

Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo

Dra. Pilar Bailador¹, Soc. Nilia Viscardi², Dr. Federico Dajas³

Resumen

Estudios anteriores mostraron que los adolescentes constituyen un grupo en riesgo para conductas suicidas en nuestro país, observándose además un porcentaje elevado de desesperanza en el mismo grupo. Por estas razones se comenzó un estudio a los efectos de investigar la posible relación entre esta desesperanza, las conductas suicidas que la acompañan y el uso de drogas y alcohol en jóvenes que asistían a los últimos años de institutos de enseñanza secundaria de Montevideo.

Los datos obtenidos muestran que 18% de los jóvenes se han sentido tristes sin causa aparente, 28% han pensado alguna vez que era mejor morir que seguir viviendo, 14% han pensado alguna vez en quitarse la vida y 5% han realizado por lo menos un intento de autoeliminación.

67% percibe dificultades económicas en el hogar y 16% presencia peleas o discusiones frecuentes en la familia. 1% refiere situaciones de violencia y 4% consumo excesivo de alcohol en la familia. 33% de los jóvenes relata tomar alcohol con frecuencia y 28% han probado algún tipo de drogas. En cuanto a la severidad de estas conductas adictivas, 2% dice tomar alcohol hasta emborracharse frecuentemente y 58% de los que probaron drogas siguieron haciéndolo. Un grupo menor, de la misma edad, analizado en el INAME (Instituto Nacional del Menor) mostró 23% de consumo de alcohol, 63% de uso continuo de drogas y 27% de ideación suicida.

Un análisis estadístico de chi cuadrado mostró una asociación estadísticamente significativa entre depresión, desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol, uso de drogas y percepción de conflictos en la familia.

Se discute un modelo que integra estas variables a los fines de tomar medidas de prevención, acciones que se consideran imprescindibles dada la gravedad de las cifras detectadas y la gran población en riesgo.

Palabras clave: Adolescencia

Suicidio

Consumo de bebidas alcohólicas

Dependencia a sustancias

Introducción

1. Profesora Adjunta (CSIC). Cátedra de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Hospital Pereira Rossell.

2. Socióloga.

3. Jefe División Neuroquímica. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable.

Cátedra de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell, Montevideo y Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, División Neuroquímica.

Correspondencia: Dra. Pilar Bailador, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, Avda Italia 3318, Montevideo, Uruguay. E-mail: bailador@iibce.edu.uy

Presentado: 14/7/97

Aceptado: 3/10/97

Uruguay exhibe una de las tasas de suicidio más altas de América Latina, (alrededor de 10/100.000 habitantes en la década de 1980) que lo ubica muy por encima de los países latinoamericanos (de 2 a 4/100.000 como promedio) y latinos europeos como España o Italia, y que lo aproximan a países como EE.UU. que muestra tasas muy elevadas⁽¹⁾.

En este panorama general, el anciano constituye el principal grupo de riesgo, mientras que los jóvenes varo-

nes de 10 a 19 y de 20 a 30 años casi duplican las tasas generales. Estos datos se confirman con el análisis de la distribución por edad de los intentos de autoeliminación (1).

Existen numerosas evidencias acerca del aumento de la tasa de suicidio en adolescentes en los últimos años (2,3), observándose, por ejemplo, que ésta se ha triplicado en países como los EEUU (4). En acuerdo con ello, la conducta suicida, considerada como un continuo que va desde la ideación al acto suicida, también ha aumentado y numerosos trabajos, en diversas regiones del mundo, muestran de 7,5% a 14,3% de intentos de autoeliminación en adolescentes que asisten a institutos de enseñanza secundaria (5,6), cifras que en EE.UU. oscilan entre 7,5 y 11% (7-11). La ideación suicida, aún más elevada, se observa en 19 a 23% de los jóvenes (7,8,12,13).

Estos datos preocupantes han llevado a preguntarse acerca de la relación del afecto depresivo y las conductas suicidas que suelen acompañarlo y un grupo de conductas alteradas del adolescente, como consumo de alcohol y drogas, fenómenos también en aumento a nivel mundial. Un gran número de estudios ha demostrado en los últimos años, la asociación entre conductas de uso y abuso de drogas (7,14-20), consumo de alcohol (21-23) y conducta suicida en adolescentes.

Habiendo observado ya que los adolescentes representan un grupo de riesgo para la conducta suicida en nuestro país (1), en un trabajo posterior (24) estudiamos particularmente el grupo adolescente, analizando la presencia de desesperanza y la percepción de dificultades familiares y económicas en Montevideo y el interior del país.

Observamos que existía un porcentaje muy alto (7 a 11%) de jóvenes con un grado de desesperanza elevado, similar al presentado por pacientes parasuicidas internados. Esta desesperanza se asociaba estadísticamente con una percepción de un entorno familiar problemático y dificultades económicas en la familia.

Inicialmente habíamos supuesto que la desesperanza estaba principalmente ligada a la conducta suicida, pese a que ello no se interrogaba específicamente en el primer trabajo. Sin embargo, a medida que se continuaba el estudio y se incorporaban otros grupos de jóvenes –como jóvenes desempleados, o grupos del INAME (Instituto Nacional del Menor)– se encontró que no siempre existía una correlación significativa entre desesperanza e ideación suicida, pese a que la primera pudiera ser elevada. Se comenzó a manejar la hipótesis que la desesperanza pudiera ser un factor primario, base de un abanico de conductas que incluirían la adicción, la ideación y los actos suicidas, y los trastornos de conducta. Los trabajos previos revisados anteriormente se relacionaban con es-

tudios de las asociaciones de estas conductas alteradas entre sí, sin vincularla a la desesperanza. La desesperanza se refiere, específicamente a la capacidad de proyectarse en el futuro. Las especiales características sociales, étnicas y económicas de Uruguay en el presente (pueblo transplantado, de población envejecida, con una alta tasa de desempleo y escasas oportunidades para los jóvenes) podría estar generando la alta tasa de desesperanza juvenil y ésta reflejarse a su vez en el abanico de conductas mencionadas. La evaluación de la desesperanza podría constituirse, por lo tanto, en un punto de comienzo para aproximaciones preventivas de un conjunto de conductas alteradas del adolescente. Adicionalmente, un análisis de asociación podría contribuir a profundizar en el conocimiento de la relación entre desesperanza, conducta suicida y adictivas en adolescentes.

Para responder a estas preguntas, en el curso de 1996 realizamos en institutos públicos de enseñanza secundaria de la capital una encuesta que agregaba a la anterior interrogantes acerca de los trastornos de conducta, el consumo de drogas y alcohol y los vínculos familiares y de amistad. Los resultados de este estudio se relatan en el presente trabajo.

Por otro lado, cuando se analizan las causas de las conductas depresivas, suicidas o adictivas o todas en la adolescencia, se otorga gran peso al entorno familiar y social (19,21,22,25-27). A los efectos de analizar esta hipótesis, decidimos estudiar paralelamente un grupo de menores internados en el INAME, partiendo de la base de que representaban un grupo con un alto grado de disolución familiar y desestructuración social. Se aplicó a este grupo una encuesta similar al resto de los adolescentes y los resultados se analizan comparativamente.

Material y método

La encuesta se realizó en cuatro liceos públicos de Montevideo, durante el correr del año 1996. En cada uno de los liceos seleccionados se encuestaron los quintos y sextos años de bachillerato diversificado de los turnos diurnos (15 a 19 años de edad) en un total de 700 alumnos. La selección de los liceos y del número de grupos a estudiar dentro de cada liceo se realizó de acuerdo a un muestreo estadístico aleatorio realizado por el Banco de Datos Socio-económicos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Profesor Omar Prats), a partir del universo de todos los liceos de Montevideo. Se procedió a aplicar la encuesta a todo el grupo seleccionado, en unos de sus locales de clase, en un día acordado con la Dirección del liceo y los profesores respectivos. Se obtuvo la autorización del Consejo de Enseñanza Secundaria a través de su Departamento Médico y en cada liceo se distribuyó previamente una hoja infor-

mativa a los padres donde se explicaba el procedimiento y se solicitaba la firma autorizando la realización de la encuesta por su hijo en un día determinado.

La encuesta consistió en la realización de un cuestionario individual, anónimo y no obligatorio. El mismo estaba conformado por sesenta y nueve preguntas organizadas en cinco bloques.

El primer bloque comprendía la "Escala de Desesperanza-de Bcck"^(28,29) en la que se presentan 20 ítems a los que debía responderse por verdadero o falso. De la suma de estos ítems se obtienen los puntajes de desesperanza. Puntajes superiores a 10 implican una desesperanza severa, que en 95% de los casos ha coincidido con ideación suicida e intento de autoeliminación.

En el segundo bloque se presentaban una serie de preguntas de autopercepción acerca de distintas situaciones personales: laboral y escolar (preguntas 21-24) familiar y económica (preguntas 25-34), presencia de alcoholismo y violencia a nivel familiar y amistades (preguntas 35-37). Las preguntas se graduaron de 1 a 4 ó 5, estando cada ítem específicamente definido. Damos ejemplos a continuación:

30) Siempre en relación con tu familia ¿sentís que te apoya?

1. Sí, me apoyan mucho; 2. Sí, a veces; 3. Muy poco; 4. Nada.

32) ¿Hay discusiones o peleas frecuentes en tu casa?

1. Sí, muy frecuentes; 2. Sí, frecuentes; 3. A veces; 4. Casi nunca; 5. No hay.

33) ¿Considerás que se toma mucho alcohol en tu casa?

1. Sí, se toma demasiado; 2. Sí, se toma mucho; 3. No se toma ni mucho ni poco; 4. Se toma poco; 5. No se toma nunca.

El tercer bloque interrogaba específicamente sobre afecto depresivo y su repercusión en el rendimiento escolar (preguntas 43-45) así como la conducta suicida, que era indagada a través de tres preguntas:

46: ¿Alguna vez pensaste que era mejor morir que seguir viviendo? (deseo de muerte)

47: ¿Alguna vez pensaste en quitarte la vida? (ideación suicida).

48: ¿Intentaste quitarte la vida en algún momento? (intento de autoeliminación)

El cuarto bloque (preguntas 49-60) correspondía a los criterios diagnósticos para Trastornos de Conducta del DSM IV⁽³⁰⁾. Estos criterios permiten establecer un diagnóstico positivo de trastorno de conducta con la presencia de tres ítems. En el presente estudio, la autoadministración de estos criterios permitió establecer de hecho un auto-diagnóstico de trastorno de conducta, que, a los

efectos de mayor seguridad, se estableció de acuerdo a la presencia de cuatro ítems.

El quinto y último bloque interrogaba sobre consumo de alcohol y drogas:

61: ¿Con qué frecuencia tomas alcohol?

62: ¿Lo haces hasta emborracharte?

63: ¿Alguna vez probaste algún tipo de drogas?

64: ¿Cómo? (en grupo, solo)

65: ¿Sigues haciéndolo?

66 y 67: ¿Te ha ocasionado esto último algún tipo de problema? ¿cuáles?

El grupo de jóvenes internados en INAME, luego de obtenido el permiso por las autoridades, fue entrevistado en número de 60 en hogares de la División Amparo y en la Colonia Berro (25 y 35, respectivamente). En estos casos la encuesta fue leída por el entrevistador. La encuesta fue aplicada en INAME un tiempo antes que en Secundaria y era ligeramente diferente, sobre todo en relación a las preguntas sobre los trastornos de conducta.

Análisis estadístico: Se utilizó un análisis de chi cuadrado para la estimación de la asociación de las diferentes variables. La significación estadística se fijó en $p<0,05$. Se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), operado en un computador personal, en el marco de Windows 95.

Resultados

Desde el punto de vista de la población estudiada, se entrevistaron 700 jóvenes entre 16 y 19 años en cuatro liceos de la capital. 38% eran varones y 62% mujeres. Respondieron 99% de los encuestados.

Como se muestra en la tabla 1, 60% de estos jóvenes viven con ambos padres (30% sólo con la madre) y existe una situación de divorcio en 32% de los casos. 91,9% de los padres y 72,4% de las madres trabajan, siendo amas de casa 20,3% de las madres.

77% de los jóvenes realizan otras actividades además del liceo (lenguas, deportes, etcétera), 23% trabaja y 30% está buscando trabajo.

67% perciben dificultades económicas en el hogar (tabla 2) y 16% presencia peleas o discusiones frecuentes en la familia. 1% refiere situaciones de violencia y 4% consumo excesivo de alcohol en la familia (tabla 2).

33% de los jóvenes relata tomar alcohol con frecuencia y 28% han probado algún tipo de drogas. En cuanto a la severidad de estas conductas adictivas, 2% dicen tomar alcohol hasta emborracharse, frecuentemente y 58% de los que probaron drogas siguió haciéndolo.

En cuanto a cómo se sienten, 18% se han sentido tristes sin causa aparente, 28% han pensado alguna vez que era mejor morir que seguir viviendo, 14% han pensado

Tabla 1. Resultados de 700 jóvenes encuestados en cuatro liceos. Montevideo, 1996.

Jóvenes de 16 a 19 años	Liceos
varones	38%
mujeres	62%
realiza actividades fuera de las del liceo	77%
trabaja	23%
busca trabajo	30%
desde hace más de un año	3%
La familia:	
<i>Los jóvenes viven con:</i>	
ambos padres	60%
madre	30%
padre	4%
otros	7%
padres divorciados o separados	32%
padre fallecido	5%
madre fallecida	1%
<i>De los padres:</i>	
trabajan	91,20%
desempleados	2,50%
Jubilados o pensionistas	5,20%
<i>De las madres:</i>	
trabajan	72,40%
desempleadas	2,30%
jubiladas o pensionistas	4,40%
no trabajan (amas de casa)	20,30%

alguna vez en quitarse la vida y 5% han realizado por lo menos un intento de autoeliminación (datos no mostrados en las tablas descriptivas).

8% de los adolescentes reúnen criterios para configurar un trastorno de conducta y 5% mostraron un índice de desesperanza muy alto (mayor de 10) en la Escala de Beck.

Como se puede observar en la tabla 2, si se buscan los porcentajes de distribución de los jóvenes que intentaron quitarse la vida, se ve que es muy similar a la muestra total, excepto por un mayor consumo de drogas, tomar alcohol con más frecuencia y sentir que la familia no los apoya, todas ellas diferencias no significativas.

El grupo estudiado en el INAME muestra conductas adictivas de mayor intensidad, demostradas por el alto consumo de alcohol hasta emborracharse (23% contra 2%), el mayor contacto inicial con la droga (52% contra

28%) y 63% que sigue haciéndolo. El detalle de la percepción de la situación familiar no fue realizado en ocasión de tomar la muestra en INAME y por ello no figura en la tabla, aunque en el caso de aquellos ubicados en la División Amparo, esta misma situación ya estaba indicando el abandono familiar.

Como un adelanto de las asociaciones que observaremos luego, los jóvenes del INAME han intentado quitarse la vida en 27% contra 5% de la muestra general.

Los resultados de los estudios de asociación de chi cuadrado se muestran en las tablas 3 y 4. En ellas se observa que la desesperanza se asocia con dificultades de relación (amigos, tabla 3), depresión (tristeza, tabla 3) y pensamientos, ideación suicida y consumo de alcohol. El trastorno de conducta se asocia con depresión, conducta suicida, alcohol y drogas.

Si consideramos la conducta suicida como un bloque y lo relacionamos con la percepción o la descripción de la situación familiar, observamos que no hay relación con la composición o la situación familiar (divorcio, padre único, etc) y sí con la percepción de falta de apoyo, discusiones o peleas frecuentes y violencia en el hogar. La existencia de antecedentes de alcoholismo en la familia se asocia estadísticamente con el consumo de alcohol en los jóvenes (tabla 3).

Cuando se separan los indicadores de conducta suicida se observa que la ideación suicida y el deseo de muerte se asocian con aislamiento o dificultades de relación o ambas, depresión (tristeza, tabla 4), consumo de alcohol y drogas (tabla 4).

El intento de autoeliminación, concretamente, se asocia estadísticamente solamente con la ausencia de amigos y el contacto con la droga. En la tabla 2 se observa que, para la mayoría de los índices, los adolescentes que realizaron un intento de autoeliminación (IAE), no se diferenciaron del grupo total.

Discusión

Como se adelantó previamente, el presente estudio se origina en un primer trabajo, que data de 1990, donde se observó una alta tasa de suicidio e intento de autoeliminación en Uruguay, principalmente entre los ancianos y los jóvenes⁽¹⁾. Los datos presentados ahora confirman la gravedad de los datos obtenidos entonces, así como los resultados del estudio que precedió a éste, que indicaba la presencia de una alta tasa de desesperanza en adolescentes en nuestro país⁽²⁴⁾.

Según los datos recogidos, 5% de los jóvenes que concurren a liceos públicos de Montevideo, ha intentado efectivamente quitarse la vida. Aunque en el momento actual, por las características del análisis realizado, no sabemos de la severidad de estos intentos, se ha demostrado

Tabla 2. Resultados de 700 jóvenes encuestados en cuatro liceos, percepción de la situación familiar y sentimientos referidos. Montevideo, 1996.

Percepción de la situación familiar	Liceos	IAE	INAME
Presencia de discusiones o peleas frecuentes en el hogar	16%	15%	
Situaciones de violencia	1%	0%	
Consumo excesivo de alcohol y situaciones de alcoholismo	4%	6%	
Presencia de dificultades económicas en el hogar	67%	81%	
<i>Cómo se sienten:</i>			
Siente que la familia no los apoya:	7%	12%	
Tiene amigos	98%	91%	60%
Se siente bien con ellos	73%	58%	
Toman alcohol con frecuencia	33%	45%	43%
De ellos, consumen hasta emborracharse	2%	0%	23%
Han probado algún tipo de droga	28%	48%	52%
De ellos, siguió haciéndolo	58	41%	63%
Ha intentado quitarse la vida al menos en una oportunidad	5%	100%	27%

Tabla 3. Asociaciones entre variables. Encuesta de 700 jóvenes en cuatro liceos. Montevideo, 1996.

	No tienen amigos	Amigos*	Tristeza sin causa	Deseo de muerte	Ideación suicida	IAE	Alcohol*	Alcohol**	Probaron drogas	Drogas*
Beck mayor de 10 ***	+	+	+	+	+			+		
Trastorno de conducta***			+	+	+		+		+	
Situación familiar										
Composición										
Situación										
Percepción de la situación familiar										
Dificultades económicas		+								
Apoyo familiar			+	+	+					+
Discusiones o peleas frecuentes		+	+	+	+					
Situaciones de violencia familiar			+	+	+					
Alcohol en el hogar		+						+		+

Amigos*: les ha costado sentirse bien con sus amigos en los últimos tiempos

Alcohol*: consumen alcohol con gran frecuencia

Alcohol**: consumen alcohol hasta emborracharse

Drogas*: han continuado consumiendo drogas solos

***: ambas variables se asocian de forma significativa

(15,22,31) que un intento de autoeliminación es un factor de riesgo muy importante para la realización de otro, que puede llegar a consumar el suicidio. Esto nos lleva a plantear, por lo tanto, que este 5% representa un grupo de jóvenes en riesgo vital. Estudios realizados en otras partes del mundo muestran cifras similares o aún mayores,

en un entorno que va de 7 a 14%, con una media de 8,8% (7-11). Se debe enfatizar que estos estudios no se refieren a centros hospitalarios, si no a encuestas realizadas, en forma similar a la nuestra, en establecimientos de enseñanza secundaria.

Este porcentaje de jóvenes que han intentado quitarse

Tabla 4. Asociaciones entre variables. Encuesta de 700 jóvenes en cuatro liceos. Montevideo, 1996.

	No tienen amigos	Amigos*	Tristeza sin causa	Alcohol*	Alcohol**	Probaron drogas	Drogas*
Tristeza sin causa	+	+			+	+	
Deseo de muerte	+	+	+	+	+	+	+
Ideación suicida	+	+	+	+	+	+	
IAE	+					+	

Amigos*: les ha costado sentirse bien con sus amigos en los últimos tiempos

Alcohol*: consumen alcohol con gran frecuencia

Alcohol**: consumen alcohol hasta emborracharse

Drogas*: han continuado consumiendo drogas solos

la vida se corresponde con 14% que han pensado alguna vez en hacerlo, 28% que piensan que más vale morir que seguir viviendo o 18% que dicen sentirse triste sin causa aparente. Sorprende la similitud de nuestras cifras con las de otros estudios que muestran la presencia de ideación suicida en 19 a 23% de jóvenes que concurren a centros de enseñanza secundaria, principalmente en EE.UU. (7,8,12,13).

El estado de ánimo depresivo es el factor individual más importante de riesgo suicida en jóvenes, como lo demuestran un gran número de estudios (9,14,20,32-37). Considerando que la conducta suicida es un continuo desde la ideación al acto consumado, se puede asumir con una buena base de certeza, dados los datos obtenidos, que la población en riesgo a que nos referíamos antes es aún mayor.

La incidencia de afecto depresivo encontrado corresponde a jóvenes integrados al sistema educativo, pertenecientes a familias que mayoritariamente (dos tercios) están normalmente constituidas. En estas familias, sin embargo, y pese a la alta tasa de empleo de ambos padres, se perciben dificultades económicas en 67% de los casos. Si bien la violencia o el alcoholismo son relativamente bajos (1 a 4%), se vive un clima de conflicto en 16% de los casos y un tercio de los hogares se han desintegrado. Los antecedentes analizados en la literatura nos llevan a postular que estas condiciones familiares adversas podrían estar influyendo las conductas de los adolescentes. Numerosos adjetivos: hogares quebrados, disolución o desintegración familiar, pérdida de la cohesión, etcétera, han sido utilizados por los autores de los estudios que demuestran mayoritaria y notoriamente el peso de una situación familiar deficitaria o conflictiva en las conductas depresivas y adictivas de los jóvenes adolescentes (9,22,34,38). Sin embargo, el porcentaje de hogares que es percibido con problemas graves de relación por los jóvenes es relativamente menor (1 a 7%), comparado con la incidencia del afecto depresivo y suicida.

Además de las conductas suicidas, un tercio de los jóvenes han probado drogas y más de la mitad de ellos siguen haciéndolo o toman alcohol hasta emborracharse. Esto significa de 15 a 20% de jóvenes que ya estarían en una situación de muy alto riesgo para conductas adictivas. Otros factores, entonces, además de los familiares, estarían incidiendo en estas conductas, entre ellos la depresión y la desesperanza serían los de mayor peso individual relativo. Las múltiples asociaciones estadísticamente significativas encontradas por nosotros entre depresión, desesperanza, conducta suicida o conductas adictivas o todas, lo confirmaría, en acuerdo con hallazgos similares de estudios internacionales (7,11-20). Una síntesis adecuada de estos factores ha sido adelantada por de Martin y colaboradores (1996) (34) en un reciente trabajo donde este grupo australiano postula que la depresión articularía la relación entre la situación familiar y las conductas adictivas y suicidas. El entorno familiar incidiría en primera instancia sobre el afecto depresivo y éste favorecería la aparición las conductas. En este sentido, es interesante que nuestros resultados muestran una asociación de la depresión y los trastornos de conducta con la percepción de tensión en la relación familiar (falta de apoyo, violencia, discusiones, alcohol en el hogar) y no con la composición familiar misma (divorcio, etcétera) o las dificultades económicas.

El grupo de jóvenes estudiado en el INAME parecería reafirmar estos conceptos. Con un grado muy alto de disolución familiar, casi un tercio de los entrevistados intentaron quitarse la vida, siendo la incidencia de conductas de abuso de drogas muy elevada. La situación de que más de 50% de los jóvenes estudiados estaban internados por infractores sería indicativa, además, de la existencia de un trastorno de conducta. Aunque las conductas adictivas y suicidas se han ligado a trastornos de conducta en adolescentes, éstos últimos, sin embargo, representan solamente 8% de los jóvenes en nuestra muestra de estudiantes secundarios, lo que corresponde a lo esperado de

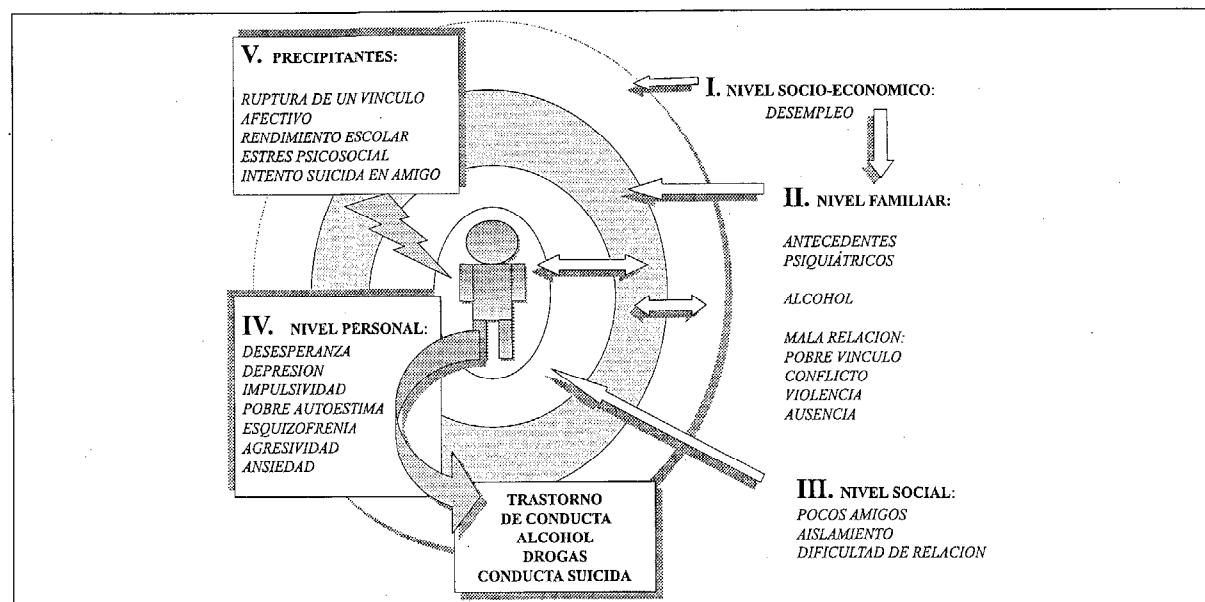


Figura 1. Esquema de las principales asociaciones encontradas en el presente trabajo. El análisis realizado sólo permite establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa, sin proporcionar el sentido ni la jerarquización de la asociación. Las flechas esquematizan las asociaciones y su tamaño, por lo tanto no presuponen diferencias cualitativas.

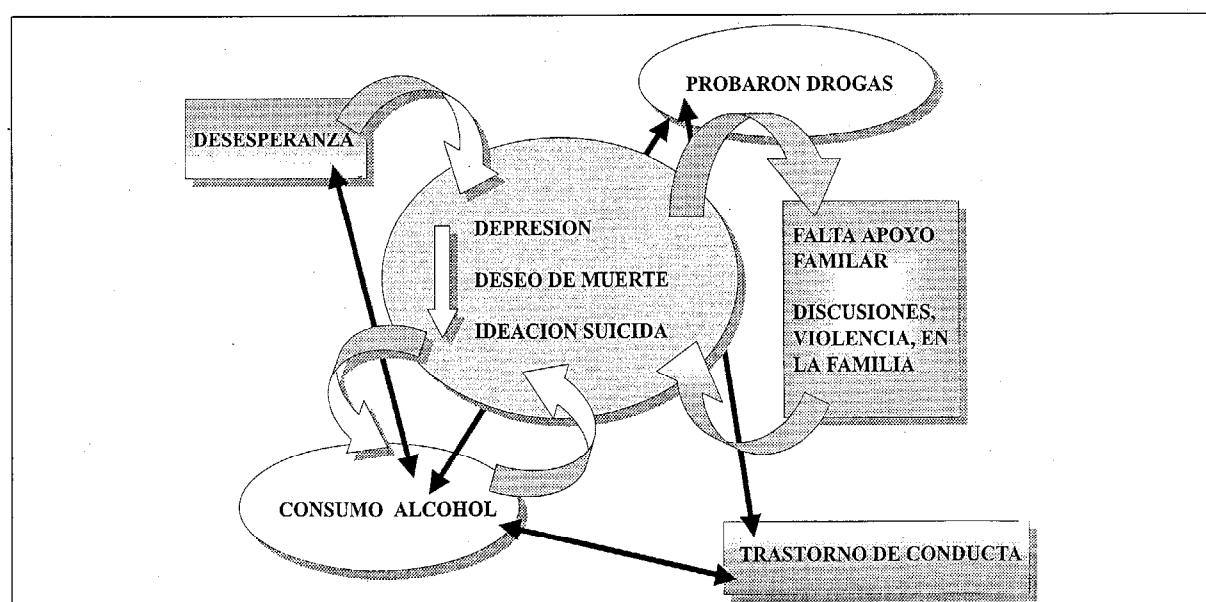


Figura 2. Esquema de los diferentes factores que pueden llevar a la conducta suicida, según una revisión de la literatura, organizados en diferentes niveles según los autores del presente estudio. Cada factor se corresponde con publicaciones citadas en el texto. Las siguientes no aparecen citadas: desempleo⁽⁴²⁾, dificultad de relación⁽⁴⁶⁾, agresividad^(47,48), pobre autoestima⁽⁴³⁾, estrés psicosocial⁽⁴⁴⁾ e impulsividad⁽⁴⁵⁾. El cuadro final con las conductas posibles, no supone una jerarquización de ellas, si no, tal cual se discute en el texto, más bien su coexistencia.

acuerdo a la incidencia del trastorno. Por otro lado, los trastornos de conducta en el grupo del INAME no son la única razón de los niveles elevados de adicción o desesperanza y depresión. A lo largo del estudio, el grupo de INAME ha constituido no un grupo control de la situación familiar como originariamente se había planteado,

sino un ejemplo de la gran interacción de todos los factores considerados. El otro 50% de los jóvenes entrevistados en el INAME estaban internados en la sección Amparo, que corresponde a aquellos que no tienen familia receptiva, situación que también incide mayoritariamente en el otro grupo estudiado en Colonia Berro. Puede con-

siderarse entonces que el grupo de jóvenes estudiado en el INAME está globalmente desprovisto, correspondiendo a un grado de desestructuración social máximo. Comitamente, la desesperanza, las ideas de muerte y las conductas de uso y abuso de drogas y alcohol, fueron de las más elevadas encontradas a lo largo de este Programa. La mera supervivencia de este grupo es un índice de la posibilidad personal de recuperación frente a la multiplicidad de factores negativos que han actuado.

Si bien podemos pensar que la situación económica y social general también incide, no podemos valorar su peso real precisamente aún en esta etapa de nuestro trabajo. Como decíamos anteriormente, a pesar del alto nivel de empleo de los padres, más de dos tercios de los jóvenes perciben dificultades económicas en la casa y, precisamente dos tercios ya trabajan o están buscando trabajo lo que, por otra parte, es indicativo de la pobre calidad del alto empleo familiar. En acuerdo con nuestro trabajo anterior⁽²⁴⁾, esta percepción de las dificultades económicas es mayor en los jóvenes que han intentado quitarse la vida.

Debemos discutir aquí un punto importante que hace a la definición de las conductas suicidas y su prevención. De la literatura revisada y de nuestros datos surge que los jóvenes que exhiben conductas suicidas o adictivas o ambas tienen importantes problemas de relación y de autoestima (39-41). ¿Es esta situación producto de la situación familiar o la depresión o ambas, o viceversa? Este es un buen ejemplo de la complejidad del fenómeno que estamos estudiando y de su multicausalidad; para responder adecuadamente a esta pregunta hay que recurrir a otro concepto: se postula hoy que existe una "suicidalidad", un conjunto de rasgos de personalidad que estarían indicando una vulnerabilidad para la conducta suicida o adictiva o ambas (41). Las circunstancias externas, sociales y familiares actuarían agravándola o permitiendo su expresión, y, por el contrario, en un contexto apropiado, ésta podría no llegar a expresarse. Estudios más recientes han podido demostrar incluso que estas características de vulnerabilidad serían trasmitidas como un rasgo en familias (42).

Los análisis de asociación realizados confirman, por lo tanto, las hipótesis formuladas inicialmente. Como se puede observar en la figura 1, que resume los resultados del trabajo, la desesperanza, la depresión, la situación familiar y las conductas suicidas y adictivas están todas significativamente asociadas formando un complejo de interacciones. Ello hace que, en acuerdo con Garnefsky y colaboradores (1992)⁽¹⁸⁾, sea más preciso hablar de coexistencia de las diferentes conductas más que analizar cuál puede preceder a cual. Es más pertinente hablar de asociación de variables que establecer el sentido o la

rarquía de la asociación. Esta situación hace especialmente compleja la prevención, que no puede resultar exitosa si considera sólo un aspecto del problema.

La figura 2 resume los diferentes factores que inciden sobre la conducta suicida del adolescente, de acuerdo a la literatura consultada, desarrollando más un modelo ya adelantado por nosotros previamente⁽²⁴⁾. El nivel socioeconómico general, actuando directamente sobre el joven o indirectamente sobre su familia, puede llegar a acentuar las características disfuncionales de ésta. La depresión, desde la desesperanza a las conductas suicidas, podría ser un resultado inicial. Estas circunstancias, en jóvenes con características de personalidad particulares podría, a través de precipitantes, desencadenar el comportamiento suicida (figura 2)⁽⁴²⁻⁴⁸⁾. Debe ser especialmente enfatizado que este modelo corresponde a un comportamiento estadístico, extraído del juego de las variables analizadas. Permite conocer conductas predominantes para ayudar a la prevención, pero no deberían ser tomados como patrones de comportamiento establecidos. Por ejemplo, si bien existen estudios que indican la presencia de factores estresantes particulares previos al acto suicida (figura 2), lo cierto es que éstos no son más intensos ni muy diferentes a los factores que también inciden sobre otros jóvenes adolescentes que no por ello intentan quitarse la vida. Este esquema podría funcionar tanto para las conductas suicidas como para las adictivas como un resultado final, donde la concomitancia sería lo habitual^(49,50).

Como resultado adicional de nuestro trabajo, se observa que si bien la conducta suicida (ideación, deseo de muerte) se relaciona con las otras variables del entorno afectivo y el consumo de alcohol, el intento de eliminación como tal no se asocia en forma estadísticamente significativa más que con la ausencia de amigos y el contacto con la droga. Esto estaría dando un perfil aún mayor de riesgo a los jóvenes deprimidos ya que indicaría que el gesto final, suicida, tiene aún mucho de imprevisible en su momento y circunstancia particular. Como decíamos en nuestro trabajo anterior, la suma de todos los factores estudiados no asegura matemáticamente que un joven intentará quitarse la vida. Este siempre depende de una suma personal de todos ellos, imponderable en esta misma dimensión particular y por ello más riesgosa para el joven desde el punto de vista vital.

Finalmente debemos decir que nuestros resultados corresponden a estudiantes que están finalizando su ciclo secundario, pertenecientes a familias con trabajo y mayoritariamente integradas. ¿Qué puede estar ocurriendo con los jóvenes que ya han tenido que desertar del sistema educativo y que se integran a un mercado de trabajo con enormes dificultades? ¿Y en las ciudades fuera del ámbito metropolitano, con menores perspectivas sociales? Es-

tas, preguntas, precisamente corresponden a la siguiente etapa de análisis de este Programa.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo objetivaron la existencia de factores de riesgo importantes en un grupo de jóvenes adolescentes en nuestro país para conductas adictivas, suicidas o ambas. Una conclusión importante es que se requeriría comenzar con medidas de prevención inmediatas.

Una de ellas, quizás de las más importantes, es que todos los profesionales de la salud, especialmente los médicos, conozcan esta situación y no vacilen, ante una sospecha frente a una consulta realizada por un adolescente, en explorar sistemáticamente la existencia de un afecto depresivo. Las consultas médicas constituyen en más de 50% de los casos un pedido indirecto de ayuda en estos jóvenes, antes del acto suicida o durante la conducta adictiva.

Deberían comenzar a instrumentarse medidas particulares en los centros de estudio. El punto no es simple y no hay una única forma de hacerlo. La Red de Evaluación de Sistemas de Salud de Ontario, Canadá, evaluó recientemente 187 experiencias de este tipo realizadas desde 1980 y comunicadas en la literatura⁽⁴³⁾. De éstas, sólo 12 merecían considerarse desde el punto de vista de su validez. Si bien la mayoría resultaron positivas, también se observaron empeoramientos de la ideación suicida y la desesperanza.

La creación de Servicios de Consejo y Apoyo, accesibles a nivel de los centros de enseñanza, a los cuales pueda recurrir el adolescente en riesgo o en circunstancias especialmente difíciles, aparece como prioritario. Informar, escuchar, aconsejar y tratar de detectar aquellos en mayor riesgo, serían las acciones con mayor impacto desde el punto de vista de la prevención. Contribuir a esta prevención ha sido la razón última del presente trabajo.

Agradecimientos

El presente trabajo contó con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. Los autores agradecen el apoyo del Prof. Miguel Cherro a la realización de este estudio y al Prof. Omar Prats de la Facultad de Ciencias Sociales por su generosa colaboración en el diseño de la muestra y la evaluación estadística.

Si bien por la naturaleza de los datos estudiados los autores prefieren mantener el anonimato sobre los liceos participantes, desean agradecer muy especialmente a los directores de los liceos que espontáneamente apoyaron el estudio y brindaron su colaboración, así como a los profesores que ofrecieron tiempo de sus clases y a los alumnos que contestaron la encuesta con un verdadero sentido

de responsabilidad y de colaboración con un intento de análisis que les parecía imprescindible.

Summary

Earlier studies have shown that adolescents make up a group at risk regarding suicidal behaviour in Uruguay, coupled with a high rate of despair in the group dealt with. Prompted by these reasons a study was undertaken to investigate the possible relationship between such despair, suicidal behaviour and the use of drugs and alcohol in youths attending the last years of secondary teaching Institutes in Montevideo.

The data obtained show that 18% of youths has felt sad without apparent cause, 28% has at some time thought that it was better to die rather than live, 14% has entertained the idea of committing suicide, and 5% has at least once attempted suicide.

67% perceives domestic financial difficulties and 16% witnesses quarrels or frequent argument at home. 1% relates situations of violence and 4% excessive alcohol consumption at home. 33% of youths reports frequent consumption of alcohol and 28% has tested some type of drug. As for the severity of these addictive behaviours, 2% reports alcohol consumption to the extent of drunkenness and 58% of those who tested drugs kept on doing so. A lesser group, of the same age, analyzed by INAME (youth institute) disclosed 23% of alcohol consumption, 63% continued use of drugs and 27% of suicidal ideation.

A statistical analysis of chi square showed a statistically significant association between depression, despair, suicidal ideation, behaviour disturbance, alcohol consumption, use of drugs and perception of family conflicts.

A discussion is carried out of a model incorporating these variables designed to take prevention measures, actions regarded as mandatory in view of the gravity of the figures detected and the large population at risk.

Résumé

Des études antérieures ont montré que les adolescents constituent un groupe en risque pour des conduites suicides à notre pays, tout en observant un pourcentage élevé de désespoir au même groupe. C'est pour cela qu'on a commencé à réaliser une étude afin d'analyser la probable relation entre ce désespoir, les conduites suicides qui l'accompagnent et l'emploi de drogues et d'alcool chez des jeunes qui assistaient aux dernières années des instituts d'enseignement secondaire à Montevideo.

Les données obtenues prouvent que 18% des jeunes se senti triste sans cause évidente, 28% a pensé quelquefois qu'il valait mieux mourir que continuer à vivre, 14%

a pensé quelquefois à passer de vie à trépas et 5% a essayé au moins une fois de s'autoéliminer.

67% perçoit des difficultés économiques au foyer et 16% des bagarres ou des discussions fréquentes à la famille. 1% raconte des situations de violence et 4% la consommation excessive d'alcool à la famille. 33% des jeunes avoue boire de l'alcool fréquemment et 28% a connu quelque type de drogue. Quant à la sévérité de ces conduites toxicomanes, 2% dit avoir bu de l'alcool jusqu'à s'enivrer, fréquemment et 58% de ceux qui ont goûté des drogues, a continué à le faire. Un groupe plus petit, du même âge, analysé à l'INAME, montre 23% de consommation d'alcool, 63% d'emploi fréquent de drogues et 27% d'idées suicides.

Une analyse statistique montre une association statistiquement importante entre dépression, désespoir, idée suicide, troubles de conduite, consommation d'alcool, emploi de drogues et perception de problèmes de famille.

On discute un modèle qui intègre ces variantes afin de prendre des mesures de prévention, actions qu'on considère fondamentales étant donnée la gravité des chiffres perçus et la dimension de la population en risque.

Bibliografía

1. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 203-15.
2. **Henry CS, Stephenson AL, Hanson MF, Hargett W.** Adolescent suicide and families: an ecological approach. *Adolescence* 1993; 28: 291-308.
3. **Diekstra RF.** The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 371 (Suppl): 9-20.
4. **Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB.** Adolescent suicide: an overview. *Am J Psychother* 1984; 38: 350-83.
5. **Flisher AJ, Ziervogel CF, Chalton DO, Leger PH, Robertson BA.** Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part II. Suicidal behaviour. *S Afr Med J* 1993; 83: 474-6.
6. **Kebede D, Ketsela T.** Suicide attempts in Ethiopian adolescents in Addis Abeba high schools. *Ethiop Med J* 1993; 31: 83-90.
7. **Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML.** Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health* 1993; 83: 179-84.
8. **Conrad N.** Stress and knowledge of suicidal others as factors in suicidal behavior of high school adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 1992; 13: 95-104.
9. **Garrison CZ.** The study of suicidal behavior in the schools. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19: 120-30.
10. **Harkavy-Friedman JM, Asnis GM, Boeck M, Difiore J.** Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1203-6.
11. **Smith K, Crawford S.** Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16: 313-25.
12. **Swanson JW, Linskey AO, Quintero-Salinas R, Pumariega AJ, Holzer CE.** A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 669-78.
13. **Manson SM, Beals J, Dick RW, Duclos C.** Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Rep* 1989; 104: 609-14.
14. **Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C.** Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 8-20.
15. **Howard-Pitney B, Lafromboise TD, Basil M, September B, Johnson M.** Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 473-6.
16. **Allebeck P, Allgulander C.** Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 565-70.
17. **Berman AL, Schwartz.** Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child* 1990; 144: 310-4.
18. **Garnefski N, Diekstra RFW, De Heus P.** A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 189-96.
19. **Wright LS.** Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. *Adolescence* 1985; 20: 575-80.
20. **Fowler RC, Rich CL, Young D.** San Diego suicide study. II. Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 962-5.
21. **Workman M, Beer J.** Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home. *Psychol Rep* 1992; 70: 503-11.
22. **Mardoming-Sanz MJ, Catalina-Zamora ML.** Suicide attempts in childhood and adolescence: risk factors. *Acta Esp Pediatr* 1992; 38: 429-32.
23. **Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK.** Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 834-9.
24. **Viscardi N, Hor F, Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Uruguay* 1994; 2: 79-91.
25. **Asberg M, Bertilsson L, Muartensson B.** Family history of illness in the seriously suicidal adolescent: a life-cycle approach. *Am J Orthopsychiatry* 1984; 54: 390-7.
26. **Cassorla RM.** Family characteristics of youngsters attempting suicide in Campinas, Brazil: a comparative study with normal and psychiatric youngsters. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1984; 30: 125-34.
27. **Gispert M, Wheeler K, March L, Davis MS.** Suicidal adolescents: factors in evaluation. *Adolescence* 1985; 20: 753-62.
28. **Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B.** Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of

- patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-63.
- 29. **Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L.** Classification of suicidal behaviors. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 835-7.
 - 30. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth Edition, Washington D.C., American Psychiatric Association 1994.
 - 31. **Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR.** Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 297-305.
 - 32. **Rudd MD, Joiner T, Rajab MH.** Relationships among suicide ideators, attempts, and multiple attempts in young-adult sample. *J Abnorm Psychol* 1996; 105: 541-50.
 - 33. **Cole DA.** Psychopathology of adolescent suicide: hopelessness, coping beliefs and depression. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 248-55.
 - 34. **Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison S.** Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 336-44.
 - 35. **Borst SR, Noam GG.** Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 501-8.
 - 36. **Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, Zelenak JP.** Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 95-105.
 - 37. **Reifman A, Windle M.** Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: a longitudinal investigation. *Am J Community Psychol* 1995; 23: 329-54.
 - 38. **Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G.** Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 59-71.
 - 39. **Cole DE, Protinsky HO, Cross LH.** An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence* 1992; 27: 813-8.
 - 40. **Apter A, Gothelf D, Orbach I, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D et al.** Correlation of suicidal and violent be- havior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8.
 - 41. **Pfeffer CR.** Suicide among youth: perspectives on risk and prevention. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
 - 42. **Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J.** Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1145-52
 - 43. **Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J.** A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health* 1996; 87: 319-24
 - 44. **Prithchar C.** Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European Community countries. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 750-6.
 - 45. **Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman DC.** Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 919-28.
 - 46. **Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK.** Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 490-7.
 - 47. **Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD.** Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 339-53.
 - 48. **Kotila L, Lonnqvist J.** Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9.
 - 49. **Apter A, Plutchik R, Van Praag HM.** Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 1-5.
 - 50. **Levy SR, Jurkovic GL, Spirito A.** A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 221-34.