntos: amistad, familia, situación económica, escolaridad.

Globalmente, no se observaron diferencias significativas en las relaciones familiares y de amistad en los adolescentes de liceos públicos y privados. Las diferencias aparecen en la percepción de los problemas económicos

fueron muy similares a los de Montevideo. 66,5% de los encuestados obtuvieron puntajes bajos, comprendidos entre 0 y 5, alrededor de 24% de los jóvenes se situaron en los valores intermedios de la escala (6 a 9 puntos), y 10% de ellos obtuvieron puntajes elevados, de alto pesimismo. Comparativamente, puede decirse que la distribución de la muestra en el interior se asemeja mucho a la de Montevideo, aunque en los valores más altos, de “riesgo”, el porcentaje de jóvenes observados en el interior (10%) sea un poco más elevado que el de Montevideo (7%).

En la figura 3, al comparar los diferentes perfiles de distribución de los puntajes obtenidos en un liceo público del interior con un liceo público y uno privado de Montevideo, el perfil general muestra que la curva del liceo público del interior es prácticamente idéntica a la del liceo público de la capital, diferenciándose únicamente la del liceo privado. Esto indica entonces que en el interior encontramos una menor cantidad de jóvenes en el primer tramo de la escala (buenas expectativas de futuro), y una tendencia de la curva a extenderse hacia los valores altos de la escala, o sea, mayor cantidad de jóvenes con una desesperanza marcada y valores de “riesgo”, al igual que en los liceos públicos de Montevideo.

Por otro lado, del análisis por chi-cuadrado de los datos, surgió que la desesperanza en los adolescentes del interior estaba en correlación estadísticamente significativa con la percepción de problemas económicos en el hogar, la ausencia de amigos y los problemas en la relación familiar. Al igual que en la capital, la actividad laboral y el sexo tampoco se correlacionaron con la desesperanza.

## Discusión

Es muy abundante la bibliografía que en los últimos años señala el aumento de las tasas de suicidio en los adolescentes en diferentes partes del mundo (6,7,20). En la búsqueda de alternativas de prevención, se ha analizado sistemáticamente el fenómeno a nivel de enseñanza secundaria, otorgándosele progresivamente mayor importancia. Esto queda demostrado por el número de trabajos originales dedicados al tema a nivel mundial: 2 en 1983; 46 en 1993. En estos trabajos sorprende encontrar que más de 10% —11 a 14%— de los adolescentes en los colegios secundarios que participaron en estos estudios, o bien presentan ideación suicida o han realizado un intento de autoeliminación. Esta cifra se repite en diferentes partes del mundo industrial y no industrial (16,21,22).

Estas son parte de las razones por las cuales hemos encarado el tema incluyéndolo en un programa de larga data que ha enfocado aspectos psicobiológicos de la depresión y el suicidio en nuestro país. El interés por el

tema se suscitó muy especialmente luego de un primer análisis que mostró que Uruguay no es una excepción, ya que sus tasas de suicidio e intento de autoeliminación en adolescentes son altas (1).

Cuando se intenta explicar lo que significa la irracionalidad del suicidio, se le ve como determinado por dificultades de diverso tipo, donde resaltarían las socio-económicas y familiares. Aunque existen trabajos que han constatado la influencia de factores socio-familiares y socio-económicos como el desempleo (5), la opinión que prevalece entre quienes más han estudiado el fenómeno es que el suicidio y el intento de autoeliminación son de una etiología multicausal. Precisamente, en un trabajo anterior, buscamos una correlación entre la incidencia del suicidio en Montevideo y factores socio-económicos que no encontramos, al menos en una relación directa: existían tasas medias y elevadas en zonas de Montevideo caracterizadas por su integración social alta o media alta (por ejemplo Pocitos y Carrasco) y tasas muy bajas en zonas de extrema pobreza (orillas del Pantanoso) (1). Por ello decidimos encarar este estudio, más general, centrándolo en adolescentes, que representan uno de los grupos de riesgo emergentes de nuestro estudio y de otros estudios internacionales, tal cual se estableció con anterioridad.

La desesperanza y el desamparo aparecen en la etapa final del proceso que lleva al suicidio o al intento de autoeliminación (10,11). Una evaluación de la desesperanza en adolescentes podría dar una idea de la propensión al suicidio o al intento de autoeliminación en los jóvenes. Sería por lo tanto un punto de referencia más preciso de la severidad del fenómeno, por estar situado, justamente, en una etapa del proceso suicida en la que numerosos autores coinciden en que es posible realizar intentos de prevención fructíferos.

Entre los numerosos instrumentos elaborados para evaluar la desesperanza, la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) ha demostrado ser clínicamente efectiva, ya que permitió detectar 90% de individuos que luego consumaron un suicidio. La EDB es particularmente apropiada además, para estimaciones de riesgo, por tener un punto de corte muy preciso (puntajes mayores de 10), por encima del cual se ubican, en uno de los estudios de Beck (18,19), aquellos individuos en mayor riesgo suicida. En el Departamento de Psicofarmacología Clínica del Hospital Psiquiátrico en Montevideo, hemos incorporado la EDB desde hace unos años, aplicándola dentro de una batería de tests utilizada para evaluar la psicopatología de individuos que intentaron quitarse la vida y que no se muestran arrepentidos respecto al intento (expresaron que lo harían nuevamente en el momento de aplicarse la EDB). En acuerdo con las hipótesis y los resultados de Beck,

estos pacientes obtienen un promedio en la escala de 16,6, superior al nivel de corte en 10. Partiendo de esta base pensamos que esta escala, aplicada en adolescentes, podría ser el instrumento idóneo para los objetivos planteados.

Corresponde aclarar que en los diferentes trabajos que abordan el tema, algunos evalúan correlaciones en presencia de ideación suicida, otros buscan correlaciones con las situaciones que acompañan al intento de autoeliminación, etc. En este contexto, importa precisar que *nosotros no hemos analizado la ideación suicida y el deseo explícito de muerte, sino la desesperanza, dado que ésta ha sido correlacionada repetidamente con la depresión y la ideación suicida o el suicidio consumado.*

Antes de pasar a analizar los resultados obtenidos, corresponde discutir en forma particular el valor y las limitaciones del instrumento utilizado y del diseño experimental aplicado. Si bien la EDB fue diseñada para uso clínico, su estructura y sus características la hacen fácilmente aplicable fuera de este contexto. La realización voluntaria de la encuesta y su naturaleza anónima, brindan un marco de libertad y espontaneidad en la realización del trabajo que contribuye a una mayor certeza en las respuestas. Sin embargo, la aplicación en forma grupal de la EDB (en el liceo), proporciona un contexto específico cuyo peso en la evaluación no hemos realizado hasta el momento actual. Podemos suponer que este contexto opera en un sentido positivo dada la gran importancia, en esta edad, del vínculo social, pero no tenemos certeza de ello y estamos realizando en la actualidad un test de aplicación individual de la escala. Debe recordarse que ésta es una primera aproximación global al problema. La realización de la encuesta en forma individual es operativamente mucho más difícil de implementar. En nuestro caso, el diseño experimental responde a la necesidad de llegar a un número importante de adolescentes (más de 2.500), en forma rápida (10 a 15 minutos, para no interferir con las clases) y clara, mediante un instrumento de respuesta preciso (verdadero o falso).

En Montevideo, de acuerdo con el diseño original, se analizó la distribución de la desesperanza por grandes zonas socio-económicas. Los primeros resultados mostraron un número de jóvenes inesperadamente alto con puntaje mayor de 10 en la zona 3. Sin embargo, un análisis más detallado de los datos, mostró que más de 75% de los adolescentes que asistían a los liceos de esta zona no pertenecían al barrio del liceo. La muestra analizada, entonces, es representativa de todos los jóvenes que cursan bachillerato diversificado en Montevideo, sin atender a la zona de que provienen. Tomados así, los datos muestran que *alrededor de 7% de los adolescentes encuestados presentan un puntaje mayor de 10 en la Escala de*

*Beck (la zona de "riesgo" definida por Beck y confirmada en nuestros estudios realizados en el Hospital Psiquiátrico).*

Este porcentaje promedio se incrementa aún más con las cifras del interior, que son más elevadas que las de Montevideo, llegándose a un promedio global de 9%. Concretamente, esto significa que en un grupo de clase de cincuenta alumnos tenemos la posibilidad de encontrar entre cuatro y cinco jóvenes que no tienen esperanza con referencia a sus posibilidades de construir su futuro.

Estas cifras, que a priori parecen muy altas, son más bajas que la tasa de suicidio para los jóvenes de 14 a 24 años en nuestro país y que las cifras de jóvenes con ideación o conducta suicida referidas previamente (10-14 %) (16,2122). Una idea adecuada de su severidad nos la puede dar la consideración de que, en primer lugar, el rango de edad abarcado en nuestro estudio (16-18 años) comprende apenas dos años del rango total (14-24 años) de una distribución que no es uniforme sino ascendente. En segundo lugar, la significación de nuestras cifras surge de la definición del universo de estudio planteada. Este universo, jóvenes que cursan el bachillerato diversificado en Montevideo y en el interior, no representa más que un pequeño porcentaje de los jóvenes de la misma edad en nuestro país.

Las cifras obtenidas mueven a la reflexión porque los encuestados comprenden, en principio, los jóvenes más integrados al sistema educativo en general y, por lo tanto, aquellos cuya capacidad de proyectarse hacia el futuro es mayor. Cabe preguntarse —interrogante que queda planteada para futuros análisis— cuál puede ser el nivel de desesperanza en los jóvenes que han abandonado el sistema educativo.

Los estudiantes de los liceos de la zona 3 de Montevideo, donde se encontraron las cifras más altas de desesperanza, provienen de toda el área norte del departamento, donde prácticamente no hay institutos de enseñanza secundaria con bachillerato diversificado y que presenta una composición social más heterogénea con predominio de sectores medios bajos y bajos, por lo cual cabe preguntarse si existe una relación entre la desesperanza en los adolescentes y su situación socio-económica.

El análisis de los datos mostró que *tanto en Montevideo como en el interior existe una correlación estadísticamente significativa entre la percepción de dificultades económicas en el hogar y la desesperanza.*

Podría argumentarse que esta afirmación se funda en una percepción subjetiva del problema económico por la forma en que fue evaluada en la encuesta. Sin embargo, en Montevideo, si atendemos a la distribución de los puntajes de la Escala de Beck en los liceos públicos y en los liceos privados (figura 3) esto parecería confirmarse. He-

mos encontrado que los liceos privados muestran un perfil de menor pesimismo que los liceos públicos. Este aspecto se constata en los diferentes perfiles de desesperanza que muestran los jóvenes de una misma zona según asistan a un liceo público (menor nivel socio económico) o privado (en esta zona, nivel socio-económico alto a muy alto).

Comparando estos resultados con los de nuestro estudio anterior<sup>(1)</sup>, puede parecer una contradicción que, en aquél, la relación entre la pertenencia a una determinada zona socio-económica y la tasa de suicidio no era significativa. Sin embargo, lo que hemos observado es simplemente el peso muy diferente que asume lo económico en la determinación del suicidio por un lado y de la desesperanza por otro (a pesar de que ésta determine a aquél).

Otra diferencia se observa en relación al sexo. En Uruguay y en el resto del mundo son los hombres los que con mayor frecuencia cometen suicidio y las mujeres las que más frecuentemente realizan un IAE<sup>(7)</sup>. La desesperanza no se relaciona con el sexo. En este punto nos encontramos con las mismas indefiniciones que aún se vinculan al tema del suicidio, donde no se han podido encontrar razones valaderas para explicar la diferencia. Lo que sí importa para nuestro análisis es que la desesperanza está afectando por igual ambos sexos, aumentando quizás el riesgo general de autoagresión o conductas alteradas, como veremos más adelante.

*El perfil de distribución de la desesperanza, por otra parte, muestra que en los jóvenes que asisten a un liceo público (de Montevideo o del interior indistintamente) éste se asemeja mucho más al de los individuos mayores de 60 años, con problemas médicos y económicos, que al de sus pares que asisten a un liceo privado.* Recordemos que las personas mayores de 60 años están, desde el punto de vista estadístico, entre los grupos con mayor incidencia de suicidio y depresión<sup>(1,23)</sup>. Teniendo en cuenta que la muestra fue tomada en la Policlínica del Departamento de Geriátrica del Hospital de Clínicas (lo cual estaría indicando la existencia de problemas médicos y económicos), no es de extrañar que en este grupo se encuentre un perfil alto de desesperanza. Sí, resulta sorprendente que los jóvenes de los liceos públicos se parezcan a este grupo en su nivel de pesimismo, y en sus expectativas de futuro.

Más de 21 factores han sido analizados en trabajos que exploraron la existencia de correlaciones entre elementos personales, familiares y sociales, y la ideación suicida o el intento de autoeliminación en jóvenes que concurren a la enseñanza secundaria<sup>(7)</sup>. *El análisis estadístico de nuestros datos mostró precisamente una correlación significativa entre quienes manifestaron no tener amigos,*

*no llevarse bien con su familia y quienes puntearon alto en la escala de Beck (más de 10 puntos).*

En el cuadro 4 hemos agrupado los factores analizados en trabajos anteriores en las tres grandes dimensiones mencionadas: personal, familiar y social, a lo cual se sumaría la existencia de eventos desencadenantes.

A nivel social, los problemas interpersonales y el aislamiento fueron definidos como factores asociados a la ideación suicida<sup>(10,24,25)</sup>. Precisamente, en nuestro trabajo, los mayores puntajes de desesperanza se correlacionaron con la ausencia de amigos. Estos jóvenes además manifestaron tener dificultades en la relación familiar.

Es en la esfera personal donde las otras dimensiones se sintetizan y pueden dar origen a un abanico de conductas alteradas. Forman parte de este espectro de conductas la tendencia al alcoholismo, al abuso de drogas u otras sustancias tóxicas, la fuga de hogares, etc<sup>(9,17)</sup>. Éstas se correlacionan con el intento de autoeliminación y el suicidio, los que a su vez no son más que otras alternativas de este abanico de posibilidades<sup>(7)</sup>.

Por otra parte, se ha comprobado repetidas veces que el suicidio consumado aumenta marcada y significativamente en personas con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y la depresión<sup>(11,13,26-29)</sup>. La suma de todos los factores mencionados hasta el momento en la dimensión personal hace que, por momentos, hasta la relación entre causa y efecto se desdibuje. Si tomamos la depresión, por ejemplo, ¿puede decirse que ella se origina solamente en los problemas o factores socio-familiares anotados previamente? ¿O un trastorno afectivo como la depresión, si está presente, determina a su vez el grado de relación grupal y familiar? Nuestro diseño experimental no permite responder adecuadamente a este tipo de interrogantes que son parte de las que han quedado para confirmar en trabajos posteriores.

*Recordemos además que la adolescencia, de por sí, constituye un período del desarrollo humano de particular susceptibilidad para la acción de todos los factores que hemos mencionado.* Si realizamos nuestra observación desde la perspectiva del desarrollo podemos plantearnos que la adolescencia es una etapa de la vida que presenta una especial vulnerabilidad para la desesperanza y los sentimientos depresivos.

Los procesos de individuación y separación que debe atravesar el adolescente en su desarrollo psicológico lo colocan en una posición de soledad afectiva de la cual el niño está mucho más protegido porque busca abiertamente el contacto emocional con el adulto y éste, a su vez, lo acepta como una necesidad para el pequeño (si bien la sociedad actual muchas veces somete al niño a situaciones de abandono y abuso, no se ha comprobado que ello aumente el riesgo suicida).

La desesperanza es conocida en el adulto como un predictor del riesgo suicida y es en la adolescencia cuando, junto con el mayor desarrollo de ciertas habilidades cognitivas, surgen oportunidades para la aparición de este sentimiento. En esta etapa se hace posible (y además la sociedad así lo espera) que el joven maneje alternativas de futuro y tome decisiones en función de ello. Aumenta la percepción de sí mismo y de cómo se es visto por los demás, la preocupación por valores abstractos y la capacidad de realizar una planificación de los actos (incluso el suicida). Todo este mayor desarrollo de capacidades que tienen como destino un enriquecimiento de la personalidad pueden, en esta etapa del desarrollo, sumarse a otros factores internos o externos al individual para crear una situación de estrés que conviertan al joven en un ser más vulnerable (desesperanza, IAE, etc.).

Resumiendo, *la desesperanza en jóvenes adolescentes de nuestro país que concurren a establecimientos secundarios es alta y se correlaciona con la percepción de problemas socio-económicos, familiares y con la soledad.*

Ya que la desesperanza determina el comportamiento suicida como una más de otras conductas alteradas, los resultados obtenidos nos están mostrando la importancia del número de aquellos “en riesgo” de buscar salidas erróneas a los problemas que perciben en su entorno social-familiar. *Las medidas de prevención que tomemos frente a estos jóvenes desesperanzados los estarían protegiendo no ya solamente de las consecuencias de la autoagresión física como el suicidio o el intento de autoeliminación, sino también —y quizás con más énfasis— de otras manifestaciones de la misma esfera comportamental como son, por ejemplo, el alcoholismo, las drogas y los accidentes.*

Lo primero que lleva a una prevención efectiva es la identificación del problema. ¿Podemos construir un perfil de estos jóvenes desesperanzados que contribuya a diseñar aproximaciones que los ayuden a sortear su crisis?

Intentaremos aportar elementos para la construcción de un perfil de “riesgo” integrando nuestros datos con los revisados en la literatura. Existen dos aspectos muy importantes a resaltar antes de pasar a su consideración detallada: en primer lugar, el perfil, al apartarse de un análisis estricto de datos, tiene mucho de especulativo. En segundo lugar, *ninguna conducta suicida o de abuso de drogas, etc. está forzosamente determinada, ni aún por la presencia de todos los factores que se mencionan. Ella es el resultado de la conjunción particular de una suma de elementos, en un proceso temporal evolutivo, sobre la base de una personalidad particular, en un momento determinado del desarrollo.* Podremos hablar de individuos en riesgo para ciertas conductas, pero nunca del individuo que ha de tomar una conducta determinada. Este no

es un aspecto menor frente a conductas como las que analizamos. El joven suicida, por ejemplo, deja una familia y un entorno social que deberá elaborar el duelo por su pérdida. Una comprensión adecuada de todos los aspectos y la aceptación del armado multicausal de los factores en juego llevará a procesar mejor los fuertes sentimientos de culpa que surgen en el entorno de un episodio suicida y por lo tanto, a una mejor elaboración del duelo.

En la creación de este perfil partiremos de la base de un entorno social particular en el que pesarían determinados problemas y situaciones macroeconómicas (desempleo, por ejemplo). Este marco actuaría sobre la dimensión familiar donde importarían, por un lado, los antecedentes y la situación psicopatológica particular de los progenitores (problemas psiquiátricos específicos) y, por otro lado, las situaciones de ruptura familiar (abandono, etc) <sup>(15,16)</sup>. El siguiente nivel nos lleva al entorno grupal inmediato al individuo en “riesgo”, importando aquí su grado de interrelación con él (grado de pertenencia a grupos y grado de relación con ellos) <sup>(9,30)</sup>. El grupo actúa como un factor cohesionador y de apoyo. El aislamiento es uno de los indicadores de riesgo.

Finalmente, como hemos mencionado, todos estos factores se resuelven en el nivel personal, integrándose en la personalidad del joven, influenciándola, interactuando con sus rasgos propios. Importa a este nivel, el grado de integración personal y la presencia o no de psicopatología asociada (esquizofrenia, depresión, etc) <sup>(10,31,32)</sup>.

Cabe resaltar aquí un aspecto de especial importancia para las conductas suicidas, ya que es en ellas donde se ha estudiado más; se refiere a la posible “vulnerabilidad” de algunos individuos. Numerosos estudios han señalado la presencia de niveles bajos de algunos metabolitos de neurotransmisores en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas, lo que se ha relacionado con el nivel de autoagresividad <sup>(33)</sup> y de impulsividad. Estos individuos estarían en una situación de mayor vulnerabilidad biológica para las conductas autoagresivas.

Importa siempre identificar, en el proceso que lleva a las conductas autoagresivas, dos factores finales: el cambio y los factores desencadenantes. El primero se refiere a un marcado cambio de conducta de un joven como un mayor aislamiento, mensajes encubiertos sobre la propia muerte, fugas, alcoholismo, etc <sup>(7,16,17,34)</sup>. El segundo aspecto importante es la existencia de eventos desencadenantes. Éstos muchas veces no guardan relación con la conducta resultante sino que son el último factor de una larga cadena de acontecimientos. Problemas de salud, bajo rendimiento escolar, un caso de suicidio en el entorno grupal, suelen ser los problemas observados.

Nuevamente debemos decir que la suma de todos estos

factores no tiene por qué llevar forzosamente a un desenlace suicida. Importa destacar que ellos se han asociado estadísticamente con estas conductas y pensamos que deben ser conocidos por aquellos que están en contacto con el entorno social de los jóvenes (profesores, médicos y educadores en general).

Se ha demostrado que la presencia de servicios de apoyo y consejo especializados ayudan al joven en períodos de crisis muchas veces pasajeros. Mientras esto no se concrete, deberán estar todos aquellos profesionales en contacto diario con los jóvenes, atentos para percibir las señales, muchas veces débiles, indicadoras de un proceso de crisis, que puede resolverse favorablemente mediante una intervención oportuna.

### Agradecimientos

El presente trabajo se inscribe en un Programa de Investigación sobre Psicobiología del Suicidio y de la Depresión apoyado por la Agencia Sueca para la Cooperación Internacional (SAREC).

Se entendió que la temática planteada y el tipo de análisis desarrollado exijan mantener el anonimato de los centros de enseñanza participantes, por lo que agradecemos en forma genérica a todos los directores y profesores de Secundaria que brindaron su espontáneo apoyo. Asimismo se agradece a las autoridades del CODICEN por la colaboración brindada.

La Dra. Pilar Bailador realizó una lectura crítica del manuscrito, especialmente en la parte referida a la adolescencia.

La nurse Magdalena Dajas y el Dr. Gonzalo Rivero, miembros del Departamento de Psicofarmacología Clínica del Hospital Psiquiátrico aplicaron la escala de Beck a los pacientes internados.

Se agradece especialmente la tarea secretarial de Ivana Faccini y Graciela Barthou.

Finalmente, deseamos agradecer la entusiasta colaboración de todos los estudiantes encuestados gracias a quienes fue posible realizar este trabajo.

### Résumé

Une étude antérieure réalisée dans notre pays a montré l'existence de taux élevés de suicide parmi les adolescents du sexe masculin ainsi que des chiffres également élevés de tentatives de suicide parmi les adolescents.

Du fait qu'une corrélation entre la désespérance, le comportement et l'idéation suicides a été mise en évidence de façon répétée, il a été décidé d'évaluer le degré de désespérance parmi les jeunes afin de connaître son incidence et sa sévérité.

L'Échelle de Désespérance de Beck (EDB) qui explore, au moyen de vingt items, le niveau de désespérance

et les perspectives d'avenir, a été sélectionnée comme instrument. Appliquée à des suicides potentiels ou à des sujets qui n'ont manifesté aucun repentir suite à une tentative de suicide, il a été obtenu un total supérieur à dix points, chiffre qui est considéré de "risque" en ce qui concerne les conduites d'auto-agression.

L'EDB a été complétée avec des questions relatives à la situation économique, aux liens d'amitié et aux liens familiaux. Le questionnaire a été répondu de manière anonyme et volontaire par des étudiants du niveau Baccalauréat de différents lycées, publiques et privés, à Montevideo et en province.

Sept à 11% des jeunes ont obtenu un total élevé de désespérance, qui correspond à la zone "de risque" de l'EDB. Les lycées publiques ont présenté, en général, un profil de désespérance plus marqué que celui des lycées privés. Aussi bien à Montevideo qu'en province, la désespérance s'est présentée en corrélation statistiquement significative avec la perception de difficultés économiques, les problèmes familiaux et la solitude.

La discussion porte sur l'incidence de la désespérance en tant que facteur d'importance dans la genèse et des comportements d'auto-agression et des différentes conduites altérées telles que l'alcoolisme et la consommation de drogues. Sur la base de cette analyse on tentera d'élaborer un profil qui puisse contribuer à l'établissement de politiques de prévention.

### Summary

An earlier study carried out in Uruguay, showed that this country exhibits a high suicide rate in male adolescents as well as high figures in suicide attempts among young females. It was assumed that an assessment of the degree of hopelessness among adolescents could yield a supplementary approach intended to evaluate the severity of such occurrences.

The Beck Hopelessness Scale (BHS) was used. It assessed the level of hopelessness on the basis of twenty questions relating oncoming prospects. Ratings higher than ten have been correlated with accomplished suicide and have therefore been regarded as a "risk" area. The BHS was supplemented by general questions concerning friendship, family problems and financial status.

The BHS was targeted anonymously and voluntarily at adolescents attending the fifth and sixth high school grades in Montevideo and the countryside.

Between 7% and 11% of adolescents showed some degree of BHS risk area. Youngsters attending state high schools showed higher rates of hopelessness than those of private schools. Hopelessness was found to be statistically correlated with financial difficulties, family problems and loneliness.

The incidence of hopelessness is discussed as an important factor in the genesis of suicide behavior as well as other self-aggressive behaviors such as alcoholism and drug abuse. On the basis of this analysis, a risk profile is proposed and is expected to be of help in the charting of prevention policies.

### Bibliografía

1. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 203-15.
2. **Jeanneret O.** A tentative epidemiologic approach to suicide prevention in adolescence. *J Adolesc Health*. 1992; 13: 409-14.
3. **Rich CL, Young D, Fowler RC.** San Diego suicide study. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 577-82.
4. **Summerville MB, Abbate MF, Siegel AM, Serravezza J, Kaslow NJ.** Psychopathology in urban female minority adolescents with suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 663-8.
5. **Pritchard C.** Is there a link between suicide in young men and unemployment? a comparison of the uk with other european community countries. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 750-6.
6. **Hawton K, Catalán J.** A practical guide to its nature and management. Oxford: University Press Oxford, 1987
7. **Poland S.** Suicide intervention in the Schools. New York: The Guilford Press, 1989.
8. **Borst SR, Noam GG.** Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 501-8.
9. **Garnefski N, Diekstra RF, de Heus P.** A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 189-96.
10. **Howard Pitney B, LaFromboise TD, Basil M, September B, Johnson M.** Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in zuni adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 473-6.
11. **Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD.** Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 339-53.
12. **Pokorny AD.** Suicide rates in various psychiatric disorders. *J Ner Men Dis* 1964; 139: 499-506.
13. **Siegel LJ, Griffin NJ.** Adolescents' concepts of depression among their peers. *Adolescence* 1983; 18: 965-73.
14. **Berman AL, Schwartz RH.** Suicide attempts among adolescents drug users. *Am J Dis Child* 1990; 144: 310-4.
15. **Brubeck D, Beer J.** Depression, self-esteem, suicide ideation, death anxiety, and gpa in high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychol Rep* 1992; 71: 755-63.
16. **Wright LS.** Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. *Adolescence* 1985; 20: 575-80.
17. **Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C.** Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 8-20.
18. **Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B.** Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-63.
19. **Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L.** Clasificación of suicidal behaviors. II dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 835-7.
20. **Schexnayder DA.** Adolescent suicide: prevention and treatment of psychiatric causes. *J La State Med Soc* 1992; 144: 467-70
21. **Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vicent ML.** Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health* 1993; 83: 179-84.
22. **Harkavy Friedman JM, Asnis GM, Boeck M, DiFiori J.** Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1203-6.
23. **Rey Tosar JC, Dajas F.** Algunos aspectos epidemiológicos de la depresión en nuestro ambiente. *Rev Psiq Uruguay* 1985; 50: 123-38.
24. **de Anda D, Smith MA.** Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Soc Work* 1993, 38: 421-8.
25. **Marks PA, Haller DL.** Now i lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. *J Clin Psychol* 1977; 33: 390-400.
26. **Alessi NE, McManus M, Brickman A, Grapentine L.** Suicidal behavior among serious juvenile offenders. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 286-7.
27. **Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ et al.** Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 581-8.
28. **Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, Zelenak JP.** Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 95-105.
29. **Caldwell CB, Gottesman II.** Schizophrenia, a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22: 479-93.
30. **Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML.** Suicide attempts in childhood and adolescence: risk factors. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 429-32.
31. **Philip AE.** Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides. *Br J Psychiat* 1970; 116: 475-82.
32. **Vinoda KS.** Personality characteristics of attempted suicides. *Br J Psychiat* 1966; 112: 1143-50.
33. **Asberg M, Schalling D, Traskman-Bendz, Wagner A.** Psychobiology of suicide. impulsivity and related phenomena in psychopharmacology the third generation of progress. New York: Raven Press, 1987.
34. **Hoberman HM, Garfinkel BD.** Completed suicide in youth in suicide among youth: perspectives on risk and prevention. Washington: American Psychiatric Press, 1989.

## Apéndice

*Cuestionario utilizado en las encuestas. Las primeras 20 preguntas corresponden a la Escala de Desesperanza de Beck (EDB)*

- 1) Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.
- 2) Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor.
- 3) Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.
- 4) No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de diez años.
- 5) El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.
- 6) En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.
- 7) El futuro aparece oscuro para mí.
- 8) En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.
- 9) En realidad, no puedo estar bien y no hay razón para que pueda estarlo en el futuro.
- 10) Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.
- 11) Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.
- 12) No espero conseguir lo que realmente quiero.
- 13) Espero ser más feliz de lo que soy ahora.
- 14) Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.
- 15) Tengo gran confianza en el futuro.
- 16) Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.
- 17) Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.
- 18) El futuro aparece vago e incierto para mí.
- 19) Se pueden esperar tiempos mejores que peores.
- 20) No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente, no lo logre.
- 21) ¿Tienes amigos?
- 22) ¿Pasas bien con ellos?
- 23) ¿Te llevas bien con tu familia?
- 24) ¿Sientes que tu familia te apoya?
- 25) ¿Tu padre trabaja?
- 26) ¿Tu madre trabaja?
- 27) ¿Tú trabajas?
- 28) ¿Sientes que hay dificultades económicas en tu casa?
- 29) ¿Te ha ido bien en los estudios hasta el momento actual?
- 30) Edad:
- 31) Sexo:
- 32) Año que cursas:
- 33) ¿Entendistes las preguntas?