

# IDENTIFICACIÓN DE POTENCIAL SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS

Blanca Susana Guevara Werlang  
y Mariana Esteves Paranhos\*

## Resumen

El objetivo de este trabajo fue verificar la asociación del potencial suicida, constituido por la presencia de desesperanza e ideación suicida, y morbilidad psiquiátrica a niveles de intensidad de depresión moderados y graves. La muestra contó con 391 adolescentes de la población general de 13 a 19 años que respondieron al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y al Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20). Los resultados mostraron que 42 (10,8%) adolescentes presentaron respuesta sugestiva de potencial suicida asociada a niveles de depresión moderado y grave ( $p < 0,001$ ). Entre los sujetos que puntuaron para presencia de potencial suicida, 52,4% indicaron morbilidad psiquiátrica y de estos, en 27,4% combinaron morbilidad psiquiátrica a niveles de intensidad de depresión moderado y grave ( $p < 0,001$ ).

**Palabras clave:** potencial suicida, depresión, morbilidad psiquiátrica, adolescencia.

**Key words:** suicide potential, depression, psychiatric comorbidity, adolescence.

## Introducción

El suicidio es reconocido, mundialmente, como un grave problema de salud pública. Aproximadamente un millón de óbitos por suicidio son registrados todos los años y este fenómeno se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en el mundo (Bertolote, 2006; Ministério da Saúde, 2006; WHO, 2008). Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que el número de muertes por suicidio en el año de 2003 giró alrededor de 900.000 personas y existen proyecciones que este número ascienda a aproximadamente un millón y medio, en el mundo, en el año de 2020, lo que correspondería a un suicidio cada 20 segundos y una tentativa de suicidio cada uno o dos segundos (WHO 2003, 2006). Las tentativas de suicidio son de 10 a 20 veces más frecuentes que el suicidio. Tales perspectivas se tornan más alarmantes al juntar el hecho de que se sabe que las notificaciones de casos de suicidio pueden ser falseados por varios motivos y que un número desconocido y significativo de tentativas de suicidio no llega al conocimiento de las autoridades de salud, policiales, judiciales, entre

otras (Bertolote y Fleischmann, 2002; WHO, 2006). La carga del suicidio puede ser estimado, todavía, en DALYs (Disability Adjusted Life Years) medida obtenida por la suma de los años de vida perdidos por la mortalidad prematura en la población y de los años perdidos de vida por incapacidad. En 2002 las lesiones auto-infligidas fueron responsables de 1,4% del total de la carga de enfermedades en el mundo y la previsión es que alcanzará a 2,4% en 2020 (WHO, 2005). Brasil, se encuentra en el grupo de países con menores tasas de muerte por suicidio, habiendo oscilado entre 3,5 y 4,6 óbitos por 100.000 habitantes en las dos últimas décadas; pero, por ser un país populoso, se encuentra entre los 10 países con mayores números absolutos de suicidio. El Estado del Rio Grande del Sur, en el año de 2005, fue el detentor de los mayores coeficientes de mortalidad por suicidio en el país, presentando 9,88 casos por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2006).

Específicamente para el grupo de edad de los adolescentes, Bertolote (2006) destaca que infelizmente lo que se observa, en términos mundiales, es un aumento del suicidio en edades más bajas. En la mayoría de los países el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte para las personas del sexo masculino y femenino con edades entre 15 a 34 años y es la sexta causa de incapacidad para las personas entre 15 a 44 años (Bertolote, 2006; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y

\* Blanca Susana Guevara Werlang y Mariana Esteves Paranhos, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)  
E-Mail: mariana.paranhos@pucrs.br  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 281-289  
© 2012 Fundación AIGLÉ.

Walters, 2005; Ministério da Saúde, 2006, Belfer, 2008). En Brasil, la realidad no es diferente, datos publicados en "Saúde Brasil" de la *Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde* (2006) muestran que en 2004 ocurrieron 743 óbitos por suicidio, lo que representa aproximadamente 3% de las muertes en este grupo de edad.

Informaciones como las mencionadas inquietan y evidencian la necesidad de pensar en cómo prevenir estas muertes. Tal vez el camino para una buena estrategia de prevención sea la actuación cada vez más precoz, por eso el desarrollo de estudios que se centren en la investigación de sujetos que pueden atentar contra la propia vida sean tan valiosos. La identificación de sujetos que no presentan ningún diagnóstico estructurado y que se encuentran sin ninguna atención especializada, debe ser foco de investigadores y clínicos, cumpliendo así con la tarea de comprender y actuar antes que el acto fatal suceda. Es evidente que existe dificultad para identificar sujetos en riesgo de suicidio, la anticipación de un pronóstico de este posible acto todavía es muy difícil. Entretanto, el desafío de la prevención de los comportamientos auto-infligidos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006), consiste justamente en identificar sujetos que están en riesgo y que a él son vulnerables, así como entender las circunstancias que influenciaron su comportamiento autodestructivo pudiéndose entonces estructurar intervenciones eficaces.

Frente a esto se puede pensar en un potencial suicida, o sea, un conjunto de aspectos que, cuando se dan en forma combinada, pueden llevar a una progresión y a un gradiente de severidad, que podrá culminar en el extremo del suicidio consumado. Ideación suicida es el primer punto a ser considerado en esta propuesta por ser uno de los predictores para el riesgo suicida y por estar en uno de los polos del posible *continuum* que puede llevar al acto de matarse (Werlang y Botega, 2004; Werlang, Borges y Fensterseifer 2005a). Ideas y manifestaciones de la intención de querer morir de acuerdo con lo expuesto por algunos autores (Brown, Beck, Steer y Grisham, 2000; Martín, 2002; Webb Y Sheeran, 2006; Werlang, Borges Y Fensterseifer, 2005b), son un grado inicial de propósitos o intenciones de autodestrucción. Estas pueden estar acompañadas del deseo de muerte como una solución para un dolor insoportable o algo insoluble y que pensando en una secuencia de gravedad, pueden pasar a declaraciones expresas de morir (por comportamientos o de forma verbal) y amenazas, sin, a pesar de eso, concretizar cualquier acto.

Otro aspecto a ser considerado en ese potencial para un desenlace trágico, como es el caso del suicidio, es la depresión. Se sabe que 90% de las

personas que se suicidan tienen un trastorno mental asociado y que entre estos trastornos, la depresión, perturbaciones de personalidad, esquizofrenia y abusos de sustancia, están entre los principales factores de riesgo. Más de 150 millones de personas sufren de depresión en algún momento de la existencia y entre los gravemente deprimidos, 15 % se suicidan (Ministério da Saúde, 2006; WHO, 2003, 2006). Por último, la desesperanza es un constructo que también debe ser tenido en consideración cuando se habla de un posible potencial suicida. La desesperanza se caracteriza por actitudes y expectativas negativas del individuo frente a su vida y al futuro (Beck y Steer, 1993). Se relaciona principalmente con la depresión y es un elemento-clave para la comprensión de la conducta suicida (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974; Brown y cols., 2000; Glanz, Haas y Sweeney, 1995).

El comportamiento suicida constituye la tendencia autodestructiva más extrema. Es un comportamiento no adaptativo, subyacente a múltiples determinantes. La adolescencia por sí sola ya es un período propicio a comportamientos agresivos. Es una fase de cambios en todos los niveles: sociales, familiares, físicos y afectivos. Estos cambios, incluso normales, hacen que el joven experimente, muchas veces, niveles crecientes de ansiedad y angustia aumentando el riesgo de la ocurrencia de problemas emocionales, entre los cuales, los síntomas depresivos y la ideación suicida, parecen estar entre los más preocupantes. Sin duda, la evaluación del potencial suicida es un esfuerzo importante en la identificación de factores de riesgo, tanto para identificar la gravedad del mismo como la asociación con determinadas variables. Frente a esta línea de pensamiento el objetivo de este estudio fue evaluar en adolescentes de la población general (fuera de un contexto clínico), con edad de 13 a 19 años, la presencia de potencial suicida, aquí compuesto por la presencia de ideación suicida y desesperanza y su posible asociación con intensidad de depresión.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue constituida por 391 adolescentes, del sexo masculino (N=161; 41,2%) y del sexo femenino (N=230; 58,8%), localizados por conveniencia en escuelas públicas y privadas de la ciudad de Porto Alegre. De estos, 92 (23,5%) cursaban la educación primaria básica y 299 (76,5%) cursaban la educación secundaria básica o la escuela secundaria orientada. La edad de los participantes varió de 13 a 19 años (M = 15,12; DP = 1,365). Para las ni-

ñas la media de edad fue de 15,01 (DP=1,29) y para los varones de 15,27 (DP=1,46).

### *Instrumentos*

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un instrumento que tiene como objetivo medir la intensidad o el nivel de gravedad de la depresión en pacientes psiquiátricos y población general. Fue desarrollado por Beck, Steer y Brown en 1996 y surgió de una revisión sustancial de la primera versión del instrumento. Está compuesto por 21 ítems, para cada uno de ellos hay cuatro (con escore variando de 0-3) afirmativas de respuesta (con excepción de los ítems 16 y 18, donde existen siete afirmativas sin, necesariamente, variar el escore), entre las cuales el sujeto elige la más aplicable a sí mismo, para describir cómo se estuvo sintiendo en las “dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy” (Beck y cols., 1996, p. 7). Estos ítems se refieren a niveles de gravedad creciente de depresión y el escore total es resultado de la suma de los ítems individuales, pudiendo alcanzar el máximo de 63 puntos. La puntuación final es clasificada en mínima, leve, moderada y grave, indicando así la intensidad de la depresión. La versión brasilera presenta propiedades psicométricas altamente satisfactorias (Gorenstein, Wang, Argimon y Werlang, 2011).

Conforme el objetivo del estudio, dos ítems del instrumento fueron de especial interés: el ítem 2, referente al *pesimismo*, y el ítem 9, referente a la *ideación suicida*. El ítem pesimismo es escogido en función de la desesperanza por ser una medida de la dimensión de ésta y de la carga positiva que estos dos conceptos presentan (Beck y cols., 1974; Beck y Steer, 1993). El ítem ideación suicida presenta valor predictivo en el comportamiento suicida y guarda relación positiva con el escore total de la Escala de Ideación Suicida de Beck – BSI (Beck y Steer, 1991; Werlang, Borges y Fensterseifer, 2004).

A partir de esto, fue utilizada la desesperanza, como escore diferente de 0, en el ítem 2 (pesimismo) y la ideación suicida, también con escore diferente de 0, en el ítem 9 (ideación suicida), como variables indicativas de potencial suicida. Escore cero en ambos ítems fue considerado ausencia de este potencial. La intensidad de la depresión fue determinada por la clasificación del escore final (mínimo, leve, moderado y grave) que el instrumento proporciona. Para este trabajo, las cuatro categorías que la escala ofrece fueron consideradas de la siguiente forma: una variable correspondiente al nivel mínimo y leve (escore de 0 a 19) y la otra variable correspondiente a un nivel moderado y grave (escore de 20 a 63).

El Self Report Questionnaire (SRQ) es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar la morbilidad psiquiátrica en el nivel de atención primaria, fue creado originalmente por Harding y cols. (1980). Consta de 24 preguntas divididas en dos secciones: la primera sección incluye las 20 preguntas diseñadas para detectar trastornos “no psicóticos” y la segunda sección incorpora cuatro preguntas para detectar alteraciones “psicóticas”. En este estudio se utilizó la versión del instrumento de 20 preguntas (SRQ-20) validado en el Brasil por Mari y Williams (1986). Las preguntas que componen la escala tienen dos posibilidades de respuestas (sí/no) y abordan síntomas emocionales y físicos asociados a trastornos psiquiátricos. El indicador de morbilidad psiquiátrica significativa en el SRQ-20 es la presencia de 8 o más afirmativas positivas (Mari y Williams, 1986).

### *Procedimientos para la recolección y análisis de los datos*

Después de la aprobación de este proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación de la *Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, fueron realizados contactos con diferentes instituciones escolares, públicas y privadas, para realizar la invitación para participar del estudio a los adolescentes y sus padres/responsables. Todos los padres/responsables que autorizaron la participación de los adolescente en la investigación firmaron un Formulario de Consentimiento Libre y Esclarecido donde fueron explicadas la naturaleza y relevancia del trabajo a ser desarrollado y garantizado el cuidado en cuanto a la identificación personal de los participantes. Este documento fue impreso en dos copias, permaneciendo una copia con los investigadores y otra con los sujetos de la investigación. Luego de este acuerdo de consentimiento la administración de los instrumentos fue realizada en la propia institución escolar, de forma colectiva, durante el horario regular de clase. Los grupos para la aplicación de los instrumentos eran compuestos por 20 a 40 sujetos.

Todas las informaciones recolectadas fueron organizadas en banco de datos en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS*, versión 17.0, para entonces poder ser analizadas. Las variables cualitativas en estudio fueron descritas a través de frecuencias absolutas (*f*) y frecuencias relativas (%). Para la verificación de la asociación entre las variables estudiadas, se utilizó el Test Exacto de Fisher, considerando como grado de significancia para el análisis de los datos  $p \leq 0,001$ .

## Resultados

Fue realizado un análisis de frecuencias para las dos variables: indicio de potencial suicida (presente o ausente) e intensidad de depresión (mínima y leve o moderada y grave). Los resultados son visualizados en la Tabla 1.

Es posible observar en la distribución de los datos que en 124 (31,7%) casos el potencial suicida estuvo presente y, que de estos, 42 casos asociaron potencial suicida a un nivel de depresión moderado y grave, lo que corresponde a 10,8% del número total (N=391) de sujetos participantes de la investigación. El resultado analizado a través del Test Exacto de Fisher fue significativo ( $p < 0,001$ ) indicando la presencia de asociación entre indicio de potencial suicida e intensidad de depresión moderada y grave.

Considerando los sujetos que puntuaron para presencia de potencial suicida (N=124), se observa que 65 (52,4%) adolescentes presentaron también indicadores de morbilidad psiquiátrica, o sea, puntuaron 8 o más afirmativas positivas en el SRQ-20. Comparando los resultados totales del SRQ-20 y los resultados totales obtenidos en el BDI-II entre los adolescentes que presentan potencial suicida, se

percibe que de los 65 jóvenes que puntuaron estar pasando por un sufrimiento clínico significativo, 27,4% llegaron a un sufrimiento con niveles de intensidad de depresión moderada y grave, conforme se verifica en la Tabla 2. La relación entre presencia de morbilidad psiquiátrica e intensidad de sintomatología depresiva, conforme el Test Exacto de Fisher, es significativa ( $p < 0,001$ ), indicando así que la morbilidad psiquiátrica contribuye para los niveles de intensidad moderado y grave de la depresión.

Teniendo en cuenta el presente estudio algunos ítems del SRQ-20 merecen ser examinados más a fondo, como es el caso del ítem indicador de tristeza (ítem 9) y el ítem de pérdida de interés por las cosas (ítem 15), porque son típicos de la depresión, así como el ítem relacionado a la ideación suicida (ítem 17). Agrupando los ítems 9 y 15, se obtiene que 77 (62,1%) adolescentes de los 124 que presentan potencial suicida, también indican presencia de depresión. En cuanto al ítem 17 (respectivo de ideación suicida), 18 (14,5%) sujetos marcaron que han tenido ideas de quitarse la vida. De estos, 16 (88,9%) presentaron una puntuación total en el SRQ-20 mayor que 8, siendo esta asociación significativa ( $p < 0,001$ ). Aunque no es una puntuación elevada, analizando el universo total de la muestra (N=391), se constata que todos los adolescentes que puntua-

**Tabla 1. Distribución porcentual de los datos del BDI-II, de acuerdo con las categorías de las variables (N=391)**

POTENCIAL SUICIDA	INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN						TOTAL	
	MÍNIMO Y LEVE			MODERADO Y GRAVE			f	% <sup>2</sup>
	f	% <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	f	% <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>		
Ausente	256	95,8	65,5	11	4,1	2,8	267	68,3
Presente	82	66,2	20,9	42	34,9	10,8	124	31,7
Total	338	86,4	86,4	53	13,6	13,6	391	100

<sup>1</sup> Porcentaje sobre el número de casos que presentan o no potencial suicida

<sup>2</sup> Porcentaje sobre el número total de casos

**Tabla 2. Frecuencias de morbilidad psiquiátrica e intensidad de depresión entre los adolescentes con potencial suicida (N=124)**

MORBILIDAD PSQUIÁTRICA	INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN				TOTAL	
	MÍNIMO Y LEVE		MODERADO Y GRAVE		f	%
	f	%	f	%		
Ausente	51	41,1	8	6,5	59	47,6
Presente	31	25,0	34	27,4	65	52,4
Total	82	66,1	42	33,9	124	100

ron en el ítem 17 del SRQ-20 presentaban potencial suicida. Este resultado analizado a través del Test Exacto de Fisher fue estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

## Discusión

De acuerdo con la teoría formulada por Aaron Beck, la desesperanza es considerada un constructo clave para la comprensión del suicidio y un importante elemento de asociación entre este fenómeno y la depresión (Beck y cols., 1974; Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985; Beck, Steer, Beck y Newman, 1993; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1997; Brown y cols., 2000; Steer, Kumar, y Beck, 1993). Las investigaciones demuestran la importancia de la combinación de estos componentes, que junto a la ideación suicida son predictores para el suicidio completo, confirmando la proposición descrita por Beck (Conner, Duberstien, Conwell, Seidlitz y Caine, 2001; Gibb, Andover y Beach 2006; Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, 2003; Joiner, Steer, Abramson, Alloy, Metalsky y Schmidt, 2001). Entonces, desesperanza, depresión e ideación suicida son factores que deben ser considerados por quienes se empeñan en el trabajo de la prevención del comportamiento suicida.

En un artículo de revisión sobre los riesgos para la conducta suicida en la adolescencia, Kirkcaldy, Siefen, Urkin y Merrick (2006) refieren que la desesperanza es un factor significativo de depresión en esta fase y en la infancia, y asociada con impulsividad, se puede constituir en una combinación volátil. Sobre el asunto, Rutter y Behrendt (2004) explicitan que además de determinados factores socio-demográficos como predictores para un eventual suicidio, la desesperanza, la visión negativa de sí, la hostilidad y el aislamiento desempeñan un papel significativo en esta temática, y entre los jóvenes, tales características, deben ser tomadas como bastante relevantes.

En relación al tema, Beck y cols. (1996), en el manual del BDI-II, hacen un alerta sobre la necesidad de un análisis cuidadoso de determinados ítems del instrumento y la puntuación atribuida a éstos, ya que eso puede proveer indicativos de una problemática más preocupante de la que simplemente da la interpretación final del score del Inventario. Los autores insisten, además, en la necesidad de una particular atención a los ítems que evalúan ideación suicida y pesimismo, pues éstos integran el diagnóstico de depresión y reflejan el riesgo para el suicidio. Para Beck y cols. (1985), el ítem pesimismo en la primera versión del BDI, cuando puntuado, es sugestivo de riesgo de suicidio, aún cuando la esca-

la como un todo no sea predictiva. Lo mismo ocurre en la segunda edición de la escala.

Teniendo en cuenta la orientación y los estudios descriptos, el análisis de estos ítems fue realizado conjuntamente con el score final del Instrumento en una muestra de adolescentes. Los resultados presentados evidencian la asociación estadísticamente significativa entre indicio de potencial suicida (ítem 2 y 9 del BDI-II) e intensidad de depresión moderada y grave. Se verifica, que aproximadamente un tercio de la muestra presentó la composición para lo que está siendo considerado aquí como potencial suicida. Los resultados en cuestión van al encuentro de los datos presentados en la investigación de Werlang y cols. (2005b) que encontraron potencial suicida en 41,5% de una muestra de adolescentes no clínicos de 14 a 19 años utilizando la primera versión del Inventario de Depresión de Beck. Estos valores son muy expresivos considerándose que tanto la presente muestra, como la muestra del estudio de Werlang y cols. (2005b), es compuesta en su totalidad por adolescentes no clínicos, o sea, por jóvenes que en la ocasión de la realización del estudio no presentaban ningún diagnóstico estructurado.

Se estima que de 7 a 40% de los niños y adolescentes de la población general, tuvieron en algún momento de la vida una ideación suicida seria (Marris, Bermann y Silverman, 2000; Field, Diego y Sanders, 2001). Se sabe que 60% de las primeras tentativas de suicidio, fuertes predictores para el acto consumado, ocurren dentro del primer año en que la ideación suicida inició (Have y cols., 2009; Thompson, Kuruwita y Foster, 2009). Have y cols. (2009) afirman que la ideación suicida inicial está asociada con edades más jóvenes, con no estar en una relación estable, con eventos de vida estresantes, con niveles de bajo soporte social, con trastornos mentales y con desesperanza. Por eso, tales cifras, así como los resultados demostrados en el presente estudio, son inquietantes, pues pueden estar representando el inicio de un desestimamiento de la vida, relacionada todavía a sentimientos dominadores de desesperanza y a sintomatología depresiva, llevando a la falta de expectativa positiva para el futuro y a la superestimación de las dificultades y problemas.

Destacando la seriedad del asunto, una investigación conducida por Brausch y Gutierrez (2010), con estudiantes también de la población general con media de edad de 15,04 años ( $DP=1,05$ ), encontró antecedentes de auto-agresión en 21,2% de la muestra y en 4% antecedentes de auto-agresión y tentativa de suicidio. El grupo de adolescentes con antecedentes de auto-agresión y tentativa de suicidio puntuó más alto para síntomas depresivos específicos y presentó niveles más altos de ideación suicida y desesperanza en comparación con el gru-

po con antecedentes de auto-agresión. Sullivan, Childs y O'Connell (2010) analizaron 2.549 jóvenes de la educación secundaria básica y secundaria orientada, con media de edad de 16 años, en cuanto a comportamientos de riesgo y su relación con características de la fase (por ejemplo salud mental y física, desempeño escolar, etc.) y factores socio-ambientales (por ejemplo soporte social, asistencia parental, etc.). La muestra fue dividida en cuatro clases de acuerdo con el grado del riesgo y, teniendo en cuenta las medidas de salud mental y física, la clase de más alto riesgo mostró un mayor grado de depresión y comportamiento suicida.

Vale mencionar que la ideación suicida, como bien recuerda Werlang y cols. (2005b), ocasionalmente, está presente en el proceso de desarrollo de la adolescencia, en el sentido de buscar estrategias para tratar con problemas existenciales, como la vida y la muerte. El peligro está cuando el suicidio pasa a ser vislumbrado como única salida para la solución de problemas (Belfer, 2008; Bertolote y Fleischmann, 2002). La intensidad, perseverancia y profundidad de los pensamientos deben ser evaluados para que se encuentre la diferencia entre un joven al borde de una crisis suicida y otro que esté pasando por los conflictos normales y esperados del desarrollo humano.

La preocupación por el grupo de edad en cuestión no se limita únicamente a destacar los datos epidemiológicos, que se muestran por cierto sumamente importantes y confirmados por los estudios presentados, sino también por lo que significan en esta etapa del desarrollo. La adolescencia, como Aberastury y Knobel (2006) afirman, se caracteriza por un período de gran inestabilidad y desequilibrios, necesarios para establecer su identidad, el objetivo fundamental de este paso. Este es un momento de la vida marcado por la crisis, y por lo tanto de vulnerabilidad intensa. Así, pensamientos de suicidio y las enfermedades como la depresión, pueden pasar inadvertidos por aquellos que se relacionan con los adolescentes e incluso por profesionales de la salud, precisamente porque la línea entre lo que se espera que sea la fase y lo que es perjudicial para el sujeto es muy delgada (Aberastury y Knobel, 2006; Aragão, Coutinho, Araújo y Castanha, 2009; Jatobá y Bastos, 2007). McGorry, Purcell, Hickie y Jorm (2007) argumentan que, dada la sensibilidad del desarrollo de esta edad, donde los caminos psicológico, social y profesional están inter-relacionados, los trastornos mentales, aunque breves o débiles, pueden causar problemas graves para el futuro. Los autores también añaden que los trastornos mentales y el abuso de sustancias es un problema de salud clave para los jóvenes adolescentes alrededor de los 20 años. Un estudio estadounidense indica que el 75% de las

personas que sufren de un trastorno psiquiátrico en la edad adulta, tuvo su comienzo en la adolescencia y la adultez temprana (Kessler y cols., 2005).

Se sabe que los trastornos mentales son un importante predictor de la conducta suicida (Bertolote y Fleischmann, 2002; WHO, 2003, 2006). En una revisión sistemática de la literatura realizada por Bertolote y Fleischmann (2002), acerca de los diagnósticos psiquiátricos y el suicidio, los autores encontraron 15.629 casos de suicidio en la población general, en personas mayores de 10 años de ambos sexos, que habían sido evaluadas en cuanto a su estado mental en el momento del suicidio. En estos casos, el 98% de estas personas tenían una enfermedad mental, y los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, fue el más común. La Asociación Americana de Prevención del Suicidio confirma esta tendencia. Según la Asociación, más del 90% de los suicidios tuvieron problemas psicológicos diagnosticados, como la depresión mayor, depresión bipolar o alguna otra enfermedad de origen depresiva (American Foundation of Suicide Prevention, 2010).

En los adolescentes que fueron evaluados en este estudio, 52,4% de los que presentaron potencial suicida, o sea, que mostraron predictores para la conducta suicida, indicaron también morbilidad psiquiátrica en el momento de la aplicación de los instrumentos. A pesar de no haber sido verificada la presencia de trastornos mentales específicos, la realización de un análisis detallado de los elementos del SRQ-20, mediante la combinación de los ítems 9 y 15, se percibe de nuevo la presencia de las puntuaciones que reflejan los trastornos relacionados al humor en más de la mitad del grupo que presentó potencial suicida.

Es relevante destacar también el papel de la intensidad de la depresión. La identificación, así como el reconocimiento de problemas subclínicos, que no llegan a cumplir los criterios necesarios para el diagnóstico formal, pero que pueden avanzar para el desarrollo de trastornos psiquiátricos graves, puede ayudar en intervenciones preventivas. En la consideración del potencial suicida, la averiguación de la intensidad de la depresión, en conjunto con la ideación, puede ser un norte para evitar la evolución del problema. En esta investigación apenas 53 adolescentes presentaron niveles de depresión moderado y grave, pero, de estos, 42 casos asociaron estos niveles de intensidad de depresión al potencial suicida (ver tabla 1). Relacionando la intensidad de depresión con la presencia de morbilidad psiquiátrica, es posible verificar que de los 65 adolescentes que presentaron potencial suicida y morbilidad psiquiátrica, un poco más de la mitad, combinó ambas, con niveles de intensidad de depresión entre mo-

derado y grave (ver tabla 2). Los datos presentados confirman la disposición para cuadros psiquiátricos en sujetos que están inmersos en pensamientos suicidas, sin esperanza de vida y depresivos.

En cuanto a la posibilidad de una intervención precoz en los casos de jóvenes que estén presentando disposición para comportamientos de riesgo como el suicidio, las intenciones preventivas pueden encontrar algunas barreras. Los estudios indican que un cuarto de los jóvenes con problemas de salud mental no buscan cuidados profesionales y muchos prefieren no recibir ayuda para los síntomas depresivos y suicidas (Gould, Velting, Kleinman, Lucas, Thomas y Chung, 2004; Sen, 2004; Wilson, Deane, Marshall y Dalley, 2010). Los autores aún refieren que 75% de los jóvenes con un problema de salud mental no buscan cuidados adecuados para su problema. Estos estudios también sugieren una tendencia en este grupo de edad para la evasión de ayuda en respuesta a los síntomas de sufrimiento psíquico. Relacionado al fenómeno descrito se encuentra la dificultad de los profesionales para identificar señales y síntomas que pueden indicar el inicio o el curso de un grave sufrimiento psíquico. Según Fleck y cols. (2003), a menudo los diagnósticos no se hacen por falta de preparación por parte de los profesionales de la salud, la incredulidad en el éxito de los tratamientos para los trastornos mentales, o incluso, sólo por la atención a las manifestaciones físicas. Es evidente que muchos jóvenes, si buscan ayuda, pueden no recibir la asistencia y / o el tratamiento adecuado para su enfermedad.

Finalmente, cabe recordar que se sabe que el comportamiento suicida sigue un desarrollo y que la intervención en cualquier momento de este proceso es valiosa para así evitar el desenlace final que es la muerte. Pero, cuanto más prematuramente sea la intervención mayor la posibilidad de evitar sufrimientos psíquicos significativos y el surgimiento de morbilidad psiquiátricas. El reconocimiento y el adecuado ofrecimiento de auxilio pueden conseguir reducir el impacto a largo plazo de muchos de los problemas de salud mental. Particularmente es importante cuando se trata de adolescentes, si presentan riesgos para el comportamiento suicida, la prevención y su importancia se tornan claras cuando son considerados los costos sociales y monetarios que emergen de comportamientos auto-destructivos. Para eso lo esencial es comprender la constelación del comportamiento de riesgo. Por eso, el conocimiento y la identificación del potencial suicida pueden proporcionar la intervención precoz aun cuando no haya una búsqueda directa de ayuda para pensamientos suicidas.

Parece imprescindible que se desarrollen más y más estudios centrados en el conocimiento de es-

trategias para identificar a los sujetos que pueden atender contra la propia vida, principalmente cuando se trata de la población en general. Son necesarias investigaciones en salud mental para localizar los factores que intervienen en la protección de las enfermedades psíquicas incapacitantes y, especialmente, contra el suicidio. En cuanto al potencial suicida, es importante tener en cuenta otras variables que se puedan encontrar asociadas, como es el caso de la intensidad de la depresión. El presente estudio mostró resultados relevantes y se torna valioso por tocar un tema complejo y cargado de estigmas, todavía más cuando se trata de la adolescencia, pero investigaciones con muestras mayores que las aquí testadas aquí deben ser realizadas para la integración de los datos y mejor comprensión del fenómeno en cuestión. No se debe olvidar que el suicidio se trata de una muerte trágica, pero sobre todo se trata de una muerte previsible y, por lo tanto, puede ser evitada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2006). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- American Foundation of Suicide Prevention. *Risk Factors for Suicide*. Recuperado em 04 ago. 2010: [http://www.afsp.org/index.cfm?page\\_id=05147440-E24E-E376-BDF4BF8BA6444E76](http://www.afsp.org/index.cfm?page_id=05147440-E24E-E376-BDF4BF8BA6444E76).
- Aragão, T. A., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., y Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 395-405.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *Journal of the American Medical Association*, 234(11), 1146-1149.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. S. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-yr prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.
- Beck, A.T. y Steer, R. A. (1991). *Beck Scale for Suicidal Ideation*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R. A. (1993). *Beck Hopelessness Scale*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.



- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. y Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-45.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX: Psychological corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-36.
- Bertolote, J. M. (2006). Prevenção do suicídio: perspectivas da OMS. *Revista Médica de Minas Gerais*, 16(4), supl. 3, 150.
- Bertolote, J. M. y Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.
- Brausch, A. M. y Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 233-242.
- Brown, G. K., Beck, A.T., Steer, R.A. y Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Conner, K. R., Duberstien, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L. y Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 367-385.
- Field, T., Diego, M. y Sanders, C. (2001). Adolescent Suicidal Ideation. *Adolescence*, 36(142), 241-248.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., y Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122.
- Gibb, B. E., Andover, M. S. y Beach, S. R. H. (2006). Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), 12-18.
- Glanz, L.M., Haas, G.L., y Sweeney, J.A. (1995). Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review*, 15(1), 49-64.
- Gorenstein, C., Wang, Y., Argimon, I. I. L. y Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., y Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1123-1130.
- Have, M. T., Graaf, R., Dorsselaer, S. V., Verdurmen, J., Land, H. V., Vollebergh, W. y cols. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(12), 824-833.
- Harding, T.W., Arango, M.V., Baltazar, J., Climent, C.E., Ibrahim, H.H.A., Ignacio, L.L., Murthy, R.S. y cols. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231-241.
- Joiner, T. E. Jr, Steer, R. A., Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I. y Schmidt, N. B. (2001). Hopelessness depression as a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and non-clinical samples. *Behavior Research and Therapy*, 39(5), 523-36.
- Jatobá, D. V. N. y Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, G.R., Urkin, J. y Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescence. *Minerva Pediátrica*, 58(5), 443-450.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B. y Jorm, A. (2007). Investing in youth mental health is a best buy. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), S5-S7.
- Mari, J. y Willians, P.A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26
- Maris, R. W., Bermann, A. L. y Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of suicidology*. New York: The Guildford Press.
- Martin, G. (2002). The prevention of suicide through lifetime mental health promotion: Healthy, happy young people don't suicide, do they? In L. Rowling, G. Martin, y L. Walker (Org), *Mental health promotion and young people: concepts and practice* (p.p. 245-257). Sydney: McGraw-Hill.
- Ministério da Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, UNICAMP.
- Rutter, P.A. y Behrendt, A.E. (2004). Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. *Adolescence*, 39(154), 295-302.
- Sen, B. (2004). Adolescent propensity for depressed mood and help seeking: Race and gender differences. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7(3), 133-145.
- Steer, R. A., Kumar, G. y Beck, A. T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescents psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1096-1099.



- Sullivan, C. J., Childs, K. K. y O'Connell, D. (2010). Adolescent risk behavior subgroups: an empirical assessment. *Journal of Youth and Adolescent*, 39(5), 541-562.
- Thompson, M., Kuruwita, C. y Foster, E. M. (2009). Transitions in suicide risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 458-463.
- Webb, T. L., y Sheeran, P. (2006). Does changing behavioural intentions engender behaviour change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R. y Fensterseifer, L. (2004). Fidedignidade e validade da escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em adolescentes. En B. S. G. Werlang y N. J. Botega (Org), *Comportamento suicida* (p. 189-194). Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G. y Botega, N. J. (2004). Introdução. En B. S. G. Werlang y N. J. Botega (Org), *Comportamento suicida* (p. 17-18). Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R. y Fensterseifer, L. (2005a). Factores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R. y Fensterseifer, L. (2005b). Índicios de potencial suicida na adolescência. *Psicologia Revista São Paulo*, 14(1), 41-57.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L. y Dalley, A. (2010). Adolescent's suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 343-356.
- WHO (World Health Organization). (2003). *The world health report 2003: shaping the future*. Geneve.
- WHO (World Health Organization). (2005). *Suicide prevention: facing the challenges, bulding solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6.
- WHO (World Health Organization). (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Recuperado en 22 jul. 2008: [http://www.who.int.mental\\_health/suicide.htm](http://www.who.int.mental_health/suicide.htm).
- WHO (World Health Organization). (2008). The global burden of disease: 2004 update. Recuperado en 11 mayo. 2010: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf).

Recibido: 15-8-11  
Aprobado: 17-11-11

**Abstract:** The goal of this study was to assess the association of suicide potential, hereby composed by the presence of hopelessness and suicidal ideation, and psychiatric morbidity with moderate and severe intensity levels of depression. The sample consisted of 391 adolescents from the general population with their ages ranging from 13 to 19 years old, and both the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20) were administered. The results showed that 42 (10,8%) adolescents had answers suggesting suicide potential associated with a moderate or severe level of depression ( $p < 0,001$ ). Of those subjects who scored for the presence of suicide potential, 52,4% reported psychiatric morbidity and, from this group, 27,4% combined psychiatric morbidity with moderate or severe levels of depression ( $p < 0,001$ ).