



UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY

Vicerrectoría de Investigación e Innovación

**PROGRAMA DE DOCTORADO
EN
PSICOLOGÍA**

Tesis Doctoral

**Personalidad y riesgo suicida en
adolescentes liceales uruguayos**

Mag. Ana Inés Machado

Directora de Tesis: Dra. Delfina Miller.

Co-directora de Tesis: Dra. Karin Arbach.

Montevideo, marzo 2023

Diseño de portada
Eugenia Rodríguez Caramés

Financiación:

La presente investigación se desarrolló gracias al financiamiento del programa de proyectos de Becas de Postgrado Nacionales, de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

“No quedará en la noche una estrella.
No quedará la
noche.
Moriré y
conmigo la suma del
intolerable universo.
Borraré las pirámides, las
medallas, los
continentes y las
caras.
Borraré la acumulación del
pasado.
Haré polvo la historia, polvo
el polvo. Estoy mirando el
último poniente.
Oigo el último
pájaro. Lego la
nada a nadie.”

El suicida

Jorge Luis Borges

“N'a de convictions que celui qui n'a rien
approfondi.”

"Sólo tienen convicciones los que no han
estudiado nada".

Emil Michel Cioran.

Dedicatoria

A Delfina, por tu constante acompañamiento, valiosa orientación y sólida confianza en mí. Durante este extenso proceso, tu generosidad ha sido un pilar fundamental que posibilitó haber llegado hasta aquí. Mi sincera admiración por tu apasionada dedicación al trabajo con niños, niñas y adolescentes.

A Karin, por esperar siempre más de mí; tu profesionalismo, compromiso y conocimientos han sido una fuente de superación y aprendizaje.

Gracias a ambas por la excelente dirección y codirección de esta tesis por compendio de artículos. Su calidez, sostén y aportes fueron claves, sobre todo en los momentos más difíciles de esta travesía.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), a través de su Programa de Becas de Postgrados Nacionales, que hizo posible tanto mi formación en investigación como la concreción de este trabajo.

A mis compañeras del Doctorado y colegas del Departamento de Psicología, por el compañerismo, ayuda y respaldo a lo largo de estos seis años; en especial, a Alejandro, quien me dio el último impulso para cerrar y entregar esta tesis, con su lectura atenta y ayuda en cuestiones de logística. También a Cecilia, que hizo posible la última gestión para la defensa de mi tesis. Gracias a mis compañeros del MNP, por su ánimo y cercanía. Y a Susana, por compartir mi pasión por la adolescencia y la salud mental en esta etapa vital de grandes altibajos, y por ir acompañando mi trabajo desde tu conocimiento.

Gracias a Alfre, mi compañero de vida; sé que esta etapa jamás hubiera sido transitable sin tu mano solidaria. A pesar de que dijiste que después de la maestría te bajaras del tren del estudio por un tiempo, hiciste posible que yo continuara con mi propio viaje. Gracias también a nuestras hijas, Lu y Maca, por darme la fuerza para continuar a pesar de los cansancios acumulados, y por entender algunas de mis ausencias para volcarme en este trabajo.

A mi amiga, la Dra. Paulina Arenas, por ayudarme desinteresadamente en esa etapa tan ardua, te estaré siempre agradecida; gracias por creer siempre en mí. Gracias también a Antonella, por sus valiosos aportes a mi trabajo.

A mis amigos y amigas, por animarme y acompañarme a la distancia en esta aventura.

A mis hermanos, Xio y Andrés, por su amor cercano y corazones solidarios, aúnen la distancia en estos años. Gracias a mi familia, de sangre y de corazón, por apoyarme cariñosa e incondicionalmente en todos mis grandes proyectos. Gracias especialmente a las mujeres de mi familia, por incitarme a cumplir mis sueños y por apoyarme emocional y concretamente en la finalización de este proyecto. Me siento orgullosa de ser quien soy, y de haber dado un pasito más en mi formación académica, profesional y personal. Eso también se los debo en parte a ustedes. Dedico fundamentalmente esta tesis a mi abuela Mercedes, quien lamentablemente no está más conmigo. Aunque no pudiste terminar el liceo y probablemente nunca entendiste del todo qué era un doctorado, siempre me impulsaste a seguir adelante con mis proyectos, y, sobre todo, me quisiste genuinamente sólo por ser quien soy, hija de tu hija; contigo aprendí que estar entre las mejores estudiantes no es el motor más importante del mundo. También está presente inevitablemente en este trabajo, mi madre, Charito, que, como yo, era empeñosa en el estudio. Esfuerzo supera talento, ¿no es así?

Agradezco con especial énfasis a los y las adolescentes que participaron en esta investigación, y que constituyen el corazón de este trabajo. También, a los y las asistentes de investigación, por su entrega y dedicación; me llena de orgullo tener alumnos y exalumnos con ese nivel de compromiso por la psicología. Finalmente, esta tesis es un tributo a mi yo adolescente, que, con sus sueños, victorias y caídas, me ha acompañado fielmente hasta este desenlace; gracias por haber resistido y crecido con mucha resiliencia... siempre te llevo conmigo.

Prefacio

La presente producción es el resultado de seis largos años de estudios de Doctorado en la Universidad Católica del Uruguay (UCU). Como todo proceso, ha tenido sus idas y vueltas; momentos de aparente inmovilidad, y otros, de avances muy vertiginosos, de dudas y convicciones. Ha sido, en definitiva, un recorrido arduo y desafiante, poblado de aprendizajes.

La investigación es parte de la línea de trabajo sobre “Personalidad, afrontamiento, bienestar y estrés en adolescentes uruguayos con y sin riesgo suicida”, de la cual estoy a cargo en el Departamento de Psicología en la UCU; es también la continuación y profundización de mis tesis de maestría, en la UCU, y de licenciatura, en la Universidad Nacional Autónoma de México.

A pesar de los avances que la investigación científica sobre la adolescencia ha mostrado en los últimos años, los estudios que abordan el desarrollo normativo, la psicopatología y las intervenciones en esta población siguen siendo relativamente escasos. Cuando me preguntan por qué elijo trabajar el tema del riesgo suicida en general, y en la adolescencia en particular, siempre pienso en esta fase vital, llena de cambios turbulentos, pero también de infinitas posibilidades y búsquedas, que les permiten a los/las jóvenes adentrarse en diversas metamorfosis, reinventarse y reconstruirse. Hace 15 años que trabajo con adolescentes, primero mexicanos y luego uruguayos, y no hay día que no me sorprendan con su genuinidad y rebeldía, y en la mayoría de los casos, con su marcada capacidad para incorporar ágilmente los cambios trabajados en terapia a su vida cotidiana. Los/las adolescentes me atrapan, tal vez porque incisivamente me obligan a cuestionarme, como profesional de la salud mental, pero también como persona. Es decir, me desafían, y en ese desafío, también tiene un lugar, especialmente, su intensidad al proyectar la vida o pensar en terminarla.

No cabe duda de que el suicidio es un tema complejo, lleno de aristas, difícilmente asequible con una mirada escueta o reduccionista; es un tema que nos cuestiona a todos, en mayor o menor medida, no importa qué tan lejanos o cercanos nos sintamos al mismo. Desde el mundo adulto, a veces parece incomprensible cómo un/una joven, en apariencia lleno/a de posibilidades (o al menos de tiempo para construir las), decide, activa o pasivamente, fantasear, planear o ensayar su propia muerte, o finalmente suicidarse. Es la misma incapacidad de comprensión con la que hace unos años y ante un auditorio repleto de asistentes -algunos haciendo cola o sentados en el pasillo afuera del auditorio-, el Dr.

Jobes, ex presidente de la Sociedad Americana de Suicidología y experto en la temática, se preguntaba con lágrimas en los ojos qué ocurre en Uruguay, qué motiva que las tasas de suicidio sean tan elevadas, sin contar, al menos en apariencia, con la mayor parte de los factores de riesgo tradicionalmente asociados al mismo. En lo personal, siempre me ha sacudido y conmovido saber que en este país la mayor parte de la gente conoce al menos a una persona que cometió suicidio, y eso ha marcado parte de las interrogantes que desembocaron en el presente trabajo.

Los problemas de salud mental en la adolescencia son múltiples y su inatención acarrea altos costos en diferentes niveles; faltan indiscutiblemente muchos esfuerzos para abordarlos eficazmente. El riesgo suicida es una de estas múltiples problemáticas, así como lo son el consumo de sustancias, las autolesiones, las conductas violentas hacia los demás, y un largo etcétera, imposibles de abordar en un solo estudio o con una única mirada.

La presente tesis por compendio de artículos trata este tema complejo, de forma empírica, directa y profunda; emplea un abordaje que aún hoy, parece ser resistido por el “mundo adulto”, incluso -extrañamente- en ambientes académicos. Preguntarle a un/a adolescente, en una entrevista familiar, si ha pensado en quitarse la vida, y escuchar a los padres ordenarle no responder, porque “de eso no se habla”, indica, quizás, un sentir social, que manda mantenerse al margen de ciertos lugares de la experiencia mental. En oposición a estas posturas evitativas, más o menos disfrazadas, la presente tesis pretende aproximarse a algunas respuestas sobre aquellas variables que llevan a algunos adolescentes a encontrarse en mayor riesgo suicida que otros. Tales respuestas, van de la mano de otras temáticas profundas y complejas en sí mismas, como lo son los síntomas psicopatológicos en esta etapa evolutiva, las dificultades educativas o familiares o el acceso a la atención en salud, entre otras, algunas de las cuales se tocan tangencialmente en esta investigación, y otras que quedaron pendientes para futuros estudios.

Índice

1.	Introducción	17
1.1	Adolescencia y psicopatología del desarrollo.....	20
1.2	Síntomas psicopatológicos en la adolescencia	22
1.3	Riesgo suicida en la adolescencia.....	24
1.4	Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS; Joiner, 2005; Van Orden et al.,2010).....	25
2.	Justificación de la investigación y objetivos generales.....	28
2.1	Método.....	30
3.	Discusión general	33
3.1	Fortalezas y Limitaciones	36
3.2	Futuras líneas de investigación.....	38
3.3	Implicaciones.....	39
	Implicaciones académico-teóricas.....	39
	Implicaciones clínicas	41
	Implicaciones para las políticas públicas	42
	Referencias	45
	Anexos	58
	Anexo A. Consentimiento para los liceos	58
	Anexo B. Asentimiento para adolescentes	60
	Anexo C. Consentimiento informado para padres de adolescentes participantes	62
	Anexo D. Ficha sociodemográfica	64
	Anexo E. Protocolo Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (versión adaptada para Uruguay).	67

Índice de tablas

Artículo 1. Prevalence of and risk factors associated with psychopathological symptoms in Uruguayan adolescents, using the Personality Assessment Inventory (PAI-A)

Table 1. <i>Characteristics of the participants differentiated by gender</i>	
Table 2. <i>Means and standard deviations of T scores on PAI-A scales and subscales compared by gender and age</i>	
Table 3. <i>Means and standard deviations of T scores on PAI-A scales and subscales compared by socioeconomic status (SES)</i>	
Table 4. <i>Rates of adolescents with T-scores above clinical levels for the total sample and comparisons by gender and age</i>	
Table 5. <i>Rates of adolescents with T-scores above clinical levels for the total sample and comparisons by SES</i>	
Table 6. <i>Rates of adolescents with T-scores above clinical levels according total number of scales in clinical levels, for the total sample, and comparisons by gender, age and SES</i>	

Artículo 2. Evidencia de Estructura y Consistencia Internas del Inventario de Riesgo Suicida (IRISA) en Adolescentes Uruguayos

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de los adolescentes participantes</i>	
Tabla 2. <i>Medias, desvíos, asimetría y curtosis del IRISA</i>	
Tabla 3. <i>Índices de consistencia interna de las subescalas del IRISA</i>	

Artículo 3. Is grief divided made lighter?: Assessing the Suitability of the Interpersonal Theory of Suicide in Uruguayan Adolescents

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de los participantes y comparación según sexo</i>	
Tabla 2. <i>Estadísticos descriptivos de las variables clave de la TIS y comparación según sexo</i>	
Tabla 3. <i>Efectos estandarizados directos, indirectos y totales de las variables incluidas en el modelo de la TGD</i>	
Tabla 4. <i>Comparación del ajuste entre los modelos de invarianza con restricciones y el modelo libre</i>	
Tabla 5. <i>Índices de ajuste de los modelos con y sin restricciones en los paths diferencia en χ^2</i>	
Tabla 6. <i>Índices de ajuste de los modelos con y sin restricciones en las covarianzas: diferencia en χ^2</i>	
Tabla 7. <i>Índices de ajuste de los modelos con y sin restricciones en los residuales: diferencia en χ^2</i>	

Índice de figuras

Artículo 2. Evidencia de Estructura y Consistencia Internas del Inventario de RiesgoSuicida (IRISA) en Adolescentes Uruguayos

Figura 1. *Modelo de cuatro factores del IRISA*.....

Artículo 3. Is grief divided made lighter?: Assessing the Suitability of the InterpersonalTheory of Suicide in Uruguayan Adolescents

Figura 1. *Modelo especificado de la TIS*.....

Figura 2. *Covarianzas, coeficientes path y R^2 de la TIS según el sexo*.....

Resumen

El suicidio constituye en el mundo la segunda causa de muerte en población adolescente-juvenil de entre 10 y 24 años (OMS, 2019). Además, la tasa de suicidio en adolescentes de entre 14 a 18 años ha aumentado de manera sostenida en los últimos 50 años, con valores que varían entre el 36% y el 234%, según la fuente referida (Berman et al., 2006; Centers of Disease Control, 2020). Con el objetivo de estudiar síntomas psicopatológicos y variables predictivas asociadas al riesgo suicida en adolescentes se condujeron tres estudios.

Del primer estudio, realizado con 547 adolescentes liceales, sobre prevalencia, comorbilidad y factores de riesgo asociados a síntomas psicopatológicos en adolescentes, se obtuvieron resultados que evidenciaron que un tercio de los/las adolescentes presenta niveles significativos de una o más de las escalas clínicas evaluadas, siendo las más frecuentes las de depresión y ansiedad. Los grupos con mayor riesgo de tener escalas elevadas fueron el de las mujeres, los/las adolescentes tempranos y aquellos/as con un nivel socioeconómico más bajo.

Los resultados del segundo estudio, en el que participaron 447 adolescentes, mostraron evidencia sobre las dimensionalidades psicométricas del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA; Hernández & Lucio, 2006), adecuados índices de fiabilidad, y correlaciones intra-subescalas esperables.

Algunas variables predictoras del riesgo suicida, examinando la idoneidad de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) fueron evaluadas en 337 adolescentes en nuestro tercer estudio. Se encontró que, para las mujeres, la *autopercepción de ser una carga para los demás* fue la variable que mejor predijo la *ideación suicida*, mientras que, para los varones, fue la *desesperanza*. En las adolescentes mujeres, el efecto de la ideación suicida sobre el intento, estuvo mediado por la *capacidad adquirida para cometer suicidio*. En cambio, en los varones la *ideación suicida* mostró una asociación directa sobre el intento de autoeliminación. Los hallazgos generales de esta tesis destacan el rol diferenciado de los factores de riesgo para los/las adolescentes, tanto en cuanto a síntomas psicopatológicos como de intento de autoeliminación, dependiendo de si los/las jóvenes son mujeres o varones. También se destaca que la conducta suicida es común entre los/las adolescentes uruguayos/as, especialmente la ideación suicida.

Palabras clave: riesgo suicida, adolescencia, psicopatología, prevención

Abstract

Worldwide, suicide is the second leading cause of death among adolescents and youth aged 10 and 24 years old (WHO, 2019). In addition, suicide rates among adolescents, ages 14-18 years old, have steadily increased over the last 50 years, varying between 36% and 234%, depending on the source (Berman et al., 2006; Centers of Disease Control, 2020). In order to study psychopathological symptoms and predictive variables associated with suicidal risk in adolescents, three studies were conducted.

Results from our first study, carried out with 547 high school adolescents, with the objective of studying the prevalence, comorbidity and risk factors associated with psychopathological symptoms in adolescents, showed that a third of adolescents present significant levels of one or more of the clinical scales evaluated, the most frequent being depression and anxiety. Women, early adolescents and those coming from lower socioeconomic levels, were the groups at the highest risk of showing clinical levels on evaluated scales.

The results of our second study, in which 447 adolescents participated, confirmed the original psychometric dimensions of the Suicide Risk Inventory for Adolescents (IRISA; Hernández & Lucio, 2006), adequate reliability indices, and expected intra-subscale correlations.

Some predictive variables of suicidal risk, testing the suitability of the Interpersonal Theory of Suicide (ITS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) were evaluated in 337 adolescents in our third study. For female adolescents, being a burden to others was the variable that best predicted suicidal ideation, while for men, it was hopelessness. In female adolescents, the effect of suicidal ideation on the attempt was mediated by the acquired capacity to commit suicide. In contrast, in male adolescents who contemplated suicide, suicide ideation showed a direct association with the attempt at self-elimination.

General findings of this thesis emphasises the differentiated role of risk factors for adolescents, both in terms of psychopathological symptoms and attempts at self-elimination,

depending on sex. It is also highlighted that suicidal behavior is common among Uruguayan adolescents, especially when it comes to suicidal ideation.

Keywords: suicide risk, adolescence, psychopathology, prevention

Manuscritos publicados y en proceso de publicación

Publicados:

Machado, A. I., Bobbio, A., Arbach, K., Parra, A., Riestra, C. & Hernández-Cervantes, Q. (2021). Evidencia de estructura y consistencia interna del Inventario de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRISA) uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e2214. Epub 01 de junio de 2021. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2214>

Machado, A.I., Arbach, K., Bobbio, A. & Parra, A. (2021). Prevalence of and Risk Factors Associated with Psychopathological Symptoms in Uruguayan Adolescents, Using the Personality Assessment Inventory (PAI-A). *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3084>

En proceso de publicación:

Machado, A.I., Arbach, K., Bobbio, A. & Parra, A. Is grief divided made lighter?: Assessing the Suitability of the Interpersonal Theory of Suicide in Uruguayan Adolescents.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018), concibe a la adolescencia como un periodo de alta vulnerabilidad tanto para el desarrollo de síntomas o trastornos psicopatológicos, como de riesgo de conductas suicidas, principalmente asociados a cambios abruptos inherentes a esta etapa, como la búsqueda de mayor autonomía y de pertenencia al grupo de pares, exploración de identidad sexual, uso inadecuado de la tecnología, mayor exposición y riesgo a violencia, problemas socioeconómicos, entornos de alta vulnerabilidad, entre otros. Las dificultades de salud mental en la adolescencia están fuertemente vinculadas a otros problemas de salud y del desarrollo (p.ej., fracaso escolar, problemas en la salud sexual y reproductiva, uso problemático de sustancias, entre otros) (Holmstrand et al., 2015; Nock et al., 2010). Así, la alta prevalencia de síntomas y trastornos psicopatológicos, junto con la exposición a contextos o eventos adversos, ha sido asociado significativamente a la conducta suicida en adolescentes (Gomes et al., 2019).

La normativa internacional sobre derechos humanos establece que los Estados parte deben promover la salud mental y el bienestar emocional de los adolescentes, así como tratar y atender adecuadamente los problemas de salud mental¹. A nivel mundial, aproximadamente 1,3 millones de adolescentes mueren por causas prevenibles o tratables (OMS, 2012). Los accidentes de tránsito, los suicidios, los homicidios, la violencia y la guerra, el ahogamiento y los incidentes relacionados con incendios representan aproximadamente el 40% de todas las muertes de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2016). El suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años. (Organización Panamericana de la Salud [OPS]/OMS, 2014). Como consecuencia, la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aplicable a población adolescente, plantea como una de sus metas, la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, incluido el suicidio, mediante su prevención y tratamiento.

¹ Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 24 1) y 2) b), y 6; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14; y E/1995/22-E/C.12/1994/20.

En el 2021 se suicidaron 758 personas en Uruguay, de los cuales 203 eran adolescentes y jóvenes (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022). La OMS (2014) enfatiza que el suicidio es un problema de salud pública grave, prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral. En esta misma línea, este organismo internacional ha propuesto tres tipos de estrategias de prevención: universales, selectivas e indicadas. La presente tesis por compendio de artículos se ha centrado en contribuir con investigación basada en la evidencia, teniendo como eje la estrategia de prevención indicada del suicidio, es decir, aquella enfocada en individuos de la población que pueden ser identificados en riesgo de suicidio, como son las y los adolescentes. Dichas estrategias y acciones pueden desarrollarse individual o colectivamente, con el propósito de reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección (OMS, 2014).

La investigación en prevención de suicidio apunta a la posibilidad de detectar individuos y poblaciones con factores de riesgo medianamente específicos, relacionados con diferentes comportamientos de riesgo (OMS, 1998). Este enfoque propone la concepción de “riesgo” como elemento clave vinculado al suicidio, y habilita establecer predicciones sobre su eventual ocurrencia. Así, la determinación de factores de riesgo, definidos como cualquier característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso, el suicidio, habilita eventualmente la construcción de perfiles y niveles de riesgo (Almeida Filho et al., 2009) y, a su vez, la determinación de factores protectores. El conocimiento de dichos factores resulta de utilidad para diseñar acciones orientadas a modificar las exposiciones, con miras a la prevención (Berk et al., 2019).

Dado que la población adolescente ha sido descrita como un grupo de alta vulnerabilidad para cometer suicidio (Nock et al., 2008), considerando a la edad como un factor de riesgo en sí mismo, profundizar en algunas variables asociadas al suicidio, específicas para esta franja etaria, resulta fundamental.

El suicidio en adolescentes está frecuentemente asociado a la presencia de síntomas y trastornos psicopatológicos (Wasserman et al., 2021). Investigaciones indican que más de un tercio de adolescentes menores de 15 años que se suicidaron, presentaba al menos un trastorno psicopatológico al momento de morir (Soole, 2015); además, tener un diagnóstico de este tipo de trastornos incrementa hasta 10 veces el riesgo de cometer suicidio en adolescentes y jóvenes de entre 12 y 26 años (Gili et al., 2019). En muestras

de adolescentes suicidas, los trastornos más frecuentemente asociados al riesgo suicida han sido los desórdenes de conducta, afectivos y por uso problemático de sustancias (Fleischmann et al., 2005; Miché et al., 2018; Silva et al., 2022). Adicionalmente, la comorbilidad entre trastornos psicopatológicos, especialmente los afectivos y de uso problemático de sustancias, agrava notablemente el riesgo de cometer suicidio en población adolescente (Bilsen, 2018; Gili et al., 2019). La literatura apunta a que el aumento en la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la adolescencia es potencialmente uno de los factores contribuyentes al incremento de riesgo suicida con la edad (Soole et al., 2015).

Considerando lo anterior, el primero de los artículos de la presente tesis se propuso describir el perfil de síntomas psicopatológicos en adolescentes liceales uruguayos/as, y contrastarlos según el sexo, la edad y el nivel socioeconómico de los/las participantes. Dicho estudio fue publicado en la revista indexada *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* y recibió el primer lugar en concurso sobre investigación de la Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud 2022. El segundo y tercer artículo se propusieron profundizar en el riesgo suicida de adolescentes liceales uruguayos/as, primero analizando la evidencia de confiabilidad de un instrumento específico para la valoración de riesgo suicida en esta etapa del desarrollo, con un estudio que fue publicado en la revista indexada *Ciencias Psicológicas*, y en segundo lugar, probando la idoneidad de un modelo explicativo del riesgo suicida, con un estudio que está terminando de ser traducido para ser enviado a una revista arbitrada internacional.

Por medio de los tres estudios aquí incluidos, buscamos profundizar en el conocimiento científico de la problemática de la salud mental en adolescentes uruguayos/as, con énfasis en síntomas psicopatológicos y riesgo suicida.

En el resto del presente apartado se incluyen los conceptos clave empleados en los estudios que componen la presente tesis por compendio de artículos. En primer lugar, se aborda brevemente la definición de adolescencia. Se retoma el concepto de psicopatología del desarrollo, un constructo que sustenta esta investigación y sus resultados; se describen brevemente también los síntomas psicopatológicos en esta etapa del desarrollo y el impacto que conllevan en la salud mental de los/las adolescentes, con especial énfasis en las variables de contraste incluidas en el primer artículo.

Así mismo, se introduce la definición de riesgo suicida y un panorama general, mundial y nacional, de su prevalencia en esta etapa vital. Además, se abordan brevemente

los antecedentes teórico-empíricos del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA; Hernández & Lucio, 2006), el primer instrumento adaptado para evaluar riesgo suicida en población adolescente uruguaya, como producto del presente trabajo, y herramienta crucial al detectar dicho riesgo en nuestra muestra. Finalmente, se presenta el modelo interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), una propuesta integradora, basada en la evidencia, que conjuga variables relevantes desde el punto de vistateórico-empírico, y que, si bien ha sido principalmente probada en adultos, en los últimos 10 años se ha extendido a muestras adolescentes. Además, este estudio es, hasta donde sabemos, el primero en probar el funcionamiento de dicho modelo en una muestra hispanohablante. De esta forma, se articulan los hallazgos en población adolescente de Uruguay, con un modelo comprensivo/operativo sobre el suicidio. Se trata de construir conocimiento desde la realidad nacional; conocimiento validado y operacionalizable, cuya utilización, cuestionamiento, y deconstrucción, habrán de ampliar el corpus teórico técnico de la Psicología sobre este tema.

1.1 Adolescencia y psicopatología del desarrollo

La adolescencia constituye un periodo clave en el desarrollo humano, marcado por transiciones profundas en todos los ámbitos vitales del individuo: hormonales y físicas, cerebrales, cognitivas, emocionales y sociales. Los cambios físicos, desencadenados a partir de la pubertad, que disparan el crecimiento y la madurez reproductiva (Newman & Newman, 2018), fijan el inicio formal de la adolescencia. También se ve profundamente modificada la capacidad cognitiva, de tal forma que los/las adolescentes desarrollan nuevas y más complejas formas de pensarse a sí mismos/as, a su mundo, su futuro y a otros (Keating, 1990). A nivel social, los pares ocupan el lugar de privilegio, al mismo tiempo que el/la adolescente ensaya nuevos roles. En el ámbito emocional, los/las adolescentes practican y fortalecen nuevas formas de autorregulación (Días & Cadime, 2017). Estos fenómenos deben pensarse desde la complejidad, en su sinergia singular en cada caso, escapando a las concepciones lineales y simplistas, que adjudican todos los cambios a una simple reacción psicológica ante los cambios biológicos (Amorín, 2008).

Hasta hace unas décadas, se concebía a la adolescencia exclusivamente como un periodo poblado de estrés y “torbellino emocional” (Hall, 1904); en algunos casos, las dificultades adaptativas presentes en un número generalmente no mayoritario de

adolescentes alcanzaba la categoría de lo normativo (Freud, 1958). Sin embargo, la mayor parte de los/las jóvenes transita esta fase sin grandes dificultades, y en el caso de presentar desajustes, éstos ocurren generalmente de manera transitoria, resultando en que los/las jóvenes puedan adaptarse y emplear estrategias eficaces para lidiar con las demandas de esta fase del desarrollo (Cicchetti & Rogosch, 2002). La serie de cambios que debe enfrentar el/la adolescente fortalece tanto su adquisición de autonomía como la capacidad cada vez mayor de impactar en su entorno. Asimismo, dichos cambios abren posibilidades en diversas direcciones, convirtiendo a la adolescencia en un periodo cargado de potencialidades, en general positivas. Los estudios que aquí se exponen, tratan no solamente de aportar a la detección y abordaje precoz de dificultades asociadas a síntomas psicopatológicos y riesgo suicida, sino a tratar de determinar aquellas variables que puedan diferenciar problemas en salud mental “pasajeros”, de aquellos con mayor relevancia clínica.

Lo cierto es que el tránsito por la adolescencia conlleva más montos de estrés y desafíos que el pasaje por la niñez o la adultez (Resnick et al., 1997). Existen ciertos patrones de comportamiento, especialmente exacerbados en esta etapa, que podrían estar contribuyendo al aludido torbellino emocional adolescente, como son los trastornos del humor, las conductas de riesgo y el conflicto con las figuras parentales (Arnett, 1999). Aunque la mayoría de los/las adolescentes se convertirá en adultos sanos, algunos/as desarrollarán problemas mentales significativos, con importantes consecuencias en sus vidas y las de los que los rodean. Gran cantidad de las dificultades mentales, como la depresión, la ansiedad, el uso problemático de sustancias, los trastornos de la alimentación y el riesgo suicida, aparecen antes de los 24 años (Mortier et al., 2018). ¿Qué sucede durante la adolescencia que se incrementa marcadamente la vulnerabilidad a los trastornos mentales y/o el riesgo suicida? ¿Qué adolescentes se hallan en mayor vulnerabilidad de desarrollar síntomas psicopatológicos? ¿Qué protege a un/una adolescente del riesgo de presentar sufrimiento mental y/o riesgo suicida? Todas parecen preguntas cruciales y pertinentes desde nuestra perspectiva, y difícilmente abordables desde una mirada reduccionista. Lo que sí sabemos es que un gran número de trastornos se inician o cristalizan en esta fase, y el impacto a nivel personal, social, sanitario y económico es muy elevado. Se estima, por ejemplo, que solamente la depresión, que suele comenzar o cristalizarse en esta etapa, será la causante del mayor número de años de vida perdidos para el 2030 (Blackemore, 2019). Por esta razón, la adolescencia es considerada un periodo ventana, tanto para el diagnóstico como para la prevención en salud mental.

En términos del presente trabajo, y al hablar sobre salud mental adolescente, debemos referirnos indiscutiblemente al concepto de psicopatología del desarrollo. Sroufe y Rutter (1984) la definen como “el estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales de la adaptación del comportamiento sea cual fuere la edad de comienzo, sus causas, las transformaciones en la manifestación de dicho comportamiento y lo complejo del curso del patrón evolutivo” (p. 18). Así, al definir lo normal/anormal en un/una adolescente, esta perspectiva aspira a integrar factores biológicos, psicológicos y sociales. Además, se asume que la vulnerabilidad ante ciertas dificultades mentales depende de la organización de dichos factores, y no exclusivamente de alguno de ellos (Lemos, 2003). Además, la perspectiva del desarrollo enfatiza la posibilidad de organizaciones psicopatológicas cambiantes y en comorbilidad con otras (Contini, 2018).

La psicopatología del desarrollo hace referencia al entendimiento de los procesos subyacentes a las dificultades mentales, al rol de los mecanismos vinculados al desarrollo y, finalmente, al dinamismo en la continuidad/discontinuidad de las conductas adaptativas-desadaptativas (Rutter & Sroufe, 2000). Se aboca, finalmente, al estudio de posibles inhibiciones, regresiones o desviaciones del desarrollo esperado, considerando que pueden coexistir áreas de funcionamiento normal y otras, alteradas. Esta concepción de la psicopatología va emparentada con el diagnóstico de síntomas y potenciales riesgos en la salud mental del adolescente, pero también de fortalezas, de áreas saludables y factores de protección. Así, lo normal y lo patológico, quizás especialmente durante la adolescencia, sea producto de variaciones dentro de un continuo, y no un fenómeno dicotómico (Lemos, 2003). De esta forma, una problemática psicopatológica adolescente relacionada al suicidio, o a trastornos del humor o del pensamiento, será patológica o no, según se instale en el tiempo, según esté o no, al servicio de la subjetivación adolescente, de la construcción de su identidad u otros logros del desarrollo de esta fase (Marcelli & Braconier, 2009).

1.2 Síntomas psicopatológicos en la adolescencia

A nivel mundial, la prevalencia de dificultades asociadas a la salud mental en población infanto-adolescente se ha estimado en una tasa promedio de 13,4% (Fuchs et al., 2013), aunque algunos estudios arrojan un porcentaje que asciende hasta un 34,09% en adolescentes de entre 10-18 años (Wagner et al., 2017).

Las investigaciones indican que las dificultades mentales más comunes durante este periodo del desarrollo son: trastornos de ansiedad/humor (31,9%), de conducta (16,3-19.1%) y uso problemático de sustancias (8,3-11,4%) (Fuchs et al., 2013). Contrario a lo que ocurre en la infancia, los problemas mentales en la adolescencia son más frecuentes en las mujeres que en los varones (La Maison et al., 2018), aunque la proporción puede invertirse dependiendo del trastorno. Por ejemplo, las adolescentes presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los varones, y éstos más trastornos disruptivos, uso problemático de sustancias y trastorno por déficit atencional (Ara, 2016).

Además, los efectos de las dificultades mentales representan casi la mitad de la carga por enfermedad entre adolescentes/jóvenes de entre 10-24 años, lo que las ubica en la principal causa de discapacidad en este rango etario (Gore et al., 2011). Se estima que el 75% de los trastornos mentales emerge antes de los 24 años (Kessler et al, 2014), lo que acarrea implicaciones importantes a nivel sanitario, social, académico y laboral durante la juventud y en una medida importante, por el resto de la vida del individuo (Holmstrand et al., 2015). Adicionalmente, se calcula que solamente el 33% de los/las adolescentes con problemas mentales agudos o crónicos consulta o accede a servicios de salud mental (Jorg et al., 2015).

Respecto a las variables de interés asociadas a la psicopatología adolescente en la presente tesis por compendio de artículos, la literatura indica una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de desarrollar un trastorno psiquiátrico (Rutter, 2015), y una correlación menos evidente entre la edad y las dificultades mentales (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Algunas investigaciones reportan mayor sintomatología a medida que la edad aumenta (Van Droogenbroeck et al., 2018), mientras que otros estudios apuntan a la adolescencia temprana como el periodo de mayor vulnerabilidad (Van Roy et al., 2006). Respecto a las diferencias en psicopatología reportadas entre adolescentes de acuerdo con el sexo, los adolescentes varones tienden a presentar mayores indicadores de síntomas externalizantes, como agresividad y mayor uso problemático de sustancias, incluyendo alcohol y tabaco, aunque investigaciones más recientes han informado de una reducción en la brecha entre ambos grupos respecto al consumo (Johnston et al., 2017). En contraste, las adolescentes muestran más indicadores de depresión y ansiedad (Salk et al., 2017). En cuanto a la comorbilidad entre dificultades mentales, algunos estudios reportan que más del 40% de los/las adolescentes diagnosticados/as para una patología mental, cumple con los criterios diagnósticos para

una o más categorías adicionales (Wagner et al., 2017), lo que complejiza su evaluación e intervención.

1.3 Riesgo suicida en la adolescencia

Aunque los pensamientos y las conductas suicidas son relativamente raros en la niñez, su prevalencia se incrementa dramáticamente en el pasaje hacia la adolescencia y la juventud (Nock et al., 2008). Se define al riesgo suicida como un continuum, un conjunto de pensamientos y conductas presentes en el individuo, asociados a su propia muerte (Wolfersdor & Kaschka, 1995). Por su parte, González-Forteza y Andrade-Palos (1995), lo conciben como la capacidad de determinar, con base en los factores pasados y presentes del individuo, su potencial autodestructivo; dichos factores incluyen componentes biológicos, sociales y psicológicos (Eisen et. al., 2016).

El suicidio es la segunda causa de muerte entre los/las adolescentes/jóvenes de 10-24 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), y las tasas asociadas a muertes por esta causa en dicha franja etaria se han mantenido en ascenso en la última década (*Center for Disease Control and Prevention [CDC]*, 2018). Un estudio que relevó información en 13.583 estudiantes estadounidenses de entre 12 y 17 años durante los 12 meses previos a la evaluación, reporta que el 17% de los/las adolescentes consideró seriamente el suicidio, el 13,6% lo había planeado y el 8% lo había intentado al menos una vez en los 12 meses anteriores (Kann et al., 2014). En otros estudios, se estima que la prevalencia de ideación suicida (pensamientos asociados a la propia muerte), planeación suicida (realización de planes sobre cometer suicidio) y los intentos de autoeliminación (conductas de auto daño, intencionales y directas, con alguna intención de cometer suicidio) corresponden al 12,1, 4 y 4,1% respectivamente (Nock et al., 2013). Una de las razones que podrían explicar dichas tasas en ascenso, es la falta de investigación específica para los factores que impactan en el riesgo suicida durante la adolescencia, así como la forma en que éstos se encuentran vinculados entre sí (Berk, 2019).

Uruguay es el segundo país con mayor tasa de suicidios en adolescentes en Hispanoamérica (Ardiles-Irrazábal, et al., 2018), con un promedio de 42 adolescentes fallecidos por esta causa anualmente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). Se estima que 1 de cada 5 muertes, entre los 14 y 24 años, es por suicidio (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2013), y 1 de cada 10 adolescentes ha intentado

suicidarse. Además, según la Encuesta Global de Salud Adolescente (GSHS por sus siglas en inglés; OPS, OMS, Junta Nacional de Drogas [JND], MSP & Ministerio de Desarrollo Social, 2012), en los últimos 12 meses, el 12,3% de los/las adolescentes uruguayos/as consideró la posibilidad de quitarse la vida, mientras que el 11,2% planificó cómo hacerlo. Así, la adolescencia se categoriza como un periodo del desarrollo de alto riesgo para diversas manifestaciones de la violencia, incluida el suicidio (Valdéz, 2010).

El Inventario de Riesgo Suicida (IRISA; Hernández & Lucio, 2006), adaptado como parte del presente trabajo de doctorado, es un instrumento de tamizaje, que incluye tanto factores de riesgo como de protección del suicidio, individuales y socio-familiares. Evalúa los distintos componentes del riesgo suicida adolescente, y permite tanto estimar el nivel de riesgo suicida del adolescente, como proponer un plan terapéutico acorde. El inventario fue creado retomando dos modelos teóricos: el de suicidio en niños y adolescentes propuesto por Shaffery Pfeffer (2001) y el de identificación y evaluación de riesgo suicida de Kirk (1993) (como se cita en Hernández-Cervantes & Lucio, 2010). Ambos conciben al riesgo suicida como un fenómeno multifásico y cambiante, que engloba factores biológicos, genéticos, sociodemográficos, familiares y tempranos, psicopatológicos, cognoscitivos y de personalidad, entre otros. El IRISA ha sido ampliamente utilizado en muestras mexicanas (Arenas et al., 2011; Hernández-Cervantes & Lucio, 2003; Machado, 2006; Hernández & Lucio, 2006), paraguaya (Coppari et al., 2009), colombianas (Alarcón-Vásquez et al., 2019; Bahamón & Alarcón-Vásquez, 2018) y española (Ferrer & Kirchner, 2014).

1.4 Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010)

El estudio del suicidio no es un fenómeno nuevo en Psicología, y ha sido abordado desde distintas perspectivas. Freud lo vinculó a la melancolía, al autocastigo de la persona (1989) y al instinto de muerte (1920). Las teorías psicoanalíticas más contemporáneas proponen que el riesgo suicida es causado por impulsos inconscientes, estados afectivos intensos, deseos de escapar del malestar psicológico, fallas en la mentalización y apego perturbado. Por su parte, las teorías cognitivas del comportamiento sugieren que el suicidio constituye un constructo que oscila entre la intención de morir y de seguir viviendo (Beck, 1980); así, los motivos para vivir se relacionarían más con la manipulación o la búsqueda de ayuda y, los motivos para morir, con niveles exacerbados

de desesperanza y depresión. Finalmente, algunas teorías asocian el aprendizaje social y el suicidio. En la actualidad, no existe un modelo específico explicativo de la conducta suicida en adolescentes (Porter, et al., 2019). En los últimos años, la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), que explica la transición ideación-intento suicidas, ha cobrado gran auge e interés, debido en parte a la parsimonia y respaldo empírico, tanto de sus componentes, como de los procesos que postula.

La TIS parte de dos premisas fundamentales; la primera afirma que dos estados psicológicos persistentes, la percepción errónea de ser una carga para los demás, y la necesidad insatisfecha de pertenencia social, instalan el deseo de muerte en las personas. La segunda sugiere que el individuo no actúa sobre ese deseo de muerte, a menos que haya desarrollado la capacidad para cometer suicidio, la cual se potencia por medio de la habituación (o desensibilización) a experiencias/acontecimientos dolorosos, tanto físicos como emocionales (como autolesiones, accidentes, sufrir violencia o atestiguarla, etc.) (Joiner, et. al. 2009). Así, dicha teoría expone dos elementos clave: el deseo de morir y la capacidad adquirida para cometer suicidio.

Pese a que como ya se mencionó anteriormente, dicha teoría no fue específicamente desarrollada para adolescentes, cerca de 20 investigaciones han asociado al estudio de uno o más componentes de la TIS en muestras adolescentes de entre 12-17 años (por ej. Barzilay, et al., 2015; Barzilay et al., 2019; Gulbas, et al., 2019; Kene et al., 2016; Stewart et al. 2017; Opperman et al., 2015; Zhang et al., 2013). Así, la evidencia indica que existe soporte empírico que avala la capacidad explicativa de la TIS en adolescentes, sobre todo en lo que respecta a la relación entre intentos de autoeliminación y capacidad adquirida para cometer suicidio (Stewart et al., 2017). No obstante, también se ha destacado la necesidad de replicar los estudios realizados, dado que, por ejemplo, la mayoría de las investigaciones incluye algunos de los tres componentes del modelo, pero no la totalidad de éstos (Porter et al., 2018). Además, el desarrollo o adaptación de un modelo teórico específico para suicidio en adolescentes sería de alta utilidad al identificar factores o componentes de riesgo y protectores relevantes en la adolescencia, así como su dinámica durante esta etapa particular del desarrollo.

El estudio del riesgo suicida presenta algunas dificultades importantes, que podrían explicar parcialmente su relativo vacío existente en la literatura contemporánea; en primer lugar, las tasas de prevalencia de suicidio son relativamente bajas en población general (Moscicki, 2001), -lo que se contrapone al alto impacto que acarrear los suicidios

a nivel sanitario, económico y social-, y en segundo, los individuos con tendencias suicidas representan una población de alto riesgo en el trabajo clínico y de investigación, que suele terminar desestimando su estudio (Rudd et al., 2001).

2. Justificación de la investigación y objetivos generales

A nivel internacional, la prevalencia de los problemas mentales en adolescentes oscila aproximadamente entre un 13 % y un 34 % (Ghandour et al., 2019; Lawrence et al., 2015; Maalouf et al., 2016; OMS, 2019; Polanczyk et al., 2015; OMS, 2019), dependiendo de los instrumentos o criterios diagnósticos empleados para definirlos, las muestras en estudio o el diseño metodológico. Uruguay carece de estudios epidemiológicos sobre prevalencia de trastornos mentales en adolescentes, definidos según los criterios diagnósticos internacionalmente consensuados (por ej. el Manual Estadístico de Trastornos Mentales 5 [DSM-5] o la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]). Investigaciones nacionales reportan algunos indicadores de síntomas psicopatológicos, que varían en su presentación dependiendo del instrumento y metodología empleadas (Daset et al., 2015; Fernández et al., 2018; Instituto Nacional de la Juventud [INJU], Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA] & Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020). Por lo tanto, aún permanece como un interrogante la prevalencia de indicadores clínicos de personalidad en población adolescente de Uruguay y sus variaciones de acuerdo con las siguientes variables en su conjunto: nivel socioeconómico, edad y sexo de los adolescentes, así como la comorbilidad de dichos indicadores.

Considerando la relativa escasez de estudios que aborden la problemática de indicadores psicopatológicos o clínicos de personalidad en adolescentes uruguayos/as, así como de variables predictoras del riesgo suicida en dicha población, la presente tesis se propuso evaluar y contribuir, en un primer lugar, al estudio sobre factores de riesgo de psicopatología, tomando en cuenta el sexo, la edad y el nivel socioeconómico. Estimamos, además, la proporción de casos con indicadores en niveles clínicos comórbidos, empleando el Inventario de Evaluación de Personalidad en Adolescentes (PAI-A; Morey, 2007), con probadas validez y confiabilidad en diversas muestras adolescentes, incluida la argentina (Stover et al., 2017), cuya versión adaptada fue la usada en nuestro estudio. La detección temprana de síntomas psicopatológicos en adolescentes resulta un elemento clave para la prevención de suicidio, considerando que aún la presencia de sintomatología leve está vinculada al incremento de riesgo suicida en esta etapa del desarrollo (Balazs et al., 2013; Wasserman et al., 2021).

En segundo lugar, nos propusimos evaluar variables predictoras del riesgo suicida, específicamente la ideación y el intento de autoeliminación, empleando la Teoría

Interpersonal del Suicidio (TIS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) en adolescentes uruguayos/as. Dicha teoría ha probado ser una propuesta empíricamente fundamentada en la predicción del suicidio, y aunque en los últimos años ha sido testeada en adolescentes, nunca en muestras hispanohablantes. Para cumplir con dicho objetivo, comprendido en el tercer estudio, consideramos fundamental poder contar con una herramienta de evaluación de riesgo suicida, específicamente diseñada para adolescentes, con evidencia de confiabilidad, es decir, con un análisis sobre la estructura y consistencia internas de una versión adaptada del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA; Hernández & Lucio, 2006). A pesar de la considerable cantidad de instrumentos de valoración de riesgo suicida, son relativamente escasos aquellos específicamente diseñados para muestras adolescentes, y menos numerosas las investigaciones que respaldan su adaptación y/o validez a los diversos contextos latinoamericanos. Uruguay no contaba, hasta antes de este estudio, con instrumentos de evaluación de riesgo suicida para adolescentes, creados o adaptados puntualmente para jóvenes.

Así, por medio de los tres estudios que llevamos adelante buscamos profundizar en el conocimiento científico del problema de la prevalencia y factores de riesgo de indicadores psicopatológicos y variables predictoras del riesgo suicida en adolescentes uruguayos/as. Como se mencionó anteriormente, Uruguay presenta cifras alarmantes tanto de suicidio como de intentos de autoeliminación en dicha franja etaria (MSP, 2022). El mejoramiento en la detección de indicadores psicopatológicos en general, y de la conducta suicida es un paso significativo en su prevención; el desafío clave en la estrategia preventiva de dicha problemática en salud mental consiste en poder identificar a personas en situación de riesgo, profundizar en las circunstancias asociadas al mismo y planificar e implementar intervenciones eficaces (OMS, 2011). Nuestros estudios apuntaron a contribuir en la cobertura de esos dos primeros estadios de la prevención.

2.1 Método

Para alcanzar los objetivos propuestos, la presente tesis por compendio de artículos se organizó en tres artículos de investigación.

Artículo 1. Prevalence of and risk factors associated with psychopathological symptoms in Uruguayan adolescents, using the Personality Assessment Inventory (PAI-A)

Se evaluaron 540 adolescentes escolarizados de ambos sexos (55,5% mujeres), de 12 a 18 años ($M=15,40$; $DE=1,92$), de cinco departamentos de Uruguay, empleando el Inventario de Personalidad para Adolescentes (PAI-A; Morey, 2007). Para los análisis descriptivos de las características de los/las participantes y las variables en estudio se estimaron frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de variables cualitativas, y medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas. Para analizar las diferencias en las puntuaciones T de las escalas clínicas del PAI-A según sexo (varones / mujeres) y edad (≤ 14 años, > 14 años) se realizaron análisis mediante la prueba t de Student para grupos independientes. Las diferencias según nivel socioeconómico (NSE) se analizaron mediante análisis unifactoriales de la varianza (ANOVA) y pruebas de comparaciones múltiples *post hoc* de Tuckey. Finalmente, se comparó la prevalencia de los niveles clínicos de cada subescala en función del sexo, la edad y NSE, mediante tablas de contingencia, el estadístico chi cuadrado (χ^2) y la estimación de Odds Ratio (OR). Los puntos de corte empleados para estimar la presencia de niveles clínicos fueron los indicados en el manual para las 11 escalas clínicas (es decir, $T > 70$, excepto para MAN [$T > 73$] y ANT [$T > 65$]).

Artículo 2. Evidencia de Estructura y Consistencia Internas del Inventario de Riesgo Suicida (IRISA) en Adolescentes Uruguayos

El presente estudio se propuso analizar algunas propiedades psicométricas del IRISA en adolescentes liceales uruguayos; a una muestra de 447 (58.16% mujeres) estudiantes, provenientes de centros educativos correspondientes a ciclo básico y bachillerato de cinco departamentos distintos: Montevideo, Canelones, Durazno, Paysandú y Artigas, con un rango de edad de entre 12 y 18 años ($M=15.06$; $DE=1.84$), se les administró un cuestionario sociodemográfico y el IRISA. El IRISA (Hernández & Lucio, 2006) es un inventario conformado por 50 reactivos, en una escala de frecuencia (Sí, todo este tiempo; Casi siempre; Algunas veces; Rara vez; No, nunca) a través de los cuales es posible

detectar el riesgo suicida mediante cuatro subescalas: *Ideación e Intencionalidad Suicidas*, *Depresión y Desesperanza*, *Ausencia de Circunstancias Protectoras*, y *Malestar Psicológico Asociado al Riesgo Suicida*, y tres ítems críticos, indicadores de los distintos niveles de riesgo: *ideación suicida*; *plan(es) suicida(s)*, e *intento(s) previo(s)*.

Para evaluar los niveles de ajuste del instrumento, se empleó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Asimismo, para estimar la consistencia interna del instrumento, se realizó un análisis factorial confirmatorio, que corroboró las dimensionalidades de la escala, los adecuados índices de fiabilidad, y las correlaciones esperables intra-subescalas. A partir de los resultados obtenidos, se concluyó que el IRISA muestra propiedades psicométricas adecuadas, por lo que constituye una herramienta útil para la identificación de aquellos/as adolescentes en riesgo suicida. Nuestra investigación permitió sustentar el proceso de adaptación y contribuir parcialmente a la validación del IRISA en población adolescente uruguaya, obteniendo un producto inédito en el contexto nacional.

Artículo 3. *Is grief divided made lighter?: Assessing the Suitability of the Interpersonal Theory of Suicide in Uruguayan Adolescents*

El presente estudio se propuso explorar variables predictoras del riesgo suicida, evaluando la validez de la TIS en una muestra de adolescentes uruguayos/as, y de acuerdo con el sexo de los participantes. Es decir, analizamos si la *autopercepción de ser una carga para los demás*, la *necesidad insatisfecha de pertenencia social* y la *desesperanza* constituyen, en conjunto, predictores de ideación suicida en nuestra muestra, diferenciando el poder predictivo de los mismos. A su vez, nos propusimos evaluar si la *ideación suicida*, en conjunto con la *capacidad adquirida para cometer suicidio*, empleando como indicador las autoagresiones, son predictores de intentos de autoeliminación. Examinamos si dichas asociaciones son significativas al considerar importantes covariantes del riesgo suicida en adolescentes, como el sexo (Lee et al., 2019; Molly et al., 2016) y la depresión (Soto-Sanz et al., 2019). Para evaluar dichas asociaciones, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables, comparando varones y mujeres, y se analizaron los supuestos de normalidad en la distribución de frecuencias (multicolinealidad, asimetría y curtosis y casos atípicos uni y multivariados). Posteriormente, los supuestos derivados de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) se pusieron a prueba mediante la técnica de Path

Analysis (PA) o análisis de senderos, utilizando el método de estimación de Máxima Verosimilitud (ML), a través del programa AMOS versión 21 (IBM Corp., 2012). Se especificó un modelo de estructura con tres variables exógenas o independientes (es decir que no reciben influencia de ninguna otra variable del modelo): *autopercepción de ser una carga para los demás*, *necesidad insatisfecha de pertenencia social* y *desesperanza*, y se establecieron covarianzas entre ellas.

3. Discusión general

La adolescencia se considera una etapa de especial vulnerabilidad en cuanto a la aparición y perpetuación de alteraciones psicopatológicas (OMS, 2014), lo que pone en un primer plano la necesidad de atender la salud mental en este momento crítico del desarrollo. Aunque la mayoría de los/las jóvenes transita la adolescencia sin dificultades significativas, un grupo de adolescentes presenta vulnerabilidades asociadas a la salud mental y, eventualmente, desarrollará algún desorden y estará potencialmente en mayor riesgo de suicidio (Otto et al., 2017). Conocer los factores de riesgo y protección de síntomas psicopatológicos, así como posibles predictores del riesgo suicida en adolescentes, es un elemento esencial para comprender el funcionamiento psicológico de esta población y sus distintas alteraciones, y consolidar un enfoque de prevención que, eventualmente, impacte en su mayor nivel bienestar psicosocial presente y futuro.

La presente tesis por compendio de artículos se propuso generar conocimientos empíricamente validados sobre dificultades en la salud mental de adolescentes uruguayos/as escolarizados/as, con énfasis en factores de riesgo y de protección de síntomas psicopatológicos y de suicidio. Teniendo en cuenta que la aparición y permanencia de síntomas psicopatológicos es un factor de riesgo relevante asociado al suicidio (Wasserman et al., 2021), se estableció en primer lugar el perfil de síntomas psicopatológicos de los/las participantes, distinguiendo por sexo, edad y nivel socioeconómico, empleando el Personality Assessment Inventory- Adolescents [PAI-A; Morey, 2007; Stover et al., 2017). En segundo lugar, se analizó la evidencia sobre indicadores de la estructura y consistencia interna del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA; Hernández & Lucio, 2006), para poder contar con una herramienta con indicadores de confiabilidad que pudieran cubrir el segundo objetivo. Por último, en el tercer estudio se evaluó el poder predictivo de variables asociadas al riesgo suicida en adolescentes uruguayos/as, empleando el modelo propuesto por la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Los tres estudios retoman la más reciente conceptualización, tanto de psicopatología del desarrollo, como del riesgo suicida específico para población adolescente.

El primer estudio puso en evidencia diferencias por sexo, edad y nivel socioeconómico en cuanto en el perfil de síntomas psicopatológicos evaluados a través del PAI-A (Morey, 2007; Stover et al., 2017). En cuanto al sexo, las adolescentes presentaron

puntuaciones más elevadas en síntomas depresivos y ansiosos, lo que condice con investigaciones anteriores (Silva et al., 2020); los varones, por otro lado, presentaron elevaciones en las escalas de problemas de conducta y manejo de la agresividad, lo que también coincide con estudios previos (La Maison et al., 2018). No encontramos, en nuestra muestra, diferencias por sexo con respecto al consumo de alcohol/sustancias, ni a la ideación suicida. Aunque el consumo de alcohol/sustancias ha venido equiparándose entre adolescentes varones y mujeres en los últimos años (JND, 2020), los resultados sobre la ideación suicida fueron particularmente llamativos, dado que no se encontraron diferencias significativas entre adolescentes varones y mujeres: aunque el formato de respuesta de la subescala puede haber contribuido a dicha paridad, al proponer un gradiente de respuesta amplio, a través de una escala tipo Likert, en lugar de opciones dicotómicas, como otros estudios, futuras investigaciones deberán seguir profundizando en si nuestros resultados se vinculan al formato de respuesta propuesto en el instrumento, o a otras variables.

Respecto a la edad, encontramos una correlación negativa entre la edad de los adolescentes y el riesgo de presentar síntomas psicopatológicos, lo que condice con una mayor tasa de consulta sobre temas de salud mental en adolescentes tempranos en nuestro país (INJU, UNFPA & INE, 2020). Una posible hipótesis para explicar nuestros resultados apunta a que los/las adolescentes más jóvenes pueden presentar una capacidad de regulación emocional más inmadura y también más dependiente del entorno social, en comparación con los adolescentes medios y tardíos (Schweizer et al., 2020). En contraste, el riesgo asociado al uso problemático de alcohol y otras sustancias se incrementó significativamente con la edad.

En cuanto al tema específico de suicidio, Uruguay requiere de iniciativas de políticas públicas que provean estrategias para la prevención de éste, tomando como insumo preferentemente investigaciones realizadas a nivel nacional, y dirigidas a las poblaciones mayormente vulnerables al riesgo suicida, los adolescentes y adultos mayores. Aunque los pensamientos y conductas suicidas son relativamente escasos en la infancia, éstos se disparan dramáticamente durante la adolescencia (Nock et al., 2018); el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de entre 10-19 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2018), y las cifras se han mantenido a pesar de los esfuerzos encaminados a prevención y/o intervención del suicidio en esta franja etaria (Zalsman et al. 2016). Apuntando al fortalecimiento de estudios empíricos específicos sobre variables predictoras de riesgo suicida en adolescentes uruguayos/as y a su temprana

detección, con miras a su prevención, se realizaron los dos otros estudios de la presente tesis por compendio de artículos. Del segundo estudio que condujimos, los resultados obtenidos sugieren que el IRISA (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006) presenta propiedades psicométricas adecuadas para evaluar el riesgo suicida en adolescentes uruguayos/as. Un resultado que se exploró particularmente fueron las altas correlaciones entre las subescalas del IRISA. Posibles explicaciones asociadas resultan del método de estimación empleado en los análisis, o de la existencia de un constructo de segundo orden o común, sobre todo entre las subescalas de *Ideación e Intencionalidad Suicidas* y *Depresión y Desesperanza*, por un lado, y las de *Ausencia de Circunstancias Protectoras* y *Malestar Psicológico Asociado al Riesgo Suicida* o de la formulación semántica de algunos ítems, cuya interpretación puede resultar no unívoca para algunos adolescentes. Respecto a la dimensionalidad del instrumento, nuestros análisis refuerzan la constitución original del IRISA en cuatro factores, coincidente con el estudio original del instrumento (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006); así, nuestros hallazgos apuntan a sustentar el modelo teórico del riesgo suicida en adolescentes, basado no exclusivamente en los indicadores de ideación, la planeación y la intencionalidad suicidas, sino en potenciadores de los mismos, como la depresión y la desesperanza (Lew et al., 2019), y la ausencia de factores de protección (Valdivia et al., 2015).

Finalmente, el tercer y último estudio de la tesis retomó la ausencia de un modelo teórico específico para la comprensión y predicción del riesgo suicida en adolescentes, como un vacío importante en la literatura. Así, se propuso evaluar la utilidad de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS) en una muestra de adolescentes liceales uruguayos/as, contrastando sus componentes según el sexo de los participantes. A partir de este tercer estudio, pudimos concluir que tanto la *autopercepción de ser una carga para los demás* como la *desesperanza* constituyen predictores significativos de la *ideación suicida* en adolescentes, lo que ha sido demostrado anteriormente (Kim et al., 2018; Hollingsworth et al., 2018; Van Orden et al., 2012; Zhang et al., 2013),

Los resultados apuntan a que el sexo es una variable significativa para distinguir predictores tanto para la ideación suicida como el intento de autoeliminación; la TIS ajustó mejor para las adolescentes, en las que la *autopercepción de ser una carga para los demás* resultó el mejor predictor de la ideación suicida, lo que va en línea con estudios previos (Gunn et al., 2012) mientras que, para los varones, fue la desesperanza, lo que también coincide con estudios previos (Garza et al., 2019). Los resultados apuntan a un rol predictivo de la desesperanza sobre la ideación suicida, sobre todo en adolescentes

varones.

La relación entre ideación e intento suicida, mediada por la *capacidad adquirida para cometer suicidio*, fue significativa exclusivamente para las adolescentes, lo que condice con estudios previos (Ren et al., 2019). En cambio, en los varones la ideación suicida mostró una asociación directa sobre el intento de autoeliminación. Dichos resultados podrían explicarse considerando la posible contribución de la impulsividad como variable intermediadora entre el continuum ideación suicida-intento suicida, encontrada previamente en adolescentes varones (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Parecería, entonces, que son distintas las variables predictoras tanto de la ideación suicida como del intento en adolescentes varones y mujeres según la TIS, lo que va en línea con las diferencias por sexo encontradas para los síntomas psicopatológicos del primer estudio. Tales factores de riesgo y de predicción, por otra parte, estén probablemente vinculados entre sí, y potencien el riesgo de cometer suicidio.

3.1 Fortalezas y Limitaciones

Del conjunto de hallazgos de los tres estudios podemos delinear fortalezas y limitaciones. Las mismas han sido propuestas en cada uno de los apartados correspondientes; también han sido puntualizadas las limitaciones específicas para cada investigación, así como las propuestas para futuros estudios, que podrían contribuir a sortear dichas dificultades. A continuación, se presentan las fortalezas y limitaciones, comunes a los tres estudios, que podrían contribuir a la comprensión de la psicopatología durante la adolescencia en general, y sobre el riesgo suicida en particular.

La primera fortaleza de esta tesis doctoral por compendio de artículos es haber centrado el estudio sobre síntomas psicopatológicos y riesgo suicida en una muestra amplia de adolescentes tanto de Montevideo, como de al menos un departamento del interior, integrante de cada una de las regiones geográficas en las que está dividido Uruguay. Los/las adolescentes uruguayos constituyen un grupo de alto riesgo en cuanto a suicidio se refiere, y han sido evaluados de manera escasa y poco sistemática a pesar de que las tasas de prevalencia en nuestro país son altas y han ido en dramático aumento en los últimos años (MSP, 2022).

Una segunda fortaleza de los tres estudios fue la participación de los adolescentes como autoinformantes de las dificultades de salud mental que los aquejan, y,

especialmente, del riesgo suicida. Diversos tratados y convenciones internacionales enfatizan el derecho de los niños, niñas y adolescentes a expresar su opinión y que se los considere en temas que los implican (Pereda et al., 2019), incluida su salud mental. Así, el uso de instrumentos de autoinforme, como el PAI-A (Morey, 2007; Stover et al., 2017) y el IRISA (Hernández & Lucio, 2006), constituye justamente uno de los pilares de dicha implicación. La investigación infanto-juvenil se ha ido modificando en las últimas décadas, desde el uso de las técnicas observacionales o de otros informantes (Bessell et al., 2017) a la participación de niños, niñas y adolescentes, a través de la emisión de su propia perspectiva. Particularmente en el caso de las conductas suicidas, la utilización de autoinformes ha evidenciado que las personas aportan datos más precisos que la información reportada por terceros (Pettit et al., 2018). Un ejemplo de un instrumento con evidencia de confiabilidad y validez es el IRISA (Hernández & Lucio, 2006), empleado en muestras comunitarias de adolescentes en algunos países de la región (Alarcón-Vásquez et al., 2019; Bahamón & Alarcón-Vásquez, 2018; Coppari et al., 2009) y clínica española (Ferrer & Kirchner, 2014)); el segundo estudio de esta tesis doctoral por compendio de artículos, que proveyó de cierta evidencia de estructura y consistencia internas de dicho instrumento, podría contribuir a la comparabilidad transcultural entre investigaciones.

Se destaca también la utilización del PAI-A (Morey, 2007; Stover et al., 2017) en esta investigación; dicho instrumento ha mostrado ser útil para detectar síntomas psicopatológicos en adolescentes. El PAI-A permite, además, analizar variables vinculadas al diseño de intervenciones terapéuticas en jóvenes de entre 12-18 años, con probada solidez respecto a sus propiedades psicométricas en diversas muestras adolescentes (Morey, 2007; Cardenal et al., 2012; Cheung et al., 2008; Stover et al., 2017).

Por último, se considera que los tres estudios apuntan a la evaluación de la psicopatología y el riesgo suicida basada en la evidencia empírica. Esperamos que constituyan, en su conjunto, al fortalecimiento del conocimiento de la temática en nuestro país, y que eventualmente, puedan sumarse a políticas sociales, educativas y sanitarias, que deberían decidirse tomando en consideración la literatura científica acumulada sobre cómo prevenir o intervenir sobre las dificultades en salud mental adolescente.

Una primera limitación común a los tres estudios se refiere al nivel de generalización de los resultados; si bien nos propusimos incluir adolescentes de distintos departamentos (y por consecuencia, regiones del país), y pertenecientes a diversos

contextos educativos (públicos y privados) y niveles socioeconómicos, nuestra muestra se restringió a adolescentes liceales, reclutados a través de un muestreo por conveniencia. En ese mismo sentido, aunque el liceo nuclea un porcentaje relativamente alto de adolescentes en nuestro país, cerca del 40% de los jóvenes en Uruguay no asiste al liceo (De Melo & Machado, 2016).

Por otro lado, tanto el estudio sobre síntomas psicopatológicos y sus factores de riesgo, como el de la Teoría Interpersonal, se implementaron a través de un diseño transversal. Aun así, ambas investigaciones pueden suponer un marco preliminar útil para estudios longitudinales posteriores, con el posible establecimiento de relaciones causales entre los factores predictores tanto para sintomatología psicopatológica como para riesgo suicida en adolescentes, así como de sus variaciones a lo largo de toda la adolescencia.

Por último, en concordancia con lo propuesto por la línea de psicopatología del desarrollo, futuras investigaciones deberían considerar un abordaje que contemple la interacción de factores de riesgo y de protección, enfatizando las capacidades de los adolescentes para superar de manera adecuada las condiciones adversas.

3.2 Futuras líneas de investigación

Considerando los resultados obtenidos en esta tesis doctoral por compendio de artículos, futuras investigaciones podrían incluir el análisis de variables mediadoras y/o moderadoras, posiblemente involucradas en la asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos estudiados, y la manifestación de síntomas psicopatológicos (por ejemplo, estrategias de afrontamiento, niveles de estrés, regulación emocional, capacidad de mentalización). También sería relevante, dadas las características de mayor vulnerabilidad detectadas en nuestra muestra en cuanto a la prevalencia y factores de riesgo asociados a síntomas psicopatológicos (como ser mujer, adolescente más joven y perteneciente a un nivel socioeconómico más descendido), identificar subgrupos de adolescentes con diferentes perfiles o combinaciones de dichos factores de riesgo u otros. Sería recomendable, además, comparar los perfiles de síntomas psicopatológicos según el nivel de riesgo suicida de los adolescentes (por ejemplo, con ideación, planeación e intento de autoeliminación previos), con el fin de obtener información más precisa de la relación entre el riesgo suicida y los perfiles psicopatológicos en adolescentes.

Futuras investigaciones podrían contemplar el análisis del riesgo suicida en adolescentes, en su asociación con factores de riesgo sociodemográficos, como la edad,

y otros, tales como el nivel de bienestar, el afrontamiento y el estrés. Además, se podría plantear un análisis diferenciado de los distintos niveles de riesgo suicida para dichos factores de riesgo, e incluir otras muestras, como clínicas, no escolarizadas y forenses. Dichas investigaciones deberían encaminar sus esfuerzos a expandir el alcance a muestras probabilísticas y lograr una representatividad nacional. Además, otros estudios podrían beneficiarse de la inclusión de datos provenientes de otros informantes clave, referentes adultos para los/las adolescentes, como sus padres u otros referentes, docentes, adscriptos, pares, etc., considerando que los/las jóvenes pueden no ser totalmente conscientes de algunas dificultades asociadas a su salud mental o disminuir su impacto al momento de reportarlas.

Alrededor del 60% de las personas con algún nivel de riesgo suicida no recibe tratamiento, debido principalmente a la baja percepción de necesidad de ayuda y al deseo de solucionar los problemas por sí mismos (Bruffaerts et al., 2011). Cuando finalmente la persona en riesgo accede, generalmente recibe intervenciones con escasa o nula evidencia sobre su eficacia (Sawyer et al., 2019); así, futuras investigaciones podrían enfocarse a consolidar vías de evaluación extensivas con adolescentes y su categorización en distintos niveles de riesgo, tanto psicopatológico general, como de riesgo suicida en particular. Además, sería recomendable que otros estudios se enfoquen en potenciar la búsqueda de apoyo psicológico en esta franja etaria, desde un enfoque actitudinal.

3.3 Implicaciones

Del conjunto de hallazgos de los tres estudios podemos apuntar a implicaciones relevantes. Las implicaciones relativas a cada uno de los artículos han sido presentadas en su correspondiente apartado. En esta sección, las implicaciones generales son presentadas según el área de impacto: académico-teóricas, de políticas públicas y clínicas.

Implicaciones académico-teóricas

La investigación derivada de los tres artículos que comprenden la presente tesis doctoral por compendio de artículos ha pretendido contribuir al conocimiento de la salud mental de los adolescentes liceales en Uruguay, específicamente en lo relacionado a síntomas psicopatológicos y riesgo suicida. Hasta donde sabemos, no existe en Uruguay un estudio que aborde síntomas psicopatológicos y las tres variables sociodemográficas

evaluadas como factores de riesgo (sexo, edad y nivel socioeconómico) y la comorbilidad de indicadores clínicos en adolescentes uruguayos. Por otro lado, como se planteó anteriormente, no existe tampoco una escala adaptada para adolescentes uruguayos, que evalúe específicamente riesgo suicida. Finalmente, y respecto al estudio que evaluó la idoneidad de la TIS en la muestra de adolescentes, las implicaciones trascienden la producción nacional, pues hasta donde sabemos, la teoría no ha sido probada en adolescentes hispanohablantes; los resultados permitirán contrastar el funcionamiento de dicha teoría con lo hallado en otras muestras adolescentes internacionales.

En un nivel teórico, los resultados obtenidos en estos estudios apoyan la idea de que la adolescencia no constituye una etapa del desarrollo homogénea, en términos de factores de riesgo y de protección, sino que el riesgo estaría diferenciado por franjas etarias y de género respecto a la presencia de síntomas psicopatológicos (Castellanos-Ryan et al., 2016) y con vulnerabilidad diferenciada por género respecto al riesgo suicida (Buchman-Schmitt et al., 2014).

A pesar de que en Uruguay el suicidio ha sido señalado como una de las prioridades en los programas nacionales de salud (MSP, 2020), la implementación de programas de prevención, tanto en adultos mayores, como en adolescentes y jóvenes (las dos franjas etarias de mayor riesgo), ha sido escasa sino nula. De hecho, aunque existe un Plan Nacional de Prevención del Suicidio (MSP, Presidencia de la República, Ministerio de Educación y Cultura [MEC], Ministerio del Interior [MI], Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2010) y uno nuevo bajo fase de diseño, hasta ahora solamente se han concretado algunas iniciativas puntuales, y claramente insuficientes, considerando el ascenso de las tasas de suicidio, especialmente en los últimos dos años, impactando fuertemente a la franja adolescente y juvenil (MSP, 2021). Las poblaciones adolescente y juvenil pueden haber estado expuestas a mayores riesgos respecto a su salud mental durante la pandemia, debido principalmente a las consecuencias de las medidas de distanciamiento social (Kim et al., 2022), por lo que la valoración de las implicaciones de dicho impacto debería ser prioritaria en los distintos niveles de atención en salud, así como en los diversos ámbitos donde los adolescentes tienen una presencia importante.

Específicamente, los hallazgos de la presente investigación doctoral apuntan a la urgente necesidad de la prevención tanto de la aparición como perpetuación de síntomas psicopatológicos en general, como de conductas suicidas durante la adolescencia en particular, dada su alta prevalencia y costos, a nivel sanitario, social y económico (Gore

et al., 2011). En cuanto a la prevención de síntomas psicopatológicos, distintos programas podrían enfocarse en adolescentes más jóvenes, mujeres y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, dados nuestros hallazgos; considerando el riesgo suicida, la prevención debería focalizarse en la ideación y las autolesiones en las adolescentes, y en la ideación y la desesperanza en varones.

Por último, debido a la importancia de adaptar instrumentos que resulten apropiados para su uso en la población objetivo (Muñiz et al., 2013), y dada la escasez de escalas para examinar sintomatología psicológica en adolescentes uruguayos, la presente tesis doctoral por compendio de artículos abrió la puerta para un trabajo cercano de colaboración con los autores españoles del PAI-A (Cardenal et al., 2012), para su adaptación y validación en población uruguaya, incluida una versión breve, que podría emplearse como un instrumento de tamizaje en los distintos contextos endonde los adolescentes tienen participación. Podría plantearse un estudio futuro que retome específicamente la adaptación de este a muestras nacionales.

Implicaciones clínicas

Los estudios en esta tesis doctoral presentan implicaciones clínicas relevantes. En primer lugar, apuntan a la necesidad de implementar programas de prevención antes de los 15 años, para reducir la aparición y mitigar el impacto de la mayoría de los síntomas psicopatológicos, a través de la evaluación sistemática de dichos síntomas, con técnicas preferente de cribaje, en contextos clínicos y no clínicos. Por otro lado, especialmente para adolescentes medios y tardíos, sería recomendable implementar estrategias de prevención de uso problemático de sustancias, dado que dicha problemática parece incrementar con la edad.

Respecto a la prevención del riesgo suicida en adolescentes, un núcleo fundamental implica el diseño o adaptación de programas comunitarios -incluido el ámbito escolar y clínicos-, que incrementen la capacidad de adolescentes y adultos referentes para detectar el riesgo, preferentemente en sus etapas tempranas (Buchman-Schmitt et al., 2014). Los resultados tanto del artículo de evidencia de confiabilidad del IRISA como de la evaluación de la idoneidad de la TIS en adolescentes uruguayos ofrecen información detallada sobre qué evaluar y sugerencias sobre cómo hacerlo, que podrían ser especialmente útiles para personal técnico y no técnico en contacto con adolescentes. También podrían resultar un componente angular del diseño de intervenciones

encaminadas a disminuir el riesgo suicida, una vez presente en los adolescentes, incluyendo el fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional, sociales y de mentalización (Calear et al., 2016). Así, por ejemplo, evaluar la *autopercepción de ser una carga para los demás*, así como la *desesperanza* por el otro resultan clave para la prevención de la aparición de ideación suicida en adolescentes (Stewart et al., 2017). Adicionalmente, los resultados apuntan a poder evaluar sistemáticamente la prevalencia e intensidad de autolesiones en adolescentes, sobre todo mujeres, y su presencia simultánea con ideación suicida, como predictores importantes del intento de suicidio; en varones, en donde las autolesiones no probaron el mismo poder predictivo, por lo que la evaluación podría encaminarse a indagar otros eventos estresantes, violentos o provocativos, tales como el abuso físico y/o sexual, niveles de impulsividad y victimización, todos ellos vinculados al riesgo suicida en población adolescente (Stewart et al., 2017).

Dado que la *capacidad adquirida para cometer suicidio*, dentro del marco de la TIS, es considerada como un constructo relativamente estable (Joiner, 2005), altamente resistente a las intervenciones (Van Orden et al., 2010), éstas deberían estar encaminadas a prevenir su adquisición por parte de adolescentes, a través de acciones que tengan un efecto inmediato sobre las variables asociadas, es decir, la *autopercepción de ser una carga para los demás*, la *ideación suicida* y la *desesperanza*. En caso de tener que abordar directamente la *capacidad adquirida para cometer suicidio*, los clínicos podrían intervenir fortaleciendo capacidades clave como la regulación emocional, la capacidad reflexiva y la tolerancia al malestar, asociadas de manera inversa a las conductas de riesgo o autodaño (Stellrecht et al., 2006).

Implicaciones para las políticas públicas

Los resultados obtenidos en los tres estudios apuntan a la necesidad de contar con información basada en la evidencia respecto a las variables de interés asociadas a psicopatología y riesgo suicida durante la adolescencia, para su posible incorporación en planes de prevención y de intervención específicos para esta franja etaria. Los resultados evidencian la importancia de implementar programas de prevención primaria en la pubertad o adolescencia temprana, que incluyan el tamizaje de síntomas psicopatológicos y riesgo suicida y que se enfoquen en detectar factores de riesgo/protección en dicha

población. Asimismo, los programas destinados a la detección de síntomas psicopatológicos y riesgo suicida en sus fases tempranas podrían prevenir la perpetuación e instalación de ambos en la adolescencia media y tardía. Dichos programas deberían considerar, de manera diferenciada, los distintos síntomas psicopatológicos, en consideración de la edad y el sexo de los adolescentes (por ejemplo, el uso problemático de alcohol/drogas en adolescentes más tardíos, y síntomas internalizantes en mujeres adolescentes, y externalizantes en varones) y según los predictores diferenciados por sexo para el riesgo suicida (por ejemplo, detección temprana e intervención sobre autolesiones en mujeres y sobre la desesperanza en varones). Los programas centrados en la reducción o prevención de síntomas internalizantes y externalizantes, aunque con mayor énfasis en síntomas depresivos y de ansiedad, y comportamientos suicidas (ideación, planeación e intentos suicidas) podrían reducir significativamente el riesgo de conductas suicidas futuras en adolescentes.

La realización de evaluaciones periódicas, tanto en los ámbitos escolar como sanitario, constituiría un primer paso significativo hacia la prevención, tanto de síntomas psicopatológicos como de riesgo suicida. Considerando el periodo de pandemia que estamos atravesando, y dadas las conocidas repercusiones de ésta sobre la salud mental de los adolescentes (UNICEF, 2020) y la elevación en tasas de suicidio en estos últimos dos años (MSP, 2021), sería recomendable implementar un programa de monitoreo de ambos, así como el énfasis en planes de fortalecimiento de habilidades orientados a la salud mental en dicha franja etaria.

Está bien documentado que la ideación o los intentos suicidas, ambos indicadores con probada relevancia a nivel predictivo en esta investigación, están altamente asociados a intentos suicidas y/o suicidios subsiguientes (Jobes & Joiner, 2019), por lo que algunos autores priorizan la posibilidad de un tamizaje sistemático (Brown, 2020). Dada la complejidad del fenómeno del suicidio adolescente, no existe, desde el punto de vista clínico, consenso sobre un tratamiento exclusivo para su intervención. Las acciones de prevención de suicidio son amplias y diversas, e incluyen, por ejemplo, el seguimiento de usuarios en el sistema de salud, el diagnóstico y manejo de trastornos mentales, la detección temprana de adolescentes en riesgo en centros educativos, deportivos y/o correccionales, el entrenamiento en habilidades emocionales y sociales, etc. (Suicide Prevention Resource Center, 2011).

Específicamente en el ámbito escolar, donde se condujeron los estudios de esta

tesis por compendio de artículos, sería recomendable la implementación de programas más completos en los que los docentes, adscriptos y resto del personal de los liceos estén capacitados para reconocer adolescentes en potencial riesgo de suicidio (Neil & Christensen, 2009). Dicho entrenamiento debería ser extensivo, además, a los propios adolescentes de los centros. Las estrategias de prevención del riesgo suicida en contextos escolares suelen agruparse en: universales, selectivas e indicadas (WHO, 2014). Los programas universales se proponen evaluar a la totalidad del estudiantado, sin considerar los factores de riesgo individuales (Macleod et al., 2018), y tienen como objetivo principal fortalecer el acceso a la atención en salud mental de los estudiantes, reducir el estigma en la búsqueda de ayuda psicológica, psicoeducar sobre la asistencia a personas en riesgo suicida y fomentar factores de protección, tales como estrategias de afrontamiento, regulación emocional y habilidades sociales (Bailey et al., 2017). Las estrategias selectivas de prevención de riesgo suicida se focalizan sobre todo en el abordaje de adolescentes en potencial riesgo elevado de presentar conductas suicidas, por su vinculación con factores de riesgo ampliamente reconocidos (Hill & Pettit, 2019). Entre otras estrategias comprendidas en esta categoría, se encuentra el programa conocido como *gatekeepers*, que contempla como población objetivo a funcionarios de centros educativos, docentes y no docentes, adolescentes y sus padres (Stuart et al., 2003).

La formación ha demostrado ser efectiva para aumentar el conocimiento sobre la conducta suicida y fortalecer la confianza al identificar y ayudar a personas en riesgo de suicidio (Robinson et al., 2013), así como para promover cambios actitudinales hacia las mismas (Torok et al., 2019). Otras intervenciones en esta categoría de abordaje, con soporte sobre su efectividad, incluye el entrenamiento a adolescentes para detectar riesgo suicida en pares, intervenciones grupales para adolescentes en riesgo y provisión de información sobre los servicios de atención en salud mental disponibles (Sakashita & Oyama, 2019).

Finalmente, las estrategias indicadas se han focalizado en adolescentes que ya presentan señales de alerta asociadas al riesgo suicida, como ideación, planeación o intentos de autoeliminación. Dichos programas se concentran sobre todo en generar adherencia y compromiso en los/las adolescentes a tratamientos psicológicos (Wolitzky-Taylor et al., 2020). En Uruguay, y hasta donde sabemos, no se han implementado programas específicamente diseñados para la prevención del comportamiento de suicidio en población adolescente.

Referencias

- Alarcón-Vásquez, Y., Bahamón, M., Trejos-Herrera, A. M., González-Gutiérrez, O., Rubio-Castro, R., Hernández-Cervantes, Q. & Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Análisis de las Propiedades Psicométricas del Inventario de Riesgo Suicida (IRISA) para Adolescentes Colombianos, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 51(2), 87- 98. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.07>
- Almeida Filho, N., Castiel, L. D., Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 323-344. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2009.v5n3/323-344/>
- Amorin, D. (2008). Pubertad y adolescencia. En *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva* (pp.121-128). Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Ara, E. (2016). Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents Analyzing the Gender Difference. *International Journal of Research in Social Sciences*, 6(1), 328-337.
- Ardiles-Irarrázabal, R. A., Alfaro-Robles, P. A., Díaz-Mancilla, I. E. & Martínez-Guzmán, V. V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160-170. doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.4
- Arenas, L., Lucio, E. & Forns, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(32), 79-103.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317– 326. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
- Bahamón, M. J. & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee>
- Bailey, E., Spittal, M., Pirkis, J., Gould, M. & Robinson, J. (2017). Universal suicide prevention in young people. *Crisis*, 38(5), 300–8. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000465>.
- Balazs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>

- Barzilay, S., Apter, A., Snir, A., Carli, V., Hoven, C.W., Sarchiapone, M., Hadlaczky, G., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P. A., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., McMahon, E., Keeley, H., Kahn, J. P., Postuvan, V., Podlogar, T., Sisask, M., Varnik, A. & Wasserman, D. (2019). A longitudinal examination of the interpersonal theory of suicide and effects of school-based suicide prevention interventions in a multinational study of adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 60(10), 1104-1111. doi: 10.1111/jcpp.13119.
- Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Sarchiapone, M. & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 183, 68-74. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.047
- Berk, M. & American Psychiatric Association Publishing. (2019). *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science Into Practice*. United States: American Psychiatric Association Publishing.
- Bessell, S., Beazley, H. & Waterson, R. (2017). The Methodology and Ethics of Rights-Based Research with Children. *Children Out of Place and Human Rights*. (pp.211-231). doi: 10.1007/978-3-319-33251-2_13.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Blakemore, S. J. (2019). Adolescence and mental health. *Lancet*, 393(10185), 2030-2031. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31013-X
- Brown, L. A. (2020). Suicide in foster care: a high-priority safety concern. *Perspectives on psychological science*, 1-4. doi.org/10.1177/2F1745691619895076
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W., Sampson, N., Kessler, R., Alonso, j., Borges, G., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Kostyuchenko, S., Kovess-Masfesty, V., Lee, S., Levinson, D., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Stein, D. J., Tomov, T., Viana, M.C. & Nock, M. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70. doi:10.1192/bjp.bp.110.084129
- Buchman-Schmitt, J. M., Chiurliza, B., Chu, C., Michaels, M. S. & Joiner, T. E. (2014). Suicidality in adolescent populations: A review of the extant literature through the lens of the interpersonal theory of suicide. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(3), 26-34. <https://doi.org/10.1037/h0101637>
- Calcar, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby, J., van Spijker, B. & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M. y Santamaría, P. (2012). PAI-A. Inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes. Manual de aplicación, versión experimental.

Madrid: TEA Ediciones.

- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., Buchel, C., Flor, H., Frouin, V., Galliant, J., Garavan, H., Martinot, J. L., Nees, F., Paus, T., Pausova, Z., Rietschel, M., Smolka, M. N., Robbins, T. W., Whelan, R., Shumann, G. & Conrod, P. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1039-1052. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000193>
- Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2018). *Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado de: www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.
- Cheung, F. M., Fan, W., Cheung, S. F. & Leung, K. (2008). Standardization of the Cross-cultural (Chinese) Personality Assessment Inventory for adolescents in Hong Kong: A combined emic-etic approach to personality assessment. *Acta Psychologica Sinica*, 40(7), 839–852. <http://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2008.01639>
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 70(1), 6–20. doi: 10.1037//0022-006x.70.1.6
- Contini, N. (2018). Algunos enlaces conceptuales entre psicopatología del desarrollo, personalidad y evaluación psicológica infantojuvenil. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 147-157. <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1604>.
- Coppari, N., Alonso, R., Fernández, E., Iturry, V., Kriskovich, R. & Mernes, R. (2009). Adolescencia prevenida: diferencias en indicadores de riesgo en adolescentes chaqueños medidas a través del IRIS. *Eureka*, 6(1), 58-75.
- Daset, L. R., Fernández, M. E., Costa-Ball, D., López-Soler, C. & Vanderplasschen, W. (2015). Desarrollo y validación del Autoinforme de Adolescentes: ADA. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 85-104. <https://doi.org/10.22235/cp.v9i1.169>
- De Melo, G. & Machado, A. (2016). Trayectorias educativas. Evidencia para Uruguay. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Recuperado de: http://fcea.edu.uy/Jornadas_Academicas/2016/Ponencias/Economia/Movilidad20intergeneracional%20e%20igualdad%20de%20oportunidades/De%20Melo%20y%20Machado.pdf
- Días, P. C., Cadime, I. (2017). Factores de protección y resiliencia en adolescentes: la autorregulación como variable mediadora. *Psicología Educativa*, 23(1), 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.09.003>
- Eisen R., Perera S., Bawor M., Dennis B. B., El-Sheikh W., DeJesus J., Rangarajan, S., Vair, J., Sholer, H., Hutchinson, N., Lordan, E., Mackie, P., Islam, S., Dehghan, M., Brasch, J., Anglin, R., Minuzzi, L., Thabane, L., Samaan Z. (2016). Exploring the association between serum BDNF and attempted suicide. *Scientific Reports*, 6,

25229. doi:10.1038/srep25229

- Fernández, M. E., Damme, L. V., Pauw, S. D., Costa-Ball, D., Daset, L. & Vanderplasschen, W. (2018). The moderating role of age and gender differences in the relation between subjectivewell-being, psychopathology and substance use in Uruguayan adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 21(3), 486-510. doi:10.1590/1415-4714.2018v21n3p486.5
- Ferrer, L. & Kirchner, T. (2014). Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with Adjustment Disorder: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1342-1349. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.017.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676–683. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.676>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. & Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 15-25. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348>
- Fuchs, M., Bosch, A., Hausmann, A. & Steiner, H. (2013). «The child is father of the man» - review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry. *Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 1, 45-55. doi: 10.1024/1422-4917/a000209
- Garza Sánchez, R., Castro Saucedo, L. & Calderón García, S. (2019). Estructura familiar, ideaciónsuicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36, 2, 228-247. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8>
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H. & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. *The Journal of Pediatrics*, 206, 256-267. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.09.021
- Gili, M., Castellvi, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebria, A. I., Gabilondo, A., Perez-Ara, M. A., Miranda Mendizábal, A., Lagares, C., Pares-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodriguez-Jimenez, T., Rodriguez-Marin, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Gomes, A.P., Soares, A.L.G., Kieling, C., Rohde, L.A. & Gonçalves, H. (2019). Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. *Rev Saude Publica*, 53, 96.

- González-Forteza, C. & Andrade-Palos, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Gulbas, L. E., Hausmann-Stabile, C., Szlyk, H. S. & Zayas, L. H. (2019). Evaluating the interpersonal–psychological theory of suicide among Latina adolescents using qualitative comparative analysis. *Qualitative Psychology*, 6(3), 297–311. <https://doi.org/10.1037/qup0000131>
- Gunn, J. F., Lester, D., Haines, J. & Williams, C. L. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide notes. *Crisis*, 33(3), 178-81. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000123>
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2003). Inventario de riesgo suicida para adolescentes IRIS, primera versión. Reporte del examen de postulación al doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2010). Modelo de evaluación del riesgo suicida adolescente basado en la exposición a eventos estresantes y configuraciones de personalidad. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/291523665>
- Hill, R.M. & Pettit, J.W. (2019). Pilot randomized controlled trial of LEAP: a selective preventive intervention to reduce adolescents' perceived burdensomeness. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 48(sup1), S45–56. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188705>
- Hollingsworth, D. W., Sligh, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., Rasmussen, K. A., O'Keefe, V. M., Tucker, R. P., & Grant, D. M. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American College Health*, 66(1), 9–16. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1363764>
- Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C. & Brådvik, L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(6), 459-469. doi:10.1111/acps.12506

- Instituto Nacional de la Juventud [INJU], Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA] & Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2020). *IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018*. República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy:82/Anda4/index.php/catalog/691/export>
- Jobes, D.A. & Joiner, T.E. (2019). Reflections on Suicidal Ideation. *Crisis*, 40(4), 227-230. doi: 10.1027/0227-5910/a000615. PMID: 31274031.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2017). *Demographic subgroup trends among adolescents in the use of various licit and illicit drugs, 1975–2016* (Monitoring the Future Occasional Paper No. 88). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R. & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634–646. doi: [10.1037/a0016500](https://doi.org/10.1037/a0016500)
- Jörg, F., Visser, E., Ormel, J., Reijneveld, S. A., Hartman, C. A. & Oldehinkel, A. J. (2016). Mental health care use in adolescents with and without mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(5), 501-8. doi: [10.1007/s00787-015-0754-9](https://doi.org/10.1007/s00787-015-0754-9)
- Junta Nacional de Drogas. (2020). *VIII Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media*, 2018. Uruguay: JND.
- Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. In S. S. Feldman and G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54–89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kene, P., Brabeck, K. M., Kelly, C. & DiCicco, B. (2016). Suicidality among immigrants: Application of the interpersonal-psychological theory. *Death Studies*, 40(6), 373–382. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1155675>
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Berglund, P., Green, J. G., McLaughlin, K. A., Fayyad, J., Russo, L. J., Sampson, N. A., Shahly, V., Zaslavsky, A. M. (2014). The effects of temporally secondary co-morbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 44(8), 1779–1792. doi: [10.1017/s0033291713002419](https://doi.org/10.1017/s0033291713002419)
- Kim, M.-J. Paek, S.H., Kwon, J.H., Park, S.H., Chung, H.J., Byun, Y.H. (2022). Changes in Suicide Rate and Characteristics According to Age of Suicide Attempters before and after COVID-19. *Children*, 9, 151. <https://doi.org/10.3390/children9020151>

- Kim, Y. J., Moon, S. S., Lee, J. H. & Kim, J. K. (2018). Risk Factors and Mediators of Suicidal Ideation Among Korean Adolescents. *Crisis*, 39(1), 4-12. doi: 10.1027/0227-5910/a000438
- La Maison, C., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Anselmi, L., Barros, F. C. & Matijasevich, A. (2018). Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 685–697 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z>
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven De Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J. & Zubrick, S. R. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. Canberra: Department of Health.
- Lemos Giraldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Yuan, L., Ping, F., Wang, D. F., Ping, F., Abu Talib, M., Lester, D. & Jia, C. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLoS ONE*, 14(7), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0217372
- Llambí, C. & Piñeyro, L. (2012). Índice de nivel socioeconómico (INSE): revisión anual, 2012. Montevideo: CINVE, 2012. Recuperado de: http://www.cinve.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Rev_INSE_nov2012_pdf.
- Maalouf, F. T., Ghandour, L. A., Halabi, F., Zeinoun, P., Shehab, A. A. & Tavitian, L. (2016). Psychiatric disorders among adolescents from Lebanon: prevalence, correlates, and treatment gap. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1105-1116. doi:10.1007/s00127-016-1241-4.
- Machado, A. I. (2005). *Detección de riesgo suicida en una secundaria pública del Distrito Federal*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Macleod, E., Nada-Raja, S., Beautrais, A., Shave, R., & Jordan, V. (2018). Primary prevention of suicide and suicidal behaviour for adolescents in school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(12), CD007322. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007322.pub3>
- Marcelli, D. & Braconier, A. (2009). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- Miché, M., Hofer, P.D., Voss, C., Meyer, A.H., Gloster, A.T., Beesdo-Baum, K. & Lieb, R. (2018). Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(7), 839-848. doi: 10.1007/s00787-017-1060-
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut,

- G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*, 64(2), 265–283.
- Morey, L. C. (2007). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ministerio de Salud Pública. (2013, julio). *Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009. Programa Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud*. Documento presentado en el Día Nacional de Prevención del Suicidio, Montevideo, Uruguay. Uruguay, MSP.
- (2020). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Día Nacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, Presidencia de la República, MEC, MI & MIDES. (2010). *Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015, “Un compromiso para la vida”*. Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-Estrategias-Prevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652>
- Muñiz, J., Elousa, P., Hambleton, R. k. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev*. 29(3):208-15. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.002. Epub 2009 Jan 25. PMID: 19232805.
- Newman, B. & Newman, P. (2018). *Development through life: a psychosocial approach*. Boston:Cengage.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133– 154. doi:10.1093=epirev=mxn002
- Nock, M. K, Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 70(3), 300–310. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55.

- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N.A & Kessler, R.C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(8), 868-76. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nock, M. K., Millner, A. J., Joiner, T. E., Gutierrez, P. M., Han, G., Hwang, I., King, A., Naifeh, J.A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Stein, M. B., Ursano, R. J., & Kessler, R. C. (2018). Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Journal of abnormal psychology*, 127(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/abn0000317>
- Opperman, K., Czyz, E. K., Gipson, P. Y. & King, C. A. (2015). Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: An examination of the interpersonal theory of suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 385–400. doi:10.1080/13811118.2014.957451
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Tabla de las principales causas de muerte reportadas para los países y territorios de las Américas. Recuperado de <http://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/principales-causas-de-muerte.html>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública & Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Adolescencias, un mundo de preguntas – II Encuesta Mundial de Salud Adolescente GSHS2012*. Montevideo: OPS, JND, MSP y MIDES.
- Otto, C., Haller A. C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2017). BELLASTUDY group. Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One*. 12(12). e0190363. doi: 10.1371/journal.pone.0190363.
- Pettit, J.W., Buitron, V. & Green, K.L. (2018). Assessment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents. *Cogn Behav Pract.*, 25(4):460-472. doi: 10.1016/j.cbpra.2018.04.001.

- Pereda-Beltrán, N., Greco, A. M., Bartolomé, M., Suárez-Soto, E., Kanter, B., Floreancing, T. A., Izquierdo-Martínez, G., & Arch, M. (2019). Guía Práctica para la Investigación Ética en Violencia contra la Infancia y la Adolescencia. *Acta bioeth* 25 (2):292 <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200292>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381.
- Porter, A. C., Kearns, J. C., Esposito, E. C., & Glenn, C. R. (2018). Risk and protective factors for adolescent suicidal behaviors. In M. S. Berk (Ed.) *Evidence-based treatment approaches for suicidal adolescents: Translating science into practice*. American Psychological Association.
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., Barkmann, C., Schön, G., Hölling, H., Schulte-Markwort, M. & Klasen, F. (2015). BELLA study group. The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(6), 651-63. doi: 10.1007/s00787-014-0638-4
- Ren, Y., You, J., Zhang, X., Huang, J., Conner, B.T., Sun, R., Xu, S. & Lin, M.P. (2019). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: The Role of Capability for Suicide. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 64-81. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1426507>
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823–832. DOI: 10.1001/jama.278.10.823
- Robinson, O. J., Vyta, K., Cornwell, B. R., Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Front Hum Neurosci*. 7, 203. doi: 10.3389/fnhum.2013.00203.
- Rutter, M. (2015). Resilience: Concepts, findings, and clinical implications. En A. Thapar, D. S. Pine, J.F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, & E. Taylor (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 341-351). USA: John Wiley and Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch27>
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265– 296. doi: 10.1017/s0954579400003023
- Sakashita, T. & Oyama, H. (2019). Developing a Hypothetical Model for Suicide Progression in Older Adults With Universal, Selective, and Indicated Prevention Strategies. *Front Psychiatr*, 10(MAR), 161.

- Schweizer, S., Parker, J., Leung, J. T., Griffin, C., & Blakemore, S.-J. (2020). Age-related differences in affective control and its association with mental health difficulties. *Development and Psychopathology*, 32(1), 329–341. doi:10.1017/s0954579419000099
- Silva, S. A., Silva, S. U., Ronca, D. B., Gonçalves, V., Dutra, E. S., & Carvalho, K. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 15(4), e0232007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta analysis of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143 (8), 783 <https://doi.org/10.1037/bul0000102>.
- Sawyer, M. G., Reece, C. E., Sawyer, A. C. P., Hiscock, H., & Lawrence, D. (2019). Adequacy of treatment for child and adolescent mental disorders in Australia: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53, 326–335. <https://doi.org/10.1177/0004867418808895>
- Silva, L.S.D., Silva, P.A.D., Demenech, L.M, Vieira, M.E.C.D, Silva, L.N. & Dumith, S.C. (2022). Suicide risk in high school students: who are the most vulnerable groups? *Rev Paul Pediatr*, 6, 41 e2021236. doi: 10.1590/1984-0462/2023/41/2021236.
- Soole, R., Kolves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in children: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 285–304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17–29. doi:10.1111/j.1467-8624.1984.tb00271.x
- Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Van Orden, K., Witte, T. K., Wingate, L. R., Cukrowicz, K.C., Butler, M., Schmidt, N. B., Fitzpatrick, K. K. & Joiner, T. E. Jr. (2006). Clinical applications of the interpersonal-psychological theory of attempted and completed suicide. *J Clin Psychol*, 62(2), 211-22. doi: 10.1002/jclp.20224.
- Stewart, S. M., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J. & Kennard, B. (2017). The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 46(3), 437-449. doi: 10.1080/15374416.2015.1020542
- Stover, J. B., de la Iglesia, G., Castro-Solano, A. & Fernandez-Liporace, M. M. (2017). Inventario de Evaluación de la Personalidad para adolescentes: consistencia interna y dimensionalidad en adolescentes de Buenos Aires. *Pensando Psicología*; 13(22), 15-27. doi: <https://doi.org/10.16925/pe.v13i22.1985>
- Stuart, C., Wallen, J. K., & Haelstromm, E. (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27(4), 321–333. doi.org/10.1080/07481180302906.

- Suicide Prevention Resource Center. (2011). *Teens for Life Program: Youth Curriculum*. Recuperado de: <https://www.sprc.org/resources-programs/teens-life-program-youth-curriculum>
- Torok, M., Calear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *J Adolesc.* 73, 100-112. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.04.005.
- UNICEF. (2020). *The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and youth*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>
- Valdéz, L. (2010). *Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes*. Uruguay: MSP, PNSM.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, 143(3), 320-328. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B. & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18, Article 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24, 197–215. doi:10.1037/a0025358
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 117(2), 575-600. doi: [10.1037/a0018697](https://doi.org/10.1037/a0018697)
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years: age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 189-198. doi:10.1007/s00787-005-0521-4
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L., Karwautz A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26(12), 1483–1499. doi: 10.1007/s00787-017-0999-6.
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*, 13(3), e12452. doi: 10.1111/appy.12452.

- Wolfersdorf, M. & Kaschka W.P. (Eds). (1995). *Suizidalität - Die biologische Dimension*, New York: Springer.
- Wolitzky-Taylor, K., LeBeau, R.T., Perez, M., Gong-Guy, E. & Fong, T. (2020). Suicide prevention on college campuses: what works and what are the existing gaps? A systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Heal*, 68(4), 419–29. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577861>
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents*. Génova: World Health Organization.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 3(7), 646-59. doi: 10.1016/S2215- 0366(16)30030-X. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289303.
- Zhang, J., Lester, D., Zhao, S., & Zhou, C. (2013). Suicidal ideation and its correlates: testing the interpersonal theory of suicide in Chinese students. *Arch Suicide Res.*, 17(3), 236-41. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.805643>

Anexos

Anexo A. Consentimiento para los liceos



Lugar _____ / _____ / _____

CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

En el marco del acuerdo presente entre las autoridades del Liceo _____ y la psicóloga titular del proyecto, Mag. Ana Inés Machado, queda establecido que, como responsable del proyecto de investigación “Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y sucesos estresantes de vida en adolescentes” y junto con la Dra. Delfina Miller y Lic. Ignacio Larrañaga, pertenecientes a la Universidad Católica del Uruguay, realizarán evaluaciones psicodiagnósticas a los alumnos de _____ año del liceo, en los salones y horarios establecidos por la institución liceal.

Los cuestionarios se aplicarán de forma colectiva, y la participación o no de los alumnos no influirá en su situación académica ni acarreará perjuicio de ninguna índole, y dependerá tanto del consentimiento escrito de los padres/tutores como el verbal de los alumnos mismos. El liceo recibirá reportes grupales (generales y por clase) de los resultados encontrados en las evaluaciones psicológicas en un plazo no mayor a 2 meses de concluida la misma.

Si la evaluación de las pruebas arrojara que alguno de los alumnos está en riesgo suicida importante, éstos y sus padres serán contactados telefónicamente e invitados a acudir a una entrevista de devolución de manera individual, que tendrá lugar en instalaciones de nuestra universidad y en donde se les brindará información sobre centros de atención psicológica gratuitos o de bajo costo especializados en adolescentes.

Aquellos adolescentes no detectados en riesgo o sus padres, que soliciten una devolución los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, también podrán tener acceso a la misma a través

de una entrevista individual con un psicólogo miembro del equipo de investigación, también en instalaciones de nuestra Universidad. La misma podrá ser solicitada en los teléfonos de contacto provistos tanto a padres como a participantes.

También se plantea, como actividades de devolución al liceo, la realización de una charla de invitación abierta con padres y otra con docentes y personal liceal pertinente, sobre detección y guíade acción al detectar factores de riesgo y protección de suicidio y otras conductas de riesgo en adolescentes, a cargo del equipo de investigación. Las mismas serán llevadas a cabo en instalacionesdel liceo y bajo horarios convenidos con la institución educativa.

El presente proyecto forma parte de las actividades de investigación propias de la universidadparticipante, y los datos obtenidos en la evaluación pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, los datos personales son de carácter confidencial. Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay.

En necesidad de contactarse con la titular de la investigación, la Mag. Ana Inés Machado, elpersonal del liceo puede hacerlo al siguiente teléfono: 2427 17 27, int. 6545.

Directora del Liceo

Mag. Ana Inés Machado

Psicóloga/Investigadora

Dra. Delfina Miller

Lic. Ignacio Larrañaga

Psicóloga/Investigadora

Psicólogo/Investigador

Anexo B. Asentimiento para adolescentes



ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES

Uno de los objetivos de nuestra universidad es poder investigar los problemas de adolescentes de entre 12-18 años. Somos parte de un equipo de psicólogos que realiza investigaciones en esta Universidad.

Esta investigación consiste en contestar una serie de cuestionarios que nos permiten conocerla problemática actual de los jóvenes en Uruguay, por lo que solicitamos su cooperación para poder entender mejor a adolescentes como ustedes. En especial, nos interesa estudiar la forma de ser, pensar y sentir de jóvenes uruguayos y su relación con el riesgo suicida, para poder ofrecerles alguna opción de ayuda a aquellos que así lo requieran.

Puesto que sus padres aceptaron que ustedes participaran en esta investigación, es importante que conozcan y estén de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Los cuestionarios se aplicarán en forma grupal.
2. La aplicación dura en total 4 horas, pero hoy tendremos una sesión de 2 horas, y (tal día) tendremos la segunda.
3. Si tienen cualquier pregunta ahora durante las aplicaciones, pueden consultar con cualquiera de nosotros. Si alguno quiere contactarnos después de las aplicaciones, pueden hacerlo en el siguiente teléfono: 2427 17 27, int. 6545, que está anotado en un papel que les vamos a repartir a todos. El nombre de la psicóloga a cargo de la investigación es la Mag. Ana Inés Machado, y pueden comunicarse con ella o con el Lic. Ignacio Larrañaga o la Dra. Delfina Miller.
4. El contestar o no los cuestionarios no influye en la situación académica de ustedes ni los perjudica de ninguna otra manera.
5. La contestación de los cuestionarios es voluntaria y pueden interrumpir la misma en

- cualquier momento y sin necesidad de explicar el motivo.
6. Si se detectara que alguno de ustedes tiene necesidad de ayuda, alguien del equipo de investigación se pondrá en contacto con ustedes y sus padres telefónicamente, y posteriormente se arreglará una entrevista personal privada para hablar de los resultados obtenidos, en un espacio físico fuera del liceo.
 7. Si no se detectara que tienen necesidad de ayuda, pero alguno de ustedes cree que sí la necesita, puede contactar a las personas que formamos parte del equipo de investigación en el teléfono que les dimos.
 8. El contestar estos cuestionarios puede beneficiarlos a ustedes y a otros jóvenes como ustedes a conocerse mejor y entender más algunos de los problemas por los que pasan durante su desarrollo.
 9. Sus respuestas son confidenciales, esto significa que nadie, excepto el equipo de investigación, verá lo que contestaron. Ni padres, ni profesores, adscriptos o director(a) del liceo.
 10. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la Universidad Católica y los datos obtenidos en la intervención pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, los datos personales son de carácter confidencial.
 11. Si sus padres/madres quisieran conocer más acerca de los resultados de estas pruebas, pueden contactarnos en el teléfono que les dimos.
 12. Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay.

INFORMACIÓN DE CONTACTO (POR CUALQUIER DUDA/COMENTARIO)

Mag. Ana Inés

Machado Tel: 2427

17 27, int. 6545

Correo: investigacionliceos@gmail.com

Anexo C. Consentimiento informado para padres de adolescentes participantes



Universidad
Católica del
Uruguay

Lugar _____ / _____ / _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE ADOLESCENTES

A través de la presente dejo constancia de que yo, como padre o tutor de _____, autorizo su participación en la investigación “Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y sucesos estresantes de vida en adolescentes con y sin riesgo suicida”, a realizarse por los psicólogos Mag. Ana Inés Machado, la Dra. Delfina Miller y el Lic. Ignacio Larrañaga, miembros del equipo de investigación de la Universidad Católica y especialistas en adolescentes, con alumnos del liceo _____. Los datos obtenidos ayudarán a conocer mejor y a ayudar a este grupo de adolescentes y otros en el futuro.

También se me ha informado que la participación de mi hij@ o no en este proceso no acarreará perjuicio o incomodidad de ninguna clase para él/ella. El estudio consiste en dos sesiones de evaluación psicológica grupal, a través de una batería de pruebas psicológicas que los adolescentes deben responder, durante su horario de asistencia al liceo, con una duración aproximada de dos horas cada una, programadas previamente con autoridades del liceo.

Estoy de acuerdo en que, de detectarse que mi hij@ necesita ayuda psicológica, alguien del equipo de investigación se ponga en contacto telefónico conmigo, para arreglar una entrevista personal privada en un espacio físico dentro de las instalaciones de la Universidad Católica, para discutir los resultados obtenidos. Para ello, autorizo a que el equipo se comuniqué conmigo al siguiente número telefónico: _____.

Si yo necesitara ponerme en contacto con alguien del equipo de investigación, puedo hacerlo al siguiente teléfono: 2427 17 27, int. 6545, con la Mag. Ana Inés Machado, titular del proyecto, o con el Lic. Ignacio Larrañaga o la Dra. Delfina Miller, todos investigadores de este proyecto.

Entiendo que la participación de mi hij@ en esta investigación es totalmente voluntaria, estando en libertad él/ella de interrumpir el proceso en cualquier momento de la evaluación sin que esto suponga ningún perjuicio o inconveniente.

Entiendo que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad y que su publicación tanto en trabajos de tesis como en otras publicaciones se hará a nivel grupal, sin especificar nombres ni características que puedan identificar a los participantes. El resultado de la administración de los tests será tratado con estricta reserva, pudiendo solamente ser usado con fines de docencia e investigación.

Si el proceso se realiza en su totalidad, y a solicitud mía, los resultados de la evaluación serán informados en una entrevista personal, aunque no se haya detectado que mi hijo(a) tiene necesidad de ayuda psicológica.

El presente proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay.

Habiendo entendido las informaciones antes detalladas y habiendo sido aclaradas todas las dudas al respecto, yo _____, CI N° _____, en calidad de padre/madre/tutor de _____, CI N° _____ autorizo a mi hijo(a) a participar en la presente investigación.

Firma en consentimiento:

Aclaración:

Anexo D. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Código: _____

Nombre: _____ Edad: _

Sexo: F M

Liceo: _____ Departamento: _

INSTRUCCIONES GENERALES

- La información que proporciones en los siguientes cuestionarios será confidencial; no se mostrará ni a tus profesores, ni autoridades liceales, ni a tus padres o tutores.
- Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad; no hay respuestas buenas ni malas, ni calificación alguna.
- Si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.
- De este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti o para otros alumnos y sus familias.
- **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER.**
- **¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!**

1. ¿En qué barrio de Montevideo/Interior vives?: _____
2. ¿Cómo es tu familia?
 - a) Nuclear (padre, madre e hijos)
 - b) Monoparental (padre o madre con hijos)
 - c) Extensa (conviven padres, hijos y otros familiares)
 - d) Reconstituida (alguno se ha casado o unido por segunda vez)
 - e) Otro tipo: _____
3. ¿Cuántas personas viven habitualmente en tu hogar (sin considerar al servicio doméstico)?
(1/ 2/ 3/ 4/5/ 6 o más)
4. ¿Cuántos niños menores de hasta 17 años, incluyendo recién nacidos, viven habitualmente en tu hogar? (0/ 1 o más)
5. ¿Cuántas personas perciben ingresos en tu hogar (ingresos por cualquier actividad)?
(1/ 2 / 3 / 4 /5 / 6 o más)
6. ¿Cuántos miembros de tu hogar tienen estudios universitarios completos? (incluye SOLAMENTE carreras de grado universitarias culminadas y posgrados completos o no?
(0/ 1 o más)
7. ¿En cuál de las siguientes instituciones de asistencia a la salud se atiende el primer sostenedor(económico) de tu hogar)?
 - a) Salud Pública (Incluye los hospitales de ASSE, el Hospital de Clínicas, BPSb) IAMC/Hospital Policial/ Hospital Militar
 - c) Seguro privado médico
 - d) Mutualista (La Española, Médica Uruguaya, Casmu, etc.)
8. ¿Cuántos miembros de tu hogar se atienden en Salud Pública? (0/ 1 o más)
9. ¿Tu hogar cuenta con servicio doméstico? (No / Sí, sin cama / Sí, con cama)
10. ¿Tu familia es propietaria de tu vivienda? (Independientemente de si ya la pagaron o la están pagando todavía) (Sí / No)
11. El material predominante del techo de tu vivienda es:
 - a) De chapa u otro material precario
 - b) De material (planchada de hormigón) u otro tipo con cielo raso

**Anexo E. Protocolo Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes
(versión adaptada para Uruguay).**

IRISA
INVENTARIO DE RIESGO SUICIDA PARA ADOLESCENTES
ADAPTACIÓN URUGUAY

AUTORES: Quetzalcóatl Hernández Cervantes y Emilia Lucio Gómez-
Maqueo²Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de
México.

ADAPTACIÓN: MAG. ALFREDO PARRA, MAG. ANA INES MACHADO

² (Hernández & Lucio, 2006) Derechos de autor registro 03-2010-021110313800-01

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES

- Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que tú piensas sobre algunos aspectos importantes de tu vida.
- Todas tus respuestas son confidenciales y no se mostrarán a tus padres o profesores.
- Contesta con sinceridad a todas las preguntas aún cuando consideres que no es tu caso.
- Preguntar cualquier duda que tengas sobre las oraciones de este cuadernillo con toda confianza.
- Lee cuidadosamente cada enunciado y después elige tu respuesta.
- Si necesitáramos mayor información sobre alguna(s) de tus respuestas, una persona del equipo de investigación se pondrá en contacto contigo de manera privada.

1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

2. Creo o siento que algo está mal conmigo.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

3. En mi vida ha habido buenos momentos.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

4. Creo o siento que soy un fracaso, un desastre.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

5. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.

a) Sí todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

7. La gente a mi alrededor me ha tomado en serio, se interesan por mí.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

a) Sí todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

9. Me he sentido lleno (a) de energía.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

10. El tema de la muerte (mi propia muerte, la de otros, etc.) ha llamado mi atención.

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

11. **He deseado estar muerto (a).**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
12. **Quisiera irme de este mundo.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
13. **Hay gente que me ha molestado (física o verbalmente), se ha burlado, o se ha aprovechado de mí.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
14. **He perdido la paciencia, ofuscado o descontrolado.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
15. **Mis profesores están en mi contra, me persiguen.**
- | | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------------------|--------------|-----------------|
| a) Todos mis profesores | b) Casi todos | c) Algunos de mis profesores | d) Uno o dos | e) No, ninguno. |
|-------------------------|---------------|------------------------------|--------------|-----------------|
16. **He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
17. **He preferido estar solo (a).**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
18. **Creo o siento que mi futuro es bueno y puedo llegar a ser alguien especial.**
- | | | | | |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
19. **Mis profesores me ignoran.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
20. **Me siento triste.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
21. **Tengo dificultades con mis materias.**
- | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| a) Sí, con todas las materias | b) Con casi todas | c) Con algunas de mis materias | d) Con una o dos | e) No, con ninguna |
| <i>Si tu respuesta fue afirmativa, ¿qué materia(s)?</i> _____ | | | | |
| _____ | | | | |
22. **Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.**
- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| a) Sí, todo este tiempo | b) Casi siempre | c) Algunas veces | d) Rara vez | e) No, nunca |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|

23. **Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

24. **He causado problemas a la gente a mi alrededor.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

25. **He pensado en suicidarme, en quitarme la vida.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

26. **He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.**

a) Sí, cuatro o más ideas	b) Sí, tres ideas	c) Sí, dos ideas	d) Sí, al menos una idea	e) No, ninguna
---------------------------	-------------------	------------------	--------------------------	----------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuáles serían algunas de estas ideas? _____

27. **Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.**

a) Sí, cuatro o más lugares	b) Tres lugares	c) Dos lugares	d) Sí, al menos un lugar	e) No, ninguno
-----------------------------	-----------------	----------------	--------------------------	----------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuál(es) sería(n) estos lugares o sitios? _____

28. **He sabido de, o conocido a, personas cercanas a mí que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron.**

a) Sí, a cuatro o más personas	b) Sí, a tres personas	c) A dos personas	d) Sí, al menos a una persona	e) No, nadie
--------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------------	--------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿nos puedes decir quiénes? _____

29. **Supe de o conocí a gente cercana a mí que se suicidó, que murió por suicidio.**

a) Sí, a cuatro o más personas	b) Sí, a tres personas	c) A dos personas	d) Sí, al menos a una persona	e) No, nadie
--------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------------	--------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿quiénes fueron? _____

30. **Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

31. **Se preocupan por mí.**

a) Toda la gente que me conoce o conozco	b) Mucha gente que me conoce o conozco	c) Algunas personas que me conocen o conozco	d) Sí, al menos una persona que me conoce o conozco	e) No, nadie
--	--	--	---	--------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿quién sería la persona que más se preocupa por ti? _____

32. **Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

33. **Si muriera me gustaría que me acompañaran (muriendo conmigo).**

a) Toda la gente que me conoce o conozco	b) Mucha gente que me conoce o conozco	c) Algunas personas que me conocen o conozco	d) Sí, al menos una persona que me conoce o conozco	e) No, nadie
<i>Si tu respuesta fue afirmativa, ¿nos pueden compartir quién o quiénes?</i> _____				

34. **Me he lastimado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) paraver hasta dónde aguanto el dolor.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
<i>Si tu respuesta fue afirmativa (a, b, c o d), ¿nos puedes compartir qué lesiones han habido?</i> _____				

35. **Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

36. **Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando).**

a) Sí, de todas mis posesiones	b) Sí, de casi todas	c) De algunas	d) De al menos una o dos	e) No, de ninguna
--------------------------------	----------------------	---------------	--------------------------	-------------------

37. **Duermo más que antes o me cuesta trabajo conciliar el sueño.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

38. **Me cuesta trabajo concentrarme.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

39. **He sufrido decepciones en el amor.**

a) Cuatro o más	b) Tres	c) Dos	d) Una	e) No, nunca
-----------------	---------	--------	--------	--------------

40. **Me he sentido confundido (a) con...**

a) Con todo	b) Muchas cosas en la vida	c) Algunas cosas de la vida	d) Una o dos cosas de la vida	e) No, ninguna
<i>Si tu respuesta fue afirmativa, ¿qué situación(es) te hacen sentir confundido(a)?</i> _____				

41. **Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.**

a) Sí, con todas	b) Con casi todas	c) Con algunas	d) Con al menos una de esas personas	e) No, con ninguna
------------------	-------------------	----------------	--------------------------------------	--------------------

42. **Como más que de costumbre o he perdido el apetito.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

43. **Me he sentido desilusionado (a) de la vida.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

44. **Desearía no haber nacido.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

45. **He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

46. **Perdí a personas importantes para mí.**

a) Sí, a todas	b) A casi todas	c) Algunas	d) Una o dos	e) No, ninguna
----------------	-----------------	------------	--------------	----------------

47. **He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

48. **He necesitado liberarme de mis problemas.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

49. **He planeado mi propia muerte, he planeado cómo podría quitarme la vida.**

a) Sí, todo este tiempo	b) Casi siempre	c) Algunas veces	d) Rara vez	e) No, nunca
-------------------------	-----------------	------------------	-------------	--------------

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿qué plan o planes tienes en mente? _____

50. **He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño físicamente, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, por ejemplo, de forma intencional con el propósito de morir).**

a) Sí, cuatro veces o más	b) Sí, tres veces lo he intentado	c) Sí, dos veces lo he intentado	d) Sí, una vez lo intenté	e) No, nunca
---------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	--------------

Si contestaste afirmativamente a la pregunta anterior (uno o más intentos), ¿qué fue lo que hiciste? ¿Cuál o cuáles fueron los motivos para querer quitarte la vida? _____

¿Cómo te sientes después de haber completado este cuestionario?

a) Bien, no me afectó	b) Me puso a pensar/reflexionar	c) Ni bien ni mal	d) Me siento algo molesto/incómodo	e) Me hizo sentir mal o muy mal
-----------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------------------	---------------------------------