

CONDUCTAS SUICIDAS Y AUTOLESIONES EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES CHILENOS

Pablo Ignacio Méndez Bustos, Jaime Andrés Fuster Villaseca, Alejandra Andrea Tapia Silva y Jorge López Castroman

RESUMEN

El suicidio adolescente es un problema de salud pública mundial, siendo la segunda causa de muerte entre 15 y 29 años. La situación en América Latina es crítica y Chile es una de las dos naciones donde las tasas de suicidio aumentan cada año. Este estudio busca describir factores clínicos, psicológicos y sociofamiliares asociados con conductas suicidas y autolesiones, en una muestra clínica de adolescentes atendidos en el sistema de salud público de la región del Maule, Chile. Se estudió una muestra de 388 adolescentes entre 10 y 21 años, a quienes se les aplicó cinco instrumentos de medición que evaluaban impulsividad, regulación emocional, presencia de sintomatología ansiosa-depresiva, estrés, búsqueda de ayuda para problemas de salud mental, deseo de muerte, ideación suicida e información sociofamiliar. De los evalua-

dos, el 30,4% deseó estar muerto durante el último mes y el 41,0% pensó en quitarse la vida, mientras que el 33,2% declaró haber realizado un intento de suicidio, con una media de 13,6 años para el primer intento, y el 58% presentaron autolesiones no suicidas durante su vida. Por otra parte, el 39,2% presentó altos niveles de impulsividad y el 70,9% problemas para regular sus emociones. Además, adolescentes femeninas y adolescentes de entre 18-21 años evidenciaron mayor riesgo de conductas suicidas y autolesiones. Los resultados permitirán mejorar la comprensión de los factores clínicos, psicológicos y sociofamiliares involucrados en el desarrollo de conductas autolesivas en adolescentes, facilitando la planificación y elaboración de estrategias de prevención más efectivas en la reducción del riesgo suicida.

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes (Bilsen, 2018; WHO, 2019) siendo la segunda causa de muerte entre 15-29 años. Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU (CDC, 2019) en el grupo de 10 a 24 años se producen más muertes por suicidio que por accidentes de tránsito, cáncer y enfermedades cardíacas.

Aunque los hombres se suicidan más que las mujeres y las mujeres intentan suicidarse más que los hombres (Nock *et al.*, 2013; CDC 2019) la tasa de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes se ha ido equiparando en la última década (Curtin *et al.*, 2016).

Pese a los esfuerzos para prevenir el suicidio en este grupo de edad, la tasa de suicidio no ha disminuido (Clarke *et al.*, 2019). En Chile, las muertes por suicidio en adolescentes han

presentado un aumento sostenido en los últimos 15 años (55% entre 1999-2005), siendo el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos con la más alta variación porcentual (OECD, 2011). En un estudio reciente que comparó la tasa de suicidio de adolescentes, entre 10 y 19 años, de los países miembros de la OCDE, Chile presentó la cuarta mayor tasa con 5,36 muertes por cada 100 mil habitantes y por subgrupos,

las tasas más altas entre 10 y 14 años, en hombres y mujeres, con 2,23 y 1,56 muertes por cada 100 mil habitantes, respectivamente, y en el grupo de 15-19 años ocupó el tercer lugar en hombres y el cuarto en mujeres con 15,87 y 6,32 muertes por cada 100 mil habitantes, respectivamente (Roh *et al.*, 2018).

Entender el suicidio implica analizar una gran variedad de comportamientos y procesos dentro de un 'continuo' en el

PALABRAS CLAVE / Adolescentes / Autolesiones No Suicidas / Ideación Suicida / Intento De Suicidio / Trastornos Psiquiátricos /

Recibido: 01/10/2021. Modificado: 04/12/2021. Aceptado: 07/12/2021.

Pablo Ignacio Méndez Bustos. Maestría en Investigación Social y Desarrollo, Universidad de Concepción, Chile. Maestría en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud, Universidad de Granada, España. Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesor, Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-9026-6974>. e-mail: p.mendezb@gmail.com

Jaime Andrés Fuster Villaseca (Autor de correspondencia). Psicólogo, Universidad Santo Tomás, Chile. Maestría en Psicología Social, Universidad de Talca, Chile. Candidato a Doctor en Psicología, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Católica del Maule, Chile. Dirección: Avenida San Miguel 3605, Talca, Chile. Código postal: 3466076. <https://orcid.org/0000-0003-1903-7631>. e-mail: jaimefusterv@gmail.com

Alejandra Andrea Tapia Silva. Ingeniera Estadística y Maestría en Estadística, Universidad de Valparaíso, Chile. Doctora en Estadística, Universidade de São Paulo, Brasil. Profesora e investigadora, Departamento de Matemática, Física y Estadística, Facultad de Ciencias Básicas, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-0762-7618>. e-mail: alejandraandreatapiasilva@gmail.com

Jorge López Castroman. Licenciado en Medicina y

Cirugía, Universidad de Santiago de Compostela, España. Doctor en Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesor de Psiquiatría, Universidad de Montpellier, y Jefe de los Servicios de Psiquiatría de Urgencias y Psiquiatría Infantil, Hospital Universitario de Nimes, Francia. <https://orcid.org/0000-0003-0618-0690>. e-mail: jorgecastroman@gmail.com

SUICIDAL BEHAVIORS AND SELF-HARM IN A CLINICAL SAMPLE OF CHILEAN ADOLESCENTS

Pablo Ignacio Méndez Bustos, Jaime Andrés Fuster Villaseca, Alejandra Andrea Tapia Silva and Jorge López Castroman

SUMMARY

Adolescent suicide is a global public health problem, being the second leading cause of death between 15 and 29 years. The situation in Latin America is critical and Chile is one of the two nations where suicide rates increase every year. This study seeks to describe clinical, psychological, and social/family risk factors associated with suicidal behavior and self-harm, in a clinical sample of adolescents treated in the public health system of the Maule region, Chile. A sample of 388 adolescents between 10 and 21 years old was included, to whom five measurement instruments were applied that evaluated impulsivity, emotional regulation, presence of anxious-depressive symptomatology, stress, seeking help for mental health problems, desire of death, suicidal ideation, and socio-family information. Of

those evaluated, 30.4% wished they were dead during the last month and 41.0% thought about taking their own life, while 33.2% declared having made a suicide attempt, with a mean of 13.6 years to the first attempt, and 58% had non-suicidal self-harm during their lifetime. On the other hand, 39.2% presented high levels of impulsivity and 70.9% had problems regulating their emotions. In addition, female adolescents and adolescents aged 18-21 years showed a higher risk of suicidal behavior and self-injury. The results will allow to improve the understanding of the clinical, psychological, and social/family factors involved in the development of self-injurious behaviors in adolescents, facilitating the planning and elaboration of more effective prevention strategies in reducing suicide risk.

COMPORTAMENTOS SUICIDAS E LESÕES AUTOPROVOCADAS EM UMA AMOSTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES CHILENOS

Pablo Ignacio Méndez Bustos, Jaime Andrés Fuster Villaseca, Alejandra Andrea Tapia Silva e Jorge López Castroman

RESUMO

O suicídio adolescente é um problema global de saúde pública, sendo a segunda causa de morte entre adolescentes de 15 e 29 anos. A situação na América Latina é crítica, e Chile é uma das duas nações onde as taxas de suicídio aumentam a cada ano. Este estudo visa descrever fatores clínicos, psicológicos e sociofamiliares associados com comportamento suicida e lesões autoprovocadas, em uma amostra clínica de adolescentes atendidos no sistema público de saúde da região do Maule, Chile. Foi incluída uma amostra de 388 adolescentes entre 10 e 21 anos, a quem aplico-se cinco instrumentos de medição que avaliaram a impulsividade, regulação emocional, presença de sintomas ansiosos e depressivos, estresse, busca da ajuda para problemas de saúde mental, desejo de morte, ideação suicida e informações sóciofamiliares. Dos avaliados,

30,4% desejaram estar mortos no último mês e 41,0% pensaram em tirar a própria vida, enquanto 33,2% relataram ter feito uma tentativa de suicídio, com média de 13,6 anos para a primeira tentativa, e 58% tiveram lesões autoprovocadas não suicida durante a vida. Por outro lado, 39,2% apresentaram altos níveis de impulsividade e 70,9% problemas para regular suas emoções. Além disso, adolescentes femininas e adolescentes de 18 a 21 anos mostraram um risco maior de comportamentos suicida e lesões autoprovocadas. Os resultados permitirão melhorar a compreensão dos fatores clínicos, psicológicos e sociofamiliares envolvidos no desenvolvimento de comportamentos autolesivos em adolescentes, facilitando o planejamento e a elaboração de estratégias de prevenção mais eficazes na redução do risco suicida.

cual influyen diversas variables, entre las que se encuentran la personalidad, las condiciones biológicas, el estado emocional, los afectos, las relaciones interpersonales, deseos, ambiciones, historia de vida, entre otros tantos que se entremezclan y se evidencian en una respuesta, conocida como conducta suicida (Miranda y Shaffer, 2013; Martínez *et al.*, 2014).

Desde la psicología, la conducta suicida es entendida como un proceso que inicia con la aparición de sentimientos de

desesperanza, para luego continuar con una fase de ideación, en donde se visualiza el posible suicidio, adoptando a su vez una conducta más activa con manifestaciones como amenazas verbales, seguido por una fase de ambivalencia en donde el sujeto pasa de la idea a formular una opción planificada de cómo llevar a cabo el suicidio. Finaliza este proceso con la decisión en la que se ejecuta un intento suicida o el suicidio es consumado (Sveticic y Leo, 2012; De Leo *et al.*, 2021; Bodon y Ríos, 2018).

La ideación y los intentos de suicidio son más prevalentes en la adolescencia que en cualquier otra etapa de la vida (Miranda *et al.*, 2014). Los adolescentes con pensamientos suicidas tienen 12 veces más probabilidad de hacer un intento que aquellos que no presentan ideación (Nock *et al.*, 2013). Asimismo, las tasas de autolesiones no suicidas (ANS) también son altas en adolescentes (Monto *et al.*, 2018) con un inicio temprano, a los 12 años y principalmente en mujeres, y una prevalencia del 20% a los

15 años (Hawton *et al.*, 2012). Se ha encontrado una asociación entre ANS y pensamientos e intentos de suicidio (Hawton *et al.*, 2012; Hooley *et al.*, 2020).

Por otra parte, las conductas suicidas presentan patrones inestables y fluctuantes durante la adolescencia. Algunos adolescentes planifican su muerte, pero no llegan a realizar ningún intento de suicidio, mientras otros hacen un intento sin haberlo planeado. Hay quienes lo intentan una sola vez, mientras otros lo intentan repetidas

veces, y hay quienes pese a su vulnerabilidad no desarrollan nunca estas conductas (Miranda y Shaffer, 2013; Nock *et al.*, 2013). Se estima que por cada suicidio en jóvenes, se producen entre 100 y 200 intentos de suicidio (Bertolote *et al.*, 2010; Kennebeck y Bonin, 2017). Además, los pensamientos suicidas se han asociado a posteriores intentos y a su repetición (Miranda *et al.*, 2014) siendo el principal predictor de suicidio en adolescentes (Park y Jang, 2018). Se estima que un tercio de los adolescentes que reconocen pensamientos suicidas harán un intento durante el siguiente año (Nock *et al.*, 2013).

Dado que más de tres cuartas partes de los suicidios adolescentes son primeros intentos (McKean *et al.*, 2018), estudiar únicamente los adolescentes que ya han hecho un intento restringe el acceso a evidencia útil asociada al riesgo de suicidio en este grupo. El objetivo del presente estudio es describir factores clínicos, psicológicos y sociofamiliares asociados con la conducta suicida y las autolesiones no suicidas, en una muestra clínica de adolescentes atendidos en el sistema de salud público de la región del Maule, Chile. Este estudio es parte del proyecto de evaluación longitudinal Fondecyt N° 11170342 denominado “Trayectorias de ideación e intentos de suicidio en adolescentes con trastornos psiquiátricos de la región del Maule”.

Método

Diseño

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo observacional, de corte transversal.

Participantes

La muestra incluyó 388 adolescentes, 230 mujeres (59,3%) y 158 varones (40,7%), de 10 a 21 años, con una media de 15,63 años (DE= 1,98 años), quienes fueron seleccionados mediante un

muestreo no probabilístico intencionado. Los participantes fueron jóvenes ingresados entre el 01/03/2018 y 31/08/2018 a distintos programas de salud mental de atención primaria y secundaria de la Región del Maule, Chile.

Se excluyó del estudio a personas sin capacidad de leer y/o escribir, a quienes rechazaron participar en el estudio, adolescentes cuya madre y/o padre o tutor no entregaron su consentimiento, o que presentaron una enfermedad médica invalidante y/o sintomatología psicótica activa.

Instrumentos

1. *Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)*. Es una escala para evaluar la impulsividad compuesta por 30 ítems agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva (8 ítems), impulsividad motora (10 ítems) e impulsividad no planeada (12 ítems). Cada reactivo posee cuatro alternativas de respuesta en formato Likert (1: rara vez o nunca; 2: ocasionalmente; 3: a menudo; 4: siempre o casi siempre). La escala fue validada en la población adolescente chilena, presentando una consistencia interna aceptable con un α de Cronbach de 0,77 (Salvo y Castro, 2013).

2. *Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)*. Es un instrumento que mide dificultades clínicamente relevantes en la regulación emocional e incluye cinco subescalas: descontrol emocional (6 ítems), rechazo emocional (7 ítems), interferencia emocional (4 ítems), desatención emocional (5 ítems) y confusión emocional (3 ítems). Se responde en formato tipo Likert con seis alternativas de respuesta (1: totalmente en desacuerdo, 2: bastante en desacuerdo, 3: algo en desacuerdo, 4: algo de acuerdo, 5: bastante de acuerdo, 6: totalmente de acuerdo). La escala fue validada en Chile en población universitaria con una alta consistencia interna, α de Cronbach de 0,92 (Guzmán-González *et al.*, 2014).

3. *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)*. Es una escala compuesta por 21 ítems, que miden la presencia de sintomatología depresiva (7 ítems), sintomatología ansiosa (7 ítems) y estrés (7 ítems). Cada afirmación posee cuatro alternativas de respuesta en formato Likert que describen como se sintió la persona evaluada, durante la última semana (0: nada; 1: poco; 2: bastante; 3: mucho). Esta escala fue validada en población chilena presentando una alta consistencia interna con un α de Cronbach de 0,91 (Antúnez y Vinet, 2012).

4. *Cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes (GHSQ-V)*: Este cuestionario consta de 11 ítems que describen barreras percibidas para la búsqueda de ayuda profesional. Cada ítem es evaluado en una escala Likert de seis puntos (1: altamente en desacuerdo a 6: altamente de acuerdo). Un mayor puntaje indica percepción de más barreras para la búsqueda de ayuda. Validado en Chile en población adolescente, mostró una moderada consistencia interna con un α de Cronbach de 0,76 (Olivari y Guzmán-González, 2017).

5. *Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS Chile/Spanish 5.1)*: Este instrumento fue diseñado con la finalidad de recabar información acerca de ideación y comportamiento suicida, y autolesiones no suicidas. Permite cuantificar la gravedad de la ideación y el comportamiento suicida durante períodos de tiempo específicos. Este instrumento consta de un formato mixto, con preguntas de respuestas abiertas, cerradas y tipo Likert. Ha presentado aceptables índices predictivos para futuros intentos suicidas en población clínica y adolescentes (Posner *et al.*, 2011; Gipson *et al.*, 2014).

Procedimiento

Se llevó a cabo la difusión del estudio en los equipos de

salud mental de los hospitales, Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Centros de la Salud Familiar (CESFAM) de la región del Maule, Chile. Posteriormente se realizó un catastro de los pacientes que habían acudido a las unidades de Salud Mental, en los últimos seis meses. Luego de finalizado el catastro, un miembro del equipo de investigación contactó a los pacientes para invitarlos a participar, informándoles de forma verbal y escrita sobre los aspectos esenciales de la investigación, su finalidad, beneficios e implicancias clínicas. Posteriormente, se les solicitó su asentimiento informado, junto al consentimiento informado que debió firmar la madre, el padre y/o tutor responsable de los menores de 18 años. Los pacientes seleccionados fueron evaluados con los instrumentos antes descritos. También se analizaron las fichas médicas para la obtención de datos sobre su historial clínico (diagnósticos psiquiátricos y médicos, hospitalizaciones, tratamientos entre otros) y se recabó información sociofamiliar como sexo, edad, composición familiar, orientación sexual y creencia religiosa.

La aplicación de los instrumentos fue realizada por profesionales (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, entre otros) pertenecientes a los distintos centros de salud que participaron del estudio.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS, versión 25. Se realizaron análisis descriptivos mediante distribución de frecuencias y medidas de resumen.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación del cual deriva esta publicación fue aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad Católica del Maule, quedando registro en el acta N° 84/2017. Asimismo, de

acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 20 120 que regula la investigación biomédica en Chile, los participantes completaron el asentimiento y consentimiento informado como prueba de la voluntariedad y conocimiento de las implicancias de su participación.

Resultados

Las frecuencias y porcentajes contabilizados para las variables sociofamiliares analizadas, los factores psicológicos evaluados y las variables clínicas consideradas, se muestran agrupadas según el sexo (Tabla I) o rango etario (Tabla II) de los participantes, respectivamente.

De las variables sociofamiliares analizadas, el 44,1% de los adolescentes señaló provenir de una familia monoparental, mientras que el 7,2% vive sin sus padres. Por otra parte, el 82,5% menciona ser heterosexual y el 51,8% se identifica como católico.

Respecto de los factores psicológicos, el 39,2% presenta altos niveles de impulsividad y el 70,9% evidencia problemas para regular sus emociones. Además, el 16,5% de los adolescentes evaluados manifiesta no buscar ayuda ante la presencia de algún problema relacionado con su salud mental.

En cuanto a las variables clínicas, se observó que el 92,0% ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos (31,2%), de ansiedad (16%), del desarrollo neurológico (15,2%), destructivos del control de los impulsos y de la conducta (6,4%), y los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (4,9%). Asimismo, el 82% de los evaluados presentaron comorbilidad psiquiátrica (dos o más diagnósticos) y un 13,1% señala no haber recibido ningún tipo de tratamiento, sólo controles.

Respecto de las autolesiones y el comportamiento suicida, del total de evaluados el 58,0% reporta haberse autoinfligido lesiones no letales. El 30,4% ha presentado ideación suicida

	Femenino (n= 230)		Masculino (n= 158)	
	f	%	f	%
Sociofamiliar				
Con quién vive				
Madre y padre	110	47,8	79	50,0
Solo uno de ellos	99	43,1	72	45,6
Ninguno	21	9,1	7	4,4
Orientación sexual				
Heterosexual	179	77,8	140	88,6
LGTBIQ+	51	22,2	18	11,4
Creencia religiosa				
Religioso católico	125	54,3	76	48,1
Religioso no católico	78	33,9	50	31,6
No religioso	27	11,7	32	20,3
Psicológicas				
Impulsividad	92	40,0	60	38,0
Déficit en la regulación de las emociones	169	73,5	106	67,1
No busca ayuda ante problemas de salud mental	47	20,4	17	10,8
Clínicas				
Categorías diagnósticas DSM-V				
Trastornos del desarrollo neurológico	12	5,2	48	30,4
Trastornos depresivos	92	40,0	27	17,1
Trastornos de ansiedad	43	18,7	18	11,4
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	16	7,0	4	2,5
Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	4	1,7	21	13,3
Otros trastornos	46	20,0	25	15,8
Sin trastornos diagnosticados	17	7,4	15	9,5
Comorbilidad				
Sin tratamiento previo (farmacológico y/o psicoterapéutico)	28	12,2	23	14,6
Presencia de sintomatología depresiva	148	64,3	77	48,7
Presencia de sintomatología ansiosa	174	75,7	95	60,1
Presencia de estrés	187	81,3	105	66,5
Autolesiones				
Deseo de muerte				
No	29	12,6	63	39,9
Alguna vez en la vida	114	49,6	64	40,5
En el último mes	87	37,8	19,6	30,4
Ideación suicida				
No	64	27,8	92	58,2
Alguna vez en la vida	112	48,7	47	29,7
En el último mes	54	23,5	19	12,0
Intentos de suicidio				
No	132	57,4	126	79,7
Un intento	47	20,4	12	7,6
Dos o más	51	22,2	20	12,7
Antecedentes de abuso o maltrato				
Bullying	108	47,0	74	46,8
Abuso/acoso sexual	44	19,1	13	8,2
Maltrato psicológico	49	21,3	20	12,7
Violencia intrafamiliar	80	34,8	50	31,6

pasiva (deseo de muerte) durante el último mes, mientras que el 45,9% ha pensado en quitarse la vida alguna vez.

Asimismo, el 18,8% reportó ideación suicida activa durante el último mes y el 41,0% alguna vez en su vida. En cuanto a

los intentos de suicidio, el 33,2% presenta historia de intentos previos, de los cuales el 55,0% ha realizado dos o más

TABLA II
VARIABLES SOCIOFAMILIARES, PSICOLÓGICAS Y CLÍNICAS SEGÚN RANGO ETARIO

	10-13 años (n= 51)		14-17 años (n= 274)		18-21 años (n= 63)	
	f	%	f	%	f	%
Sociofamiliar						
Con quién vive						
Madre y padre	21	41,2	141	51,5	27	42,9
Solo uno de ellos	26	51,0	116	42,3	29	46,0
Ninguno	4	7,8	17	6,2	7	11,1
Orientación sexual						
Heterosexual	40	78,4	228	83,2	51	81,0
LGTBIQ+	11	21,6	46	16,8	12	19,0
Creencia religiosa						
Religioso católico	32	62,7	133	48,5	36	57,1
Religioso no católico	12	23,5	98	35,8	18	28,6
No religioso	7	13,7	43	15,7	9	14,3
Psicológicas						
Impulsividad	19	37,3	101	36,9	32	50,8
Déficit en la regulación de las emociones	25	49,0	197	71,9	53	84,1
No busca ayuda ante problemas de salud mental	8	15,7	41	15,0	15	23,8
Clínicas						
Categorías diagnósticas DSM-V						
Trastornos del desarrollo neurológico	16	31,4	41	15,0	3	4,8
Trastornos depresivos	9	17,6	87	31,8	23	36,5
Trastornos de ansiedad	3	5,9	41	15,0	17	27,0
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	2	3,9	15	5,5	3	4,8
Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	4	7,8	17	6,2	4	6,3
Otros trastornos	11	21,6	49	17,9	11	17,5
Sin trastornos diagnosticados	6	11,8	24	8,8	2	3,2
Comorbilidad	7	13,7	47	17,2	15	23,8
Sin tratamiento previo (farmacológico y/o psicoterapéutico)	7	13,7	37	13,5	7	11,1
Presencia de sintomatología depresiva	23	45,1	158	57,7	44	69,8
Presencia de sintomatología ansiosa	30	58,8	187	68,2	52	82,5
Presencia de estrés	31	60,8	206	75,2	55	87,3
Autolesiones	16	31,4	168	61,3	41	65,1
Deseo de muerte						
No	24	47,1	64	23,4	4	6,3
Alguna vez en la vida	19	37,3	124	45,3	35	55,6
En el último mes	8	15,7	86	31,4	24	38,1
Ideación suicida						
No	35	68,6	106	38,7	15	23,8
Alguna vez en la vida	9	17,6	121	44,2	29	46,0
En el último mes	7	13,7	47	17,2	19	30,2
Intentos de suicidio						
No	43	84,3	184	67,2	31	49,2
Un intento	5	9,8	35	12,8	19	30,2
Dos o más	3	5,9	55	20,1	13	20,6
Antecedentes de abuso o maltrato	29	56,9	177	64,6	46	73,0
Bullying	20	39,2	132	48,2	30	47,6
Abuso/acoso sexual	5	9,8	36	13,1	16	25,4
Maltrato psicológico	6	11,8	41	15,0	22	34,9
Violencia intrafamiliar	15	29,4	91	33,2	24	38,1

intentos (repetidores). La media de edad para el primer intento fue de 13,6 años (DE= 2,3 años).

Al comparar las variables clínicas según sexo, se observó que las mujeres adolescentes mostraron mayor presencia de

sintomatología depresiva (64,3%), sintomatología ansiosa (75,5%) y estrés (81,3%) que los hombres. Así también,

presentaron mayor riesgo de autolesiones (62,2%), deseo de muerte (37,8%) y pensamientos suicidas (23,5%).

Al comparar por edades, los grupos de 14 a 17 años y 18 a 21 años mostraron mayor presencia de sintomatología depresiva (57,7 y 69,8%), sintomatología ansiosa (68,2 y 82,5%) y estrés (75,2 y 87,3%). Además, presentaron mayor riesgo de autolesiones (61,3 y 65,1%), deseo de muerte (31,4 y 38,1) y pensamientos suicidas activos (17,2 y 30,2%).

Finalmente, del total de encuestados el 64,9% reporta haber sido víctima de algún tipo de abuso o maltrato, siendo los más recurrentes bullying (46,9%), violencia intrafamiliar (33,5%), maltrato psicológico (17,8%) y abuso o acoso sexual (14,7%).

Discusión

Los resultados obtenidos respaldan la evidencia de una mayor prevalencia de intentos de suicidios en mujeres que en hombres (Nock *et al.*, 2013; CDC, 2019) correspondiendo al 42,6% y 20,3% respectivamente. Además, el 76,2% de los adolescentes con historial de intentos de suicidio reportaron lesiones autoinfligidas no suicidas. Esta relación podría apoyar el aumento del riesgo de intentos de suicidio en este grupo (Hawton *et al.*, 2012; Hooley *et al.*, 2020).

Aunque los adolescentes se encontraban recibiendo atención clínica, presentaron altos niveles de sintomatología ansiosa-depresiva y estrés. De los tres grupos de edades analizados, los adolescentes de 14 a 17 años y 18 a 21 años mostraron un mayor riesgo clínico asociado a elevados niveles de impulsividad, déficit en la regulación de las emociones, y mayor presencia de deseo de muerte e ideación suicida durante el último mes, en comparación con el grupo de 10 a 13 años. Este hallazgo es relevante considerando la evidencia que apoya la relación de trastornos depresivos y ansiosos con la presencia de pensamientos suicidas (Toro-Tobar *et al.*, 2016; Cheref *et al.*, 2019; Herres *et al.*, 2019). Además, los altos niveles de impulsividad identificados, las alteraciones del

sueño y el déficit en la regulación emocional pueden incrementar el riesgo de suicidio consumado (Malik *et al.*, 2014; Shain, 2016; NiranjanaDevi y Muralitharan, 2017; Stanley *et al.*, 2017; Brausch y Woods, 2019).

Si bien la evidencia nacional asociada a la salud mental adolescente es escasa, un estudio epidemiológico realizado en cuatro regiones del país encontró que sólo un 33,3% de los sujetos que presentaron un trastorno mental habían buscado algún tipo de ayuda (formal o informal) el último año, con una brecha asistencial de un 66,6% de niños, niñas o adolescentes con un trastorno mental que no recibieron atención de ningún tipo. Esta brecha aumenta a un 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal (Vicente *et al.*, 2012).

Aunque los hallazgos encontrados contribuyen a mejorar la comprensión del suicidio adolescente, el tamaño y las características de la muestra estudiada limita la generalización de los resultados. Asimismo, el carácter descriptivo de los análisis realizados no permite establecer relaciones entre las distintas variables estudiadas y la conducta suicida.

La implementación de programas de prevención e intervención en salud mental que sean efectivos y de fácil acceso para esta población resulta fundamental, considerando que el 45,4% de los evaluados reportaron que frente a dificultades relacionadas con su salud mental prefieren buscar ayuda en fuentes no formales y un 16,5% refiere no solicitar ayuda.

Las conductas suicidas y las autolesiones son un problema de salud pública en los adolescentes de todo el mundo. Debido a la multiplicidad de factores involucrados, su estudio es complejo. Aunque hay consenso respecto a la importancia de desarrollar intervenciones más efectivas para reducir su riesgo, todavía hay muchas limitaciones y desafíos para su manejo y prevención temprana y oportuna. Diversos

reportes dan cuenta de que, pese al esfuerzo por prevenir el suicidio a nivel nacional y mundial, no se ha logrado reducir las tasas de suicidio adolescente (OECD, 2011; Clarke *et al.*, 2019).

Aunque los resultados descritos son preliminares, pueden ser utilizados como referencia para la elaboración de modelos más complejos que contribuyan a la comprensión de la conducta suicida adolescente. Además, la utilización de una muestra clínica de adolescentes permitirá incorporar información necesaria para el diseño e implementación de programas de intervención especializados, que focalicen su atención en los subgrupos clínicos de mayor riesgo de suicidio.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el financiamiento otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT N°11170342) del Gobierno de Chile.

REFERENCIAS

- Antúnez Z, Vinet, E (2012) Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terap. Psicol.* 30(3): 49-55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012003000005>
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, De Silva D, Schlebusch L, Nguyen VT, Sisask M, Bolhari J, Wasserman, D (2010) Repetition of suicide attempts. *Crisis* 31(4): 194-201. <https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000052>
- Bilsen J (2018) Suicide and youth: Risk factors. *Front. Psychiat.* 9: 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Bodon MC, Ríos A (2018) Estudio sobre nivel de conocimiento de los factores de riesgo suicida, correlación con trastornos mentales en una muestra de psicólogos clínicos. *X Congr. Int. de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* 6: 38-42. <https://www.academica.org/000-122/8.pdf>
- Brausch AM, Woods SE (2019) Emotion regulation deficits and

nonsuicidal self-injury prospectively predict suicide ideation in adolescents. *Suic. Life-Threaten. Behav.* 49: 868-880. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>

CDC (2019) *Suicide Prevention*. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, EEUU. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/index.html>

Cheref S, Talavera D, Walker RL (2019) Perceived discrimination and suicide ideation: Moderating roles of anxiety symptoms and ethnic identity among Asian American, African American, and Hispanic emerging adults. *Suic. Life-Threaten. Behav.* 49: 665-677. <https://doi.org/10.1111/sltb.12467>

Clarke S, Allerhand, LA, Berk MS (2019) Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research* 8: 1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>

Curtin S, Warner M, Hedegaard H (2016) *Increase in Suicide in the United States, 1999-2014*. NCHS Data Brief No. 241. Centers for Disease Control and Prevention Hyattsville, MD, EEUU. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>

De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, Hawton K, Phillips MR, Vijayakumar L, Andriessen K, Chavez-Hernandez AM, Heisel M, Kolves K. (2021) International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open* 11(2): 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>

Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA (2014) Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr. Emerg. Care* 31: 88-94. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000225>

Guzmán-González M, Trabucco C, Urzúa A, Garrido L, Leiva J (2014) Validez y confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terap. Psicol.* 32: 19-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014001000002>

Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC (2012) Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*

- 379(9834): 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Herres J, Shearer A, Kodish T, Kim B, Wang SB, Diamond GS (2019) Differences in suicide risk severity among suicidal youth with anxiety disorders. *Crisis* 40: 333-339. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000571>
- Hooley JM, Fox KR, Boccagno C (2020) Nonsuicidal self-injury: Diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiat. Dis. Treat.* 16: 101-112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
- Kennebeck S, Bonin L (2017) Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. *UptoDate (online database)* 21(1). <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors?topicRef=4867>
- Malik S, Kanwa A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, Murad MH (2014) The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Systemat. Rev.* 3: 18. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-18>
- McKean AJS, Pabbati CP, Geske JR, Bostwick JM (2018) Rethinking lethality in youth suicide attempts: first suicide attempt outcomes in youth ages 10 to 24. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 57: 786-791. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.021>
- Miranda R, De Jaegere E, Restifo K, Shaffer D (2014) Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depress. Anx.* 31: 19-26. <https://doi.org/10.1002/da.22194>
- Miranda R, Shaffer D (2013) Understanding the suicidal moment in adolescence. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1304: 14-21. <https://doi.org/10.1111/nyas.12291>
- Monto MA, McRee N, Deryck FS (2018) Nonsuicidal self-injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *Am. J. Publ. Health* 108: 1042-1048. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304470>
- NiranjanaDevi A, Muralitharan R (2017) Study of impulsivity and suicide intent in attempted suicide patients. *J. Evol. Med. Dent. Sci.* 6(90): 6333-6339. <https://doi.org/10.14260/jemds/2017/1378>
- Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2013) Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents. *JAMA Psychiat.* 70: 300. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- OECD (2011) *Health at a Glance 2011*. Organization for Economic Cooperation and Development. París, Francia. https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- Olivari C, Guzmán-González M (2017) Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Rev. Chil. Pediat.* 88: 324-331. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300003>
- Park S, Jang H (2018) Correlations between suicide rates and the prevalence of suicide risk factors among Korean adolescents. *Psychiat. Res.* 261: 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.055>
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ (2011) The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am. J. Psychiat.* 168: 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10.111704>
- Roh BR, Jung EH, Hong HJ (2018) A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiat. Invest.* 15: 376-383. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>
- Salvo L, Castro A (2013) Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat.* 51: 245-254. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Shain B (2016) Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 138(1): e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Stanley IH, Hom MA, Luby JL, Joshi PT, Wagner KD, Emslie GJ, Walkup JT, Axelson DA, Joiner TE (2017) Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *J. Psychiat. Res.* 95: 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.027>
- Sveticic J, De Leo, D (2012) The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illn.* 4: 73-78. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>
- Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC (2016) Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan* 16: 473-486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R (2012) Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Ver. Méd. Chile* 140: 447-457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- WHO (2019) *Suicide*. World Health Organization. Ginebra, Suiza. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>