Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos

Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Chilean university students

Catalina Alamo P.^{1,a}, Tomas Baader M.^{1,b}, Zayra Antúnez S.^{2,c},
Verónica Bagladi L.^{3,d} y Texia Bejer T.^{4,a}

Introduction: The aim of present study is to determine the psychometric properties and the factorial structure of the Beck Hopelessness Scale (BHS), validating its use in Chile as a suicide risk screening tool among university students. **Method:** The sample included 200 college freshmen undergraduate belonging to the Austral University of Chile, who through the website of the university, answered voluntary the Informed Consent and the questionnaires that allowed verifying the concurrent and discriminant validity of the BHS scale. The internal consistency of this scale was evaluated by Cronbach's alpha internal consistency. The data were analyzed through correlational and principal component analyzes. **Results:** The different Statistical analysis revealed a high level of internal consistency in the BHS scale, being a reliability and valid instrument to detect suicide risk in Chilean university population. Likewise, Principal Component Analysis showed a four-factor model, which varies from that proposed by the BHS authors, although it is consistent with that found in other international studies. **Conclusions:** The present investigation allows us to suppose that the BHS is a reliable and valid instrument to detect suicidal risk in Chilean university students. This brief and easy to administer instrument would allow to detect effective and early suicidality, being a contribution to the prevention of this phenomenon in our country.

Key words: Suicide; depression; mental health.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (2):

Recibido: 22/11/2018

Aceptado: 02/07/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés. Fuente de apoyo financiero: No.

¹ Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

² Centro de Salud Universitario, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

³ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

⁴ Consultorio de Atención Psicológica, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.

^a Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica.

^b Médico Psiquiatra. Doctor en Medicina con mención en Psiquiatría.

^c Psicóloga. Magíster en Psicología. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

^d Psicóloga. Doctora en Psicología.

Introducción

El suicidio constituye en la actualidad, un importante problema de salud pública que se sitúa dentro de las cinco primeras causas de mortalidad y en la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, de acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. El suicidio es un fenómeno multicausal, consecuencia de una pérdida de salud de la persona, debilitamiento de sus redes afectivas y sociales, entre otros². En lo que respecta a la psicopatología, estudios en diversos países revelan una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio consumado, y un hallazgo común en aquellos que cometen suicidio, es la presencia de más de un trastorno¹. Los trastornos comórbidos más comunes al suicidio y que han sido asociados con riesgos elevados de intentos de suicidio incluyen el alcoholismo, los trastornos afectivos –específicamente la depresión severa–, trastornos ansiosos y de personalidad^{1,3}. Así también, estudios longitudinales, han mostrado de manera significativa la relevancia de los intentos de suicidio previos⁴. Específicamente respecto a la depresión, los antecedentes empíricos demuestran que manifestarla implica un alto riesgo de suicidio^{5,6} y que un porcentaje importante de entre el 50% y 60% de las personas que se suicidan cumplen los criterios diagnósticos de depresión⁷. Los pacientes depresivos que cometen suicidio, además, presentan importante desesperanza ante su situación, razón por la que el suicidio se percibe como una salida a los problemas^{8,9}.

La desesperanza se entiende como la tendencia a tener expectativas negativas acerca de uno mismo y el futuro¹⁰. La desesperanza, por tanto, sería un importante factor etiológico y de mantenimiento del riesgo de suicidio¹¹, siendo también un importante predictor de suicidio efectivo¹². Autores como Beck, han argumentado que las preocupaciones suicidas parecen estar relacionadas a la conceptualización del paciente de su situación como insostenible o sin esperanza. Según el autor, ahí radica la importancia de la desesperanza como mediadora en el intento de suicidio en los pacien-

tes que cursan una depresión. La desesperanza sería más importante que la depresión misma a la hora de explicar ideaciones suicidas, y ambas son las dos variables más importantes, junto con el historial de intentos de suicidio al momento de identificar ideaciones suicidas⁹⁻¹². Considerando estos aspectos, Beck desarrolló un instrumento que tuviera en cuenta estas tres variables y entregara índices confiables acerca de este fenómeno¹⁰.

La escala de desesperanza de Beck (BHS) fue diseñada por el autor y sus colaboradores¹⁰ con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La BHS estaría basada en el modelo de tres factores que considera el factor afectivo, el motivacional y el cognitivo. En la BHS el Factor Afectivo indaga acerca de sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. El Factor Motivacional recoge información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. El Factor Cognitivo está orientado a obtener información acerca de las expectativas futuras y anticipaciones negativas respecto a la vida¹⁰.

La BHS ha sido validada en diversos países como instrumento útil en la pesquisa temprana de depresión o depresión subclínica, mostrando una estructura factorial similar a la original^{13,14}. Beck y colaboradores^{8,12}, demostraron a través de estudios prospectivos, tanto con pacientes con ideación suicida hospitalizados como con pacientes ambulatorios, que la BHS también puede ser utilizada como un predictor fiable de intentos suicidas y de suicidio consumado, lo que también ha sido corroborado en investigaciones recientes¹⁵. Si bien existen instrumentos diseñados para evaluar riesgo de suicidio –Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI); la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS); Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)–, la BHS permite explorar el riesgo potencial de presentar ideas suicidas y/o intento de suicidio

en fases tempranas siendo además, una escala de autoaplicación que no requiere ser aplicada por especialistas ni en modalidad de entrevista¹⁰.

En Chile, no existen estudios que analicen la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la BHS o que hayan realizado algún procedimiento de validación de este instrumento. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar la estructura factorial y las características psicométricas de la BHS, validando su utilización en Chile como instrumento útil para la pesquisa de riesgo suicida en jóvenes universitarios. Los objetivos específicos por tanto, incluyen analizar los índices de consistencia interna, verificar la validez concurrente, de constructo y discriminante de la escala BHS.

Material y Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 200 estudiantes universitarios de primer año de pregrado con una edad promedio de 19,8 (SD = 2,4) pertenecientes a la Universidad Austral de Chile.

Procedimiento

La investigación se presentó al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Una vez autorizado el estudio, se procedió a realizar la aplicación en línea de los cuestionarios a través de la plataforma de la Universidad. Al explicar la investigación se informó a los jóvenes que la información entregada sería confidencial, anónima y utilizada únicamente con fines científicos. Una vez otorgado el consentimiento, los y las estudiantes respondieron de forma voluntaria a los cuestionarios aplicados. Una vez contestados los instrumentos, a cada sujeto se le otorgó una retroalimentación de sus resultados en un informe generado automáticamente por el sistema, el cual incluía una descripción de sus resultados, orientaciones de ayuda y redes de asistencia en salud mental en los casos que lo requerían.

En total 511 jóvenes respondieron los cuestionarios, no obstante, en esta investigación se utilizaron sólo los datos de los estudiantes que

respondieron la totalidad de las escalas aplicadas (n = 200).

Instrumentos

*Escala de desesperanza de Beck (BHS)*¹⁰

Es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso) y su aplicación tarda entre 5 a 10 min aproximadamente. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos, siendo el puntaje máximo de 20 puntos. Beck y Steer¹⁶, han propuesto para su interpretación la siguiente escala de puntajes: 0-3: rango normal o asintomático; 4-8: Leve; 9-14, Moderado; y 15-20: Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida. Para este estudio se adaptó la versión española¹⁷, la que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos realizados en Latinoamérica¹³⁻¹⁵.

*Escala de suicidalidad de Okasha*¹⁸

Escala autoadministrada, en formato Likert compuesta por 4 ítems. Los primeros 3 ítems están orientados a la detección de ideación suicida, mientras que el cuarto ítem está orientado a detectar intento de suicidio. La suma total de la escala de suicidalidad puede variar entre 0 y 12 puntos, siendo mayor la gravedad mientras más alta es la puntuación. En esta investigación se utilizó la versión chilena, validada por Salvo et al. 2009¹⁹, la cual mostró alta consistencia interna y validez, demostrando una adecuada discriminación al utilizar un puntaje de corte de 5 para determinar intento de suicidio.

*Escala de depresión PHQ-9*²⁰

Escala que evalúa la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2 semanas, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cuenta con 9 ítems en formato Likert que se puntúan con 0 (nunca), 1 (algunos días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días). En la presente investigación se utilizó la versión validada en Chile por Baader et al. (2012)²¹.

*Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*²²

Cuestionario orientado a detectar la sintomatología hipomaniaca basado en los criterios del DSM-IV para el trastorno bipolar.

En una primera parte se busca la presencia de síndrome maniaco o hipomaniaco en la vida del evaluado a través de 13 ítems con opción de respuesta Sí o No. La segunda parte del cuestionario consiste en una pregunta dicotómica que permite obtener información acerca de si la manifestación de los síntomas maniacos o hipomaniacos ocurrieron durante el mismo periodo. Posteriormente, se evalúa el nivel de deterioro funcional asociado a estos síntomas, una escala Likert de 4 puntos. El tamizaje resulta positivo cuando se responde sí al menos a 7 ítems de la primera sección, los síntomas se presentan en forma simultánea y provocan un menoscabo funcional moderado o serio. La versión utilizada en español fue la chilena, validada en nuestro país por Vohringer et al. (2008)²³.

*Cuestionario de detección de consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO)*²⁴

Instrumento orientado a la detección del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, compuesto por 17 ítems en formato Likert de fácil respuesta. En Chile su confiabilidad y validez ha sido analizada, obteniendo adecuados índices²⁵.

Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT)

Instrumento que fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud²⁶ como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un instrumento de apoyo en la intervención breve. Consta de 10 ítems orientados a medir el consumo perjudicial de alcohol y los síntomas de dependencia. En Chile, este instrumento ha reportado excelentes propiedades psicométricas²⁷.

*Escala Revisada de Restricción (RE, Restrain Scale)*²⁸

Evalúa actitudes hacia la alimentación, frecuencia de dietas, preocupación y fluctuaciones de peso. Cuenta con 10 ítems en formato Likert,

que permiten obtener una medida de la restricción alimentaria crónica y es posible también clasificar a los individuos en dietantes crónicos y no dietantes. Esta escala ha sido validada en Chile²⁹, mostrando propiedades psicométricas aceptables para su uso en población adolescente.

Versión chilena abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

Cuestionario compuesto de tres escalas breves que miden depresión, ansiedad y estrés. Cuenta con 21 ítems en formato Likert, con cuatro opciones de respuesta. Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de autorreporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla. Ha sido validado en Chile por Antúnez y Vinet³⁰, para ser utilizado con estudiantes universitarios, mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

Resultados

Consistencia interna

Con el objetivo de indagar la confiabilidad de los instrumentos utilizados se realizaron análisis de fiabilidad a todos los instrumentos, los que arrojaron adecuados índices de consistencia interna. Para la BHS se calculó el coeficiente de fiabilidad Kuder-Richardson-20, equivalente al alpha de cronbach para instrumentos con respuestas dicotómicas. El coeficiente obtenido sugiere una excelente consistencia interna (20 ítems, $\alpha = 0,86$), según lo considerado en la literatura (Tang, Cui & Babenko, 2014)³¹. Estos índices de consistencia son similares tanto en hombres ($\alpha = 0,88$) como en mujeres ($\alpha = 0,85$).

Validez concurrente y divergente

Para verificar la validez concurrente y divergente entre la escala BHS y los otros instrumentos utilizados se realizaron análisis correlacionales. La escala BHS presentó una relación positiva y estadísticamente significativa con la escala de suicidalidad de Okasha ($r^2(570) = 0,30$, $\beta = 0,55$, $t = 15,54$, $p < 0,001$), lo que sugiere que ambas escalas son

Tabla 1. Coeficiente no estandarizado de la relación de interés OKASHA → BHS (en gris). En los siguientes modelos se repite la regresión de interés retirando la covarianza conjunta de cada índice clínico. El índice de influencia denota el grado de contaminación del índice clínico en la relación OKASHA → BHS

Covariantes	Coeficientes no estandarizados (β)	t	IC (95%)	Porcentaje de influencia (%)
OKASHA → BHS	0,73 ***	15,54	0,63 - 0,82	
OKASHA → BHS DASS(D)	0,30 ***	5,432	0,19 - 0,40	59%
OKASHA → BHS PHQ9	0,43 ***	8,340	0,33 - 0,53	42%
OKASHA → BHS DASS(S)	0,63 ***	11,92	0,53 - 0,74	14%
OKASHA → BHS DASS(A)	0,67 ***	12,79	0,57 - 0,78	9%
OKASHA → BHS DEPADO	0,70 ***	14,77	0,61 - 0,79	4%
OKASHA → BHS ER	0,72 ***	14,78	0,62 - 0,81	1%
OKASHA → BHS AUDIT	0,72 ***	15,32	0,63 - 0,81	1%
OKASHA → BHS MDQ	0,72 ***	15,27	0,63 - 0,82	1%

sensibles al mismo fenómeno de interés. Esta relación mantiene su significatividad aún después de retirar el efecto de otros índices clínicos.

Como muestra la Tabla 1, aun cuando se evidenció una disminución importante del efecto original después de controlar la escala de depresión del DASS-21, la PHQ-9 y la escala de estrés del DASS-21, la relación entre la escala de suicidalidad de Okasha y la BHS mantuvo su significatividad. Las variables covarían confiablemente en torno a la suicidalidad, independiente a los indicadores clínicos aquí controlados. Los análisis, además, evidencian que los índices clínicos con mayor impacto en la relación de interés son indicadores de depresión (DASS-21 (D): 59% de influencia; PHQ-9: 42% de influencia) y estrés (DASS-21 (S): 14% de influencia, dos factores relevantes en la comprensión de la intención suicida.

La validez divergente se verificó mediante la baja correlación y porcentaje de influencia entre la BHS con los otros instrumentos analizados, orientados a medir otros constructos (DASS-21 (A), DEP-ADO, ER, AUDIT, MDQ) (Tabla 1).

Validez de constructo

Para indagar la validez de constructo se realizó un Análisis de Componentes Principales (PCA) con rotación oblique (*direct oblimin*) asumiendo

que los factores están relacionados. La prueba de Bartlett confirma una adecuada matriz de correlación para llevar a cabo el PCA ($KMO = 0,93$, $\chi^2 = 3962,4$, $p < 0,001$). El criterio de exclusión para la determinación de componentes fue eigenvalue (> 1). El PCA arrojó la presencia de cuatro factores, los cuales en conjunto explican el 49% de la varianza. El primer factor explica el 31,1%, el segundo 6,5%, el tercero 6,2% y el cuarto 5,2%. La Tabla 2 presenta los ítems agrupados para cada factor.

Discusión

Los análisis realizados han arrojado resultados que permiten suponer que la BHS sería un instrumento confiable, con adecuada validez de constructo, convergente y discriminante para detectar riesgo suicida en estudiantes universitarios. La BHS por tanto, cumple tanto con el objetivo para el cual fue creada, es decir, determinar adecuadamente rangos de desesperanza, como para detectar riesgo de suicidio en población universitaria.

La escala BHS presentó una relación positiva y estadísticamente significativa con la escala de suicidalidad de Okasha, la cual ha sido utilizada ampliamente en nuestro país para detectar riesgo

Tabla 2. La tabla indica las saturaciones factoriales de cada ítem (correlación entre el ítem y el factor)

Items	Component loadings			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Q20	0,87			
Q16	0,82			
Q9	0,74			
Q17	0,71			
Q2	0,58			
Q12	0,58			
Q14	0,51			
Q11	0,48	0,34		
Q4		0,83		
Q18		0,74		
Q15		0,51		
Q7	0,41	0,47		
Q1		0,46		
Q13	0,		0,73	
Q8			0,57	0,36
Q19			0,51	
Q6			0,44	
Q3				
Q5				0,83
Q10		0,33		0,42

Component loadings < 0,30 were omitted.

suicida en jóvenes chilenos. Este fenómeno confirma la validez convergente de la BHS y sugiere que ambas escalas son sensibles al mismo fenómeno de interés. Este efecto se mantiene incluso luego de retirar la varianza conjunta de cada índice clínico, lo que respalda el hallazgo de que la BHS es un instrumento sensible para medir el riesgo de suicidio sin la interferencia de otros factores clínicos frecuentemente asociados al riesgo suicida, como la depresión y el estrés. Los análisis también dan cuenta de la estrecha relación entre depresión y riesgo de suicidio, lo cual es consistente con la evidencia clínica expresada en la literatura. Asimismo, la baja relación evidenciada entre la BHS y las

escalas que miden trastorno afectivo bipolar, abuso de sustancias y restricción alimentaria, permiten afirmar que existe validez divergente.

El procedimiento realizado para definir la validez de constructo del instrumento da cuenta de que la BHS presenta cuatro factores en esta muestra, lo que difiere de lo expuesto en los resultados originales de Beck (1974) donde emergen tres factores principales, el Afectivo, el Motivacional y el Cognitivo. En esta investigación el factor Motivacional es el que mayormente coincide con lo reportado por Beck, mientras que los factores Afectivo y Cognitivo presentan ítems no coincidentes con el estudio original. Asimismo, emerge un cuarto factor compuesto por los ítems 8, 5 y 10. Estos dos últimos ítems no muestran peso factorial en ninguno de los tres factores propuestos por Beck en su investigación. Nuestros hallazgos son coincidentes con los cuatro factores reportados en Colombia por Rueda-Jaimes (2016)³², quienes específicamente validaron la BHS en pacientes con riesgo suicida. Sin embargo, la estructura factorial de la BHS varía en otros estudios similares. Por ejemplo, en el estudio de Mikulic et al. (2009)¹³ ha mostrado tres factores, en la investigación de González (2009)¹⁴ ha presentado cinco factores, en la de Aliaga et al. (2006)¹⁵ seis factores y en algunos estudios, como el de Aguilar et al. (1995)¹⁷, ha presentado un factor. Este fenómeno puede deberse a la adaptación cultural del instrumento y es un aspecto a considerar en futuras investigaciones.

Considerando lo anterior, una de las fortalezas de esta investigación es que ha permitido verificar que la BHS es un instrumento confiable y válido para detectar riesgo suicida en estudiantes universitarios. Contar con un instrumento breve y preciso que permita detectar eficaz y tempranamente suicidalidad es un aporte a la prevención de este fenómeno en nuestro país. Un aporte de este estudio también radica en el esclarecimiento de la estrecha relación entre depresión y suicidio, cobrando relevancia las estrategias de prevención del suicidio enfocadas en la detección y tratamiento oportuno de la depresión. De esta manera, cuestionarios como el PHQ-9, podrían ser útiles en la pesquisa

temprana de riesgo suicida, en la medida que son capaces de detectar un trastorno depresivo mayor. Finalmente, dada la escasez de instrumentos de autorreporte, validados y que detecten suicidalidad en adolescentes en Chile, los resultados del presente estudio son un aporte en el tamizaje de ideas suicidas y para el diseño de estrategias preventivas en nuestro medio.

El presente estudio también muestra limitaciones importantes: la muestra fue recogida sólo en estudiantes universitarios de primer año, ya que se consideró que eran los estudiantes más vulnerables por encontrarse en un periodo de adaptación y transición, lo que podía afectar su salud mental. Asimismo, se utilizaron sólo los casos que tenían

respuesta completa en los siete instrumentos utilizados, lo que redujo la muestra a 200 participantes. Estos aspectos hacen que los resultados obtenidos deban tomarse con precaución y no sean generalizables.

Un futuro aspecto a desarrollar radica en continuar explorando las propiedades psicométricas de la BHS y realizar una validación en una muestra mayor y representativa de jóvenes. Por otro lado, una interesante proyección de esta investigación radica en la correlación de éstos datos con la base de datos de intentos de suicidios existente en la Región de Los Ríos, gracias a la implementación del sistema de vigilancia suicida –todo bajo un estricto régimen de confidencialidad–.

Resumen

*El objetivo del presente estudio fue determinar la estructura factorial y las características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), validando su utilización en Chile como instrumento útil para la pesquisa de riesgo suicida en jóvenes universitarios. **Método:** La muestra estuvo compuesta por 200 estudiantes de primer año de la Universidad Austral de Chile, quienes respondieron voluntariamente el consentimiento informado, la BHS y los otros cuestionarios que permitieron verificar la validez concurrente y discriminante de la escala. Se realizaron análisis de consistencia interna, correlacionales y de componentes principales. **Resultados:** Los distintos procedimientos de análisis permiten sostener que la escala BHS es un instrumento confiable y válido para detectar riesgo de suicidio en población universitaria chilena. Asimismo, los análisis arrojaron un modelo de cuatro factores, el que varía de lo propuesto por los autores de la BHS, aunque es concordante con lo encontrado en otros estudios internacionales. **Conclusiones:** La presente investigación permite suponer que la BHS es un instrumento confiable y válido para detectar riesgo suicida en estudiantes universitarios chilenos. Este instrumento breve y fácil de administrar permitiría detectar eficaz y tempranamente suicidalidad, siendo un aporte a la prevención de este fenómeno en nuestro país.*

Palabras clave: Suicidio; depresión; salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el suicidio: infografía; 2015. Extraído el 17 de agosto de 2018 desde http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
2. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* 2015; 33 (2): 117-26. doi/10.4067/S0718-48082015000200006
3. Bedoya E, Montaña L. Suicidio y Trastorno Mental. *Rev CES Psicol* 2016; 9 (2): 179-201.
4. Bolton J, Pagura J, Enns M, Grant B, Sareen J.

- A. population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res* 2010; 44 (13): 817-26.
5. Keith H, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 147: 1-3, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>.
6. Cummins N, Scherer S, Krajewski J, Schnieder S, Epps J, Quatieri T. A review of depression and suicide risk assessment using speech analysis, *Speech Commun* 2015; 71: 10-49, <https://doi.org/10.1016/j.specom.2015.03.004>.
7. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9 (6): 460-6.
8. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142 (5): 559-63.
9. Beck AT, Steer RA, Brown G. Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23 (4): 11-20.
10. Beck A, Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42 (6): 861-5.
11. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *Int J Cogn Ther* 2015; 8: 114-29. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.
12. Beck A, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication Whit Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatric* 1990; 147 (2): 190-5.
13. Mikulic I, Cassullo G, Crespi M, Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones* 2009; 16: 365-73.
14. González Cifuentes C. Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia. Avances de la disciplina* 2009; 3 (2): 17-30.
15. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de Desesperanza de Beck: Adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol* 2006; 9 (1): 69-79.
16. Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989; 17: 203-9.
17. Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de psiquiatría* 1995; 11 (4): 121-5.
18. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 409-15.
19. Salvo G, Melipillán R, Castro A. Confiabilidad, validez, y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (1): 16-23.
20. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
21. Baader T, Molina JL, Rojas C, Venezian S, Farías R, Fierro C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en usuarios de atención primaria de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2012; 50 (1): 10-22.
22. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1873-5. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873>.
23. Vohringer P, Medina S, Alvear K, Espinosa C, Ruimallo P, Alexandrovich K, et al. Estudio chileno de validación de la escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev GPU* 2008; 4 (3): 339-44.
24. Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron JT, Brunelle N. Cuestionario de detección de consumo problemático de alcohol y drogas en los adolescentes (DEP-ADO): Desarrollo y cualidades psicométricas. *Drogues. Santé et société* 2004; 3: 19-37.
25. Molina J. Caracterización psicométrica de las es-

- calas DEP-ADO y AUDIT, para evaluar grado de adicción a drogas en adolescentes chilenos en conflicto con la justicia. (Tesis de Magíster). Temuco, Chile: Universidad de la Frontera; 2009.
26. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud 2001; Ginebra.
 27. Alvarado M, Garmendia M, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Med Chile* 2009; 137: 1463-8.
 28. Herman P, Polivy J. Restrained eating. En Stunkard A, ed. *Obesity*. Philadelphia: Saunders 1980; 208-25.
 29. Silva J. Consistencia interna y validez factorial de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2010; 37: 41-9.
 30. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicol* 2012; 30 (3): 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>.
 31. Tang W, Cui Y, Babenko O. Internal consistency: Do we really know what it is and how to assess it?. *Int J Psychol Behav Sci* 2014; 2 (2): 205-20.
 32. Rueda-Jaimes GE, et al. Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>.

Correspondencia:

Zayra Antúnez Sanhueza

Av. Los Laureles 095. Isla Teja, Valdivia, Chile.

Teléfono: 632221321

Email: ZayraAntunez@uach.cl