

# Caracterización clínica, psicológica y sociofamiliar de la conducta suicida en adolescentes chilenos: análisis de correspondencias múltiples

Pablo Méndez-Bustos<sup>a</sup>, Jaime Fuster-Villaseca<sup>b\*</sup>, Alejandra Tapia<sup>c</sup>, Jorge Lopez-Castroman<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>b</sup> Programa Doctorado en Psicología, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Estadística, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>d</sup> Department of Psychiatry, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nîmes, Nîmes, France

**\* Autor de correspondencia**

jaimefusterv@gmail.com

**Citación**

Méndez-Bustos P, Fuster-Villaseca J, Tapia A, Lopez-Castroman J. Caracterización clínica, psicológica y sociofamiliar de la conducta suicida en adolescentes chilenos: análisis de correspondencias múltiples. *Medwave* 2022;22(06):002567

**DOI**

10.5867/  
medwave.2022.06.002567

**Fecha de envío**

Jan 24, 2022

**Fecha de aceptación**

Jun 17, 2022

**Fecha de publicación**

Jul 22, 2022

**Palabras clave**

Adolescents, Suicide attempted, Suicidal Ideation, Psychiatric Disorder

**Correspondencia a**

Avenida San Miguel 3605,  
Talca, Chile

## Resumen

### Introducción

El suicidio es la segunda causa de muerte prematura en personas entre 15 y 29 años, y la tercera en jóvenes entre 15 y 19 años. La adolescencia es un periodo crítico, dado que existe mayor vulnerabilidad para conductas suicidas. La situación en América Latina es crítica, siendo Chile uno de los dos países donde las tasas de suicidio de niños y adolescentes aumentan año tras año. En este estudio se analizan factores de riesgo clínicos, psicológicos y sociofamiliares asociados con la conducta suicida, en una muestra clínica de adolescentes atendidos en el sistema de salud público de la región del Maule.

### Métodos

El diseño del presente estudio es transversal. En él se utilizó una muestra de 388 adolescentes de 10 a 21 años ingresados al sistema de salud de la Región del Maule. Durante la recogida de información se aplicaron cinco instrumentos de medición (escalas de impulsividad de Barrat, de dificultades de regulación emocional, de depresión, ansiedad y estrés, cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes y escala de clasificación de gravedad del suicidio de Columbia). Además se recabó información sociofamiliar y antecedentes relevantes desde las fichas clínicas.

### Resultados

El análisis realizado permitió identificar características distintivas de la conducta suicida adolescente, mediante la descripción de factores clínicos, psicológicos y sociofamiliares evaluados.

### Conclusión

Los adolescentes con historial de intentos de suicidio se caracterizan por presentar ideación suicida, sintomatología ansiosa-depresiva, estrés, insomnio e impulsividad. Asimismo, reportan no tener creencias religiosas, pertenecer a minorías sexuales y haber sido víctima de acoso y/o abuso sexual.

## IDEAS CLAVE

- ◆ El suicidio es una de las principales causas de muerte en la adolescencia.
- ◆ La efectividad de la prevención del suicidio adolescente debe estar basada en la reducción de factores de riesgo clínicos y psicológicos.
- ◆ Una de las principales limitaciones del estudio corresponde al tamaño y característica de la muestra utilizada, ya que dificulta la generalización de los resultados.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que se extiende entre la infancia y la edad adulta. Incorpora elementos de crecimiento biológico y transición a roles sociales, que han mostrado cambios significativos a finales del siglo pasado [1]. La pubertad más temprana y el retraso en la edad de finalización de la educación, el matrimonio y la paternidad ha llevado a extender el período de la adolescencia a un rango de edad de 10 a 24 años [2].

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes [3]. En el grupo de 10 a 24 años se producen más muertes por suicidio que por accidentes de tráfico, cáncer y enfermedades cardíacas [4]. Al igual que en los adultos, existe una paradoja del género en este grupo etario, los hombres se suicidan más que las mujeres y las mujeres intentan suicidarse más que los hombres [4,5]. Sin embargo, la tasa de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes se ha ido equiparando en la última década [6].

Pese a los esfuerzos para prevenir el suicidio en este grupo de etario, la tasa de suicidio no ha disminuido [7]. En Chile, entre los años 1999 y 2005 las muertes por suicidio adolescente aumentaron en un 55%, siendo el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con la más alta variación porcentual [8]. Una investigación reciente comparó la tasa de suicidio de adolescentes de 10 y 19 años, entre 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. En tanto, para el grupo de 15 a 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 [9].

Para comprender el suicidio es necesario analizar diferentes comportamientos interrelacionados que se constituyen en un “continuo” en el cual intervienen factores de tipo biológico, social, psicológico, clínico, entre otros tantos. Todos ellos se entremezclan y se manifiestan en una respuesta, denominada como conducta suicida [10,11].

La conducta suicida es entendida por la psicología como un proceso que comienza con el “deseo de muerte”, etapa en la

cual aparecen pensamientos que contradicen la propia existencia y que enfatizan la disconformidad con la vida cotidiana, cuestionando el hecho de seguir viviendo. Posteriormente, se presenta la “ideación suicida”, fase en donde surgen ideas de terminar con la vida. Se puede presentar con o sin planeación, aunque su presencia da indicios de un cuadro clínico más grave. Este proceso culmina con la decisión, en la que se lleva a cabo un “intento de suicidio”, aumentando drásticamente la probabilidad de que el individuo se quite la vida [12–14].

La ideación y los intentos de suicidio presentan su prevalencia más alta durante la adolescencia [15]. A su vez, la probabilidad de realizar un intento de suicidio en adolescentes aumenta 12 veces cuando presentan pensamientos suicidas [5]. Asimismo, las tasas de lesiones autoinfligidas también son altas en adolescentes con un inicio temprano a los 12 años, principalmente en mujeres, con una prevalencia que alcanza el 20% a los 15 años [16]. Existe evidencia de asociaciones significativas entre autolesiones, pensamientos e intentos de suicidio [16,17].

Por otra parte, las conductas suicidas presentan patrones inestables y fluctuantes en la adolescencia. Algunos adolescentes elaboran un plan para quitarse la vida, pero no llegan a realizar ningún intento de suicidio, mientras otros hacen el intento sin haberlo planeado. Hay quienes ejecutan un único intento, mientras otros presentan intentos reiterados. También hay quienes pese a su vulnerabilidad, nunca llegan a desarrollar estas conductas [5,10]. Se estima que por cada suicidio consumado en jóvenes, se producen entre 100 y 200 intentos [18]. Además, los pensamientos suicidas se han asociado a posteriores intentos y a su repetición [15], siendo uno de los principales predictores de suicidio en adolescentes [19]. Se estima que cerca de un tercio de los adolescentes que presentan pensamientos suicidas realizarán un intento durante los siguientes 12 meses [5].

Dado que más de tres cuartas partes de los suicidios adolescentes son primeros intentos [20], considerar como objetos de estudio únicamente a los adolescentes que ya han hecho un intento restringe el acceso a evidencia útil relacionada con el riesgo de suicidio en este grupo de edad. El objetivo del presente estudio es caracterizar los factores de riesgo clínicos, psicológicos y sociofamiliares asociados con la conducta suicida, en una muestra clínica de adolescentes atendidos en el sistema de salud público de la región del Maule.

## MÉTODOS

### DISEÑO

Para la presente investigación se realizó un estudio observacional, de temporalidad transversal.

### PARTICIPANTES

La muestra incluyó adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años, que fueron ingresados entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2018 a distintos programas de salud mental de atención primaria y secundaria de la Región del Maule, Chile. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado [21]. Se excluyó del estudio a jóvenes sin capacidad de leer y/o escribir, quienes rechazaron participar del estudio o cuya madre y/o padre o tutor legal no entregaron su consentimiento, además de adolescentes que presentaron sintomatología psicótica activa.

Cabe señalar que los datos analizados son parte del proyecto Fondecyt N° 11170342 denominado “Trayectorias de ideación e intentos de suicidio en adolescentes con trastornos psiquiátricos de la región del Maule”.

### INSTRUMENTOS

Escala de Impulsividad de Barrat (*BIS-11*): es una escala para evaluar la impulsividad compuesta por 30 ítems agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva (ocho 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). Escala validada en población adolescente chilena presentando una consistencia interna aceptable con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,77 [22].

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 (seis ítems), rechazo emocional (siete ítems), interferencia emocional (cuatro ítems), desatención emocional (cinco ítems) y confusión emocional (tres 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). Escala validada en Chile en población universitaria con una alta consistencia interna,  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 [23].

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (*DASS-21*): es una escala compuesta por 21 ítems, que miden la presencia de sintomatología depresiva (siete ítems), sintomatología ansiosa (siete ítems) y estrés (siete ítems). Cada afirmación posee cuatro alternativas de respuesta en formato Likert que describen cómo 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  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 [24].

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  $\alpha$  de Cronbach de 0,76 [25].

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 [26,27].

Además de los instrumentos ya descritos, se empleó un cuestionario sociodemográfico para acceder a algunas variables tales como sexo, orientación sexual, creencias religiosas, características de la estructura familiar y antecedentes de la historia clínica como intentos previos, hospitalizaciones y tratamientos recibidos. Finalmente se revisaron las fichas clínicas de los participantes para recopilar información acerca de acoso escolar, violencia intrafamiliar, entre otras.

### PROCEDIMIENTO

La difusión del estudio se llevó a cabo entre los equipos de salud mental de los hospitales, centros comunitarios de salud mental (*COSAM*) y centros de 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 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 estadísticos de resumen. Además, como análisis estadístico multivariante se utilizó el análisis de correspondencias múltiples, el cual permitió estudiar un gran número de variables de naturaleza cualitativa [28]. Pese a que el análisis de correspondencias múltiples se considera una técnica exploratoria y descriptiva, facilitó la distinción de posibles asociaciones entre variables categóricas, sin necesidad de asumir ningún supuesto estadístico [29,30]. El análisis de correspondencias múltiples procesa los datos recopilados sin establecer relaciones a priori entre las variables evaluadas, representando visualmente las posibles asociaciones entre las categorías de las variables [31]. Como resultado, el análisis de correspondencias múltiples entrega una representación visual de las categorías de las variables consideradas en un espacio bidimensional, para lo cual utiliza una transformación de la distancia euclídea, denominada distancia Chi-cuadrado [28].

### ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad Católica del Maule. 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

La muestra estuvo compuesta por 388 participantes, 230 mujeres (59,3%) y 158 varones (40,7%), de 10 a 21 años, con una media de edad de 15,63 años (desviación estándar: 1,98).

De las variables sociofamiliares evaluadas, el 44,1% de los adolescentes señaló provenir de una familia monoparental, mientras que el 7,2% vivían sin sus padres. Por otra parte, el 82,5% se identifica como heterosexual y el 84,8% reportó tener alguna creencia religiosa (Tabla 1).

Respecto de los factores psicológicos evaluados, el 39,2% (152) presentó altos niveles de impulsividad, y el 70,9% (275) problemas para regular sus emociones. Por su parte, el 16,5% (64) 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 analizadas (Tabla 2), se observó que el 92,0% ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico, siendo los más prevalentes los trastornos del tipo depresivos (31,2%) y de ansiedad (16%). Por su parte, el 82% de los adolescentes presentó más de un diagnóstico de

Tabla 1. Descripción de variables sociofamiliares.

Variables	Frecuencia (n = 388)	Porcentaje (%)
<b>Edad (años)</b>	(M: 15,6)	(DE: 1,98)
10 a 13	51	13,1
14 a 17	274	70,6
18 a 21	63	16,2
<b>Género</b>		
Femenino	230	59,3
Masculino	158	40,7
<b>Vive con padres</b>		
Ambos padres	189	48,7
Solo la madre	152	39,2
Solo el padre	19	4,9
Ninguno	28	7,2
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	320	82,5
LGTBIQ+	68	17,5
<b>Creencia religiosa</b>		
Religioso	329	84,8
No religioso	59	15,2

M: media; DE: desviación estándar.

LGTBIQ+: lesbianas, gays, trans, bi e intersexual, *queer* y otras disidencias.

Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

salud mental (comorbilidad) y un 13,1% señaló no haber recibido ningún tipo de tratamiento.

Respecto de las autolesiones y el comportamiento suicida, el 58,0% reportó haberse autoinfligido lesiones no letales. Además, el 30,4% presentó ideación suicida pasiva (deseo de muerte) durante el último mes, mientras que el 45,9% alguna vez en su vida. 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% presentaron antecedentes de intentos previos, de los cuales el 55,0% había realizado dos o más intentos. La media de edad para el primer intento fue de 13,6 años (desviación estándar: 2,3).

Finalmente, del total de encuestados el 64,9% reportó 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%).

### ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES

En el presente estudio se utilizó el análisis de correspondencias múltiples con variables sociofamiliares, psicológicas y clínicas, las cuales fueron exploradas junto a las categorías de la variable del historial de intentos suicidas. Si bien, para dar respuesta al objetivo de esta investigación se requería la realización de tres análisis de correspondencias múltiples (tres tipologías de variables estudiadas), debido al gran número de variables clínicas evaluadas y dada la naturaleza visual de la interpretación de esta técnica estadística, los investigadores decidieron segmentar las variables clínicas en dos grupos (historial clínico y situación

Tabla 2. Descripción de variables y antecedentes clínicos.

Variables	Frecuencia (n = 388)	Porcentaje (%)
<b>Categoría diagnóstica DSM-V</b>		
Trastornos del desarrollo neurológico	59	15,2
Trastornos depresivos	121	31,2
Trastornos de ansiedad	62	16,0
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	19	4,9
Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	25	6,4
Otros trastornos	71	18,3
Sin trastornos diagnosticados	31	8,0
<b>Comorbilidad</b>		
Sí	318	82,0
No	70	18,0
<b>Bullying</b>		
Sí	182	46,9
No	206	53,1
<b>Abuso/acoso sexual</b>		
Sí	57	14,7
No	331	85,3
<b>Abuso/maltrato psicológico</b>		
Sí	69	17,8
No	319	82,2
<b>Violencia Intrafamiliar</b>		
Sí	130	33,5
No	258	66,5
<b>Impulsividad</b>		
Sí	152	39,2
No	236	60,8
<b>Autolesiones</b>		
Sí	225	58,0
No	163	42,0
<b>Deseo de muerte</b>		
No	91	23,5
Alguna vez en la vida	179	46,1
En el último mes	118	30,4
<b>Ideación suicida</b>		
No	155	39,9
Alguna vez en la vida	160	41,2
En el último mes	73	18,8
<b>Intento de suicidio</b>		
Sin intentos	259	66,8
Un intento	58	14,9
Dos o más intentos	71	18,3

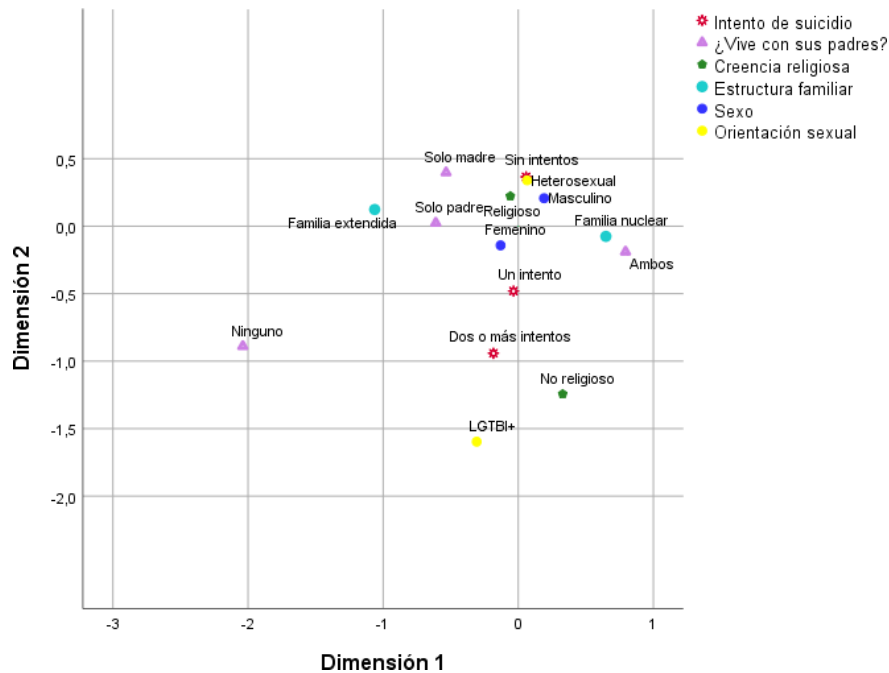
DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas; V edición.; Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

clínica actual). Por ello, se ejecutó un total de cuatro análisis de correspondencias múltiples.

El primer análisis de correspondencias múltiples se realizó considerando las variables sociofamiliares y los antecedentes de intentos de suicidio. En este análisis se observó que la categoría que representa a la ausencia de intentos suicidas posee mayor nivel de correspondencia y por tanto, es característica de los

adolescentes que reportaron ser heterosexuales, de sexo masculino y que poseen alguna creencia religiosa. Asimismo, se observa que las categorías lesbianas, gais, trans, bi, intersexual, *queer* y otras disidencias (LGTBIQ+) y no religioso, alcanzan mayor proximidad con la categoría que representa a los adolescentes que tienen como antecedentes dos o más intentos suicidas. Por su parte, la categoría sexo femenino se destaca como la

Figura 1. Análisis de correspondencias múltiples (variables sociofamiliares e intento de suicidio).



Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

característica más próxima a los adolescentes que registran como antecedente clínico un único intento suicida (Figura 1).

En el segundo análisis de correspondencias múltiples fueron exploradas las variables psicológicas e intento de suicidio. En la gráfica resultante del análisis se puede observar que las categorías que representan a los adolescentes sin impulsividad y que buscan ayuda ante la presencia de problemas de salud mental (fuentes formales e informales) tienen mayor correspondencia con la categoría sin intentos suicidas. Por su parte, la categoría dos o más intentos suicidas alcanza mayor proximidad con la categoría que da cuenta de altos niveles de impulsividad. En cuanto a la categoría que alude al antecedente de un intento suicida, no presenta asociación con las demás categorías analizadas. Por otra parte, las categorías de la variable regulación emocional no presentaron correspondencia clara con alguna de las tres categorías del historial de intento suicida (Figura 2).

En el tercer análisis de correspondencias múltiples realizado fueron incluidas las variables correspondientes al historial clínico de los participantes y la variable intento de suicidio. Al observar la posición de la categoría sin intentos suicidas, es posible distinguir su proximidad con las categorías que caracterizan a los adolescentes que no poseen historial de autolesiones, violencia intrafamiliar, *bullying*, ni tampoco acoso y/o abuso sexual. Además, no se registraron hospitalizaciones asociadas a salud mental. Por su parte, la categoría un intento suicida presenta mayor cercanía con la presencia de antecedentes de autolesiones, así como haber sido víctima de acoso y/o abuso sexual. La ubicación en la gráfica de la categoría dos o más intentos suicidas se asoció con el antecedente de acoso y/o

abuso sexual, al igual que registrar hospitalizaciones previas debido a problemas de salud mental (Figura 3).

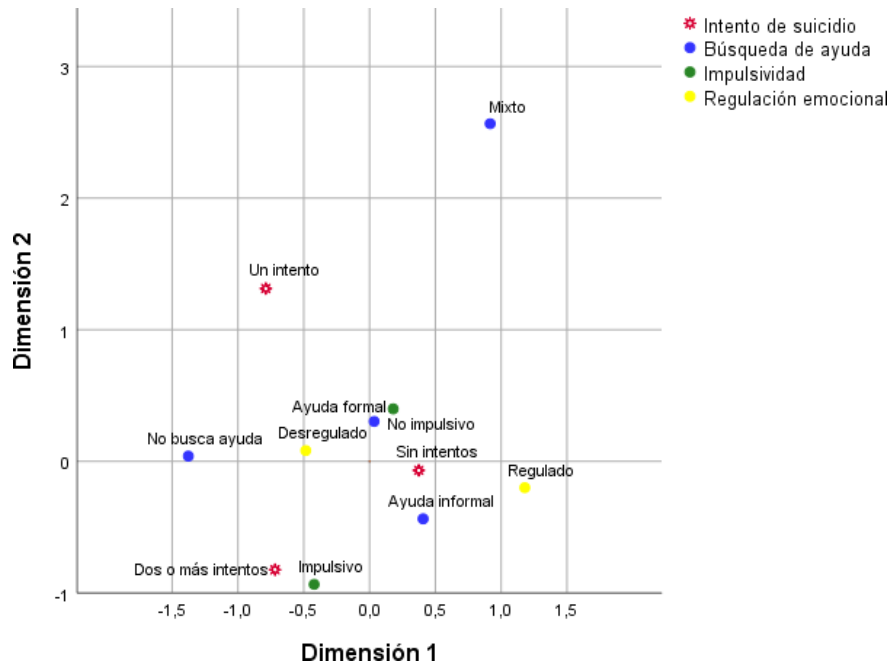
En el último análisis de correspondencias múltiples realizado se incluyeron variables ligadas a la situación clínica actual de los sujetos evaluados, junto a la variable intento de suicidio. Al explorar la gráfica resultante, se observó que la categoría sin intento de suicidio posee mayor asociación con las categorías que distinguen a los adolescentes con ausencia de sintomatología ansiosa-depresiva, sin insomnio y que nunca han presentado ideación suicida. Asimismo, la categoría que representa a los adolescentes con dos o más intentos de suicidio muestra mayor nivel de correspondencia con las categorías que caracterizan la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva, estrés, insomnio e ideación suicida durante el último mes. Por su parte, la categoría un intento de suicidio alcanzó su mayor nivel de correspondencia con la categoría presencia de ideación suicida alguna vez en la vida (Figura 4).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ratifican los hallazgos de investigaciones precedentes [4,5], confirmando una mayor frecuencia de intentos de suicidios en mujeres que en hombres, siendo esta de 42,6% y 20,3% respectivamente.

Además, el 76,2% de los adolescentes con historial de intentos de suicidio reportaron lesiones autoinfligidas no suicidas. Aunque su relación ya ha sido demostrada [17], podría estar asociada a un mayor riesgo de intentos de suicidio [16].

Figura 2. Análisis de correspondencias múltiples (variables psicológicas e intento de suicidio).



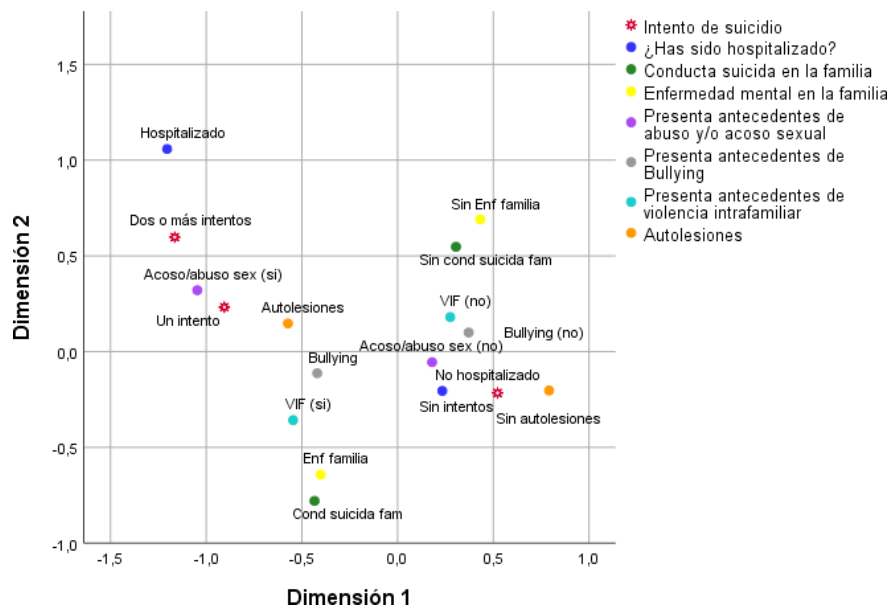
Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Si bien los participantes de este estudio se encontraban recibiendo atención clínica, presentaron altos niveles de sintomatología ansiosa-depresiva y estrés. Lo anterior resulta preocupante, dado que diversos estudios reportan que los trastornos depresivos y ansiosos están directamente relacionados con la ideación suicida y que asociado a otros factores como la impulsividad, los trastornos del sueño, déficit en la regulación emocional,

rechazo a la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental y el consumo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio [25,32–37].

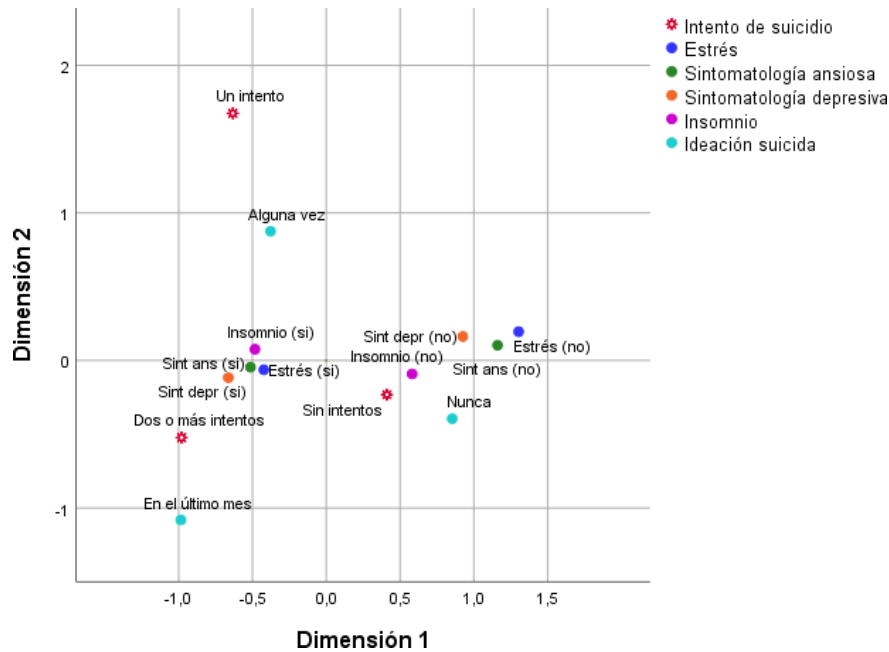
A pesar de que los análisis de la salud mental en adolescente son escasos, un estudio epidemiológico realizado en cuatro regiones del país encontró que sólo 33,3% de los sujetos que presentaron

Figura 3. Análisis de correspondencias múltiples (historial clínico e intento de suicidio).



Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Figura 4. Análisis de correspondencias múltiples (situación clínica actual e intento de suicidio).



Fuente: elaborado por los autores a partir de los resultados del estudio.

un trastorno mental habían buscado algún tipo de ayuda durante el último año (formal o informal). Este mismo estudio arrojó una brecha asistencial de 66,6% de niños, niñas o adolescentes con un trastorno mental que no recibieron atención de ningún tipo, aumentando en 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal [38].

De la información presentada se evidencia la escasa efectividad que mantienen los programas nacionales de salud mental con relación al tratamiento y seguimiento de los pacientes adolescentes. Además, resulta fundamental la implementación de programas de prevención e intervención en salud mental que sean efectivos y de fácil acceso para esta población, considerando que 45,4% de los evaluados reportaron que frente a dificultades relacionadas con su salud mental prefieren buscar ayuda en fuentes no formales y 16,5% no solicita ayuda.

Por otra parte, a diferencia de otras, el uso de técnicas como el análisis de correspondencias múltiples nos permite identificar relaciones subyacentes entre las categorías de las variables analizadas, mejorando la comprensión de este complejo fenómeno. En particular, los resultados evidenciaron características diferenciadoras entre los adolescentes con dos o más intentos de suicidio y aquellos con un único intento. Dentro de estas características se cuentan la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva, impulsividad, estrés, insomnio, pensamientos suicidas durante el último mes, entre otros.

Las conductas suicidas y las autolesiones en adolescentes son un problema de salud pública en el mundo. 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 que, pese al esfuerzo por prevenir el suicidio a nivel nacional y mundial, no se ha logrado reducir las tasas de suicidio adolescente [7,8].

## CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados del estudio, los adolescentes que poseen antecedentes de un único intento de suicidio se caracterizan por ser de sexo femenino, haber presentado ideación suicida alguna vez en la vida, tener historial de autolesiones y haber sido víctima de acoso y/o abuso sexual.

Por su parte, los adolescentes que registran dos o más intentos de suicidio se caracterizan por no tener ninguna creencia religiosa, identificarse como LGBTIQ+, poseer altos niveles de impulsividad, presentar sintomatología ansiosa-depresiva, estrés, insomnio e ideación suicida durante el último mes, además de haber sido hospitalizado producto de alguna patología asociada con salud mental.

Estos resultados preliminares podrán ser utilizados para elaborar modelos complejos que contribuyan a la comprensión de la conducta suicida adolescente.

## Notas

### Autoría

PMB: concepción y diseño del estudio, recolección de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. JFV: análisis e interpretación de



datos, redacción de manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. AT: análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. JLC: redacción de manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses asociados a la realización de este estudio.

### Financiamiento

Este estudio fue financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT N°11170342) del Gobierno de Chile.

### Aspectos éticos

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

### Declaración de acceso a datos

Los autores declaran disponibilidad de los datos utilizados en el presente estudio previa solicitud vía correo electrónico al autor de correspondencia.

### Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión por pares externa, por dos árbitros a doble ciego

### Idioma del envío

Español.

## Referencias

1. WHO. Adolescent health. 2021. [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
2. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremaratne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2: 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
3. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018;9: 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Prevention; 2019. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/index.html>
5. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2013;70: 300. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
6. Curtin S, Warner M, Hedegaard H, Centers for Disease Control and Prevention, editor. Increase in Suicide in the United States. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1999. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>
7. Clarke S, Allershand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Res*. 2019;8: 1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>
8. OECD. Health at a Glance 2011. Health at a Glance 2011. Paris: OECD; 2011. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en)
9. Roh B-R, Jung EH, Hong HJ. A Comparative Study of Suicide Rates among 10-19-Year-Olds in 29 OECD Countries. *Psychiatry Investig*. 2018;15: 376–383. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>
10. Miranda R, Shaffer D. Understanding the suicidal moment in adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. 2013;1304: 14–21. <https://doi.org/10.1111/nyas.12291>
11. Martínez C, Gálvez C, Quiroz C, Vicencio B, Tomacic A. *Rev Argentina Clínica Psicológica*. 2014;23: 267–280. <https://cepps.udp.cl/wp-content/uploads/2018/05/Martinez-Galvez-et-al.-2014.pdf>
12. Svetic J, De Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Ment Illn*. 2012;4. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>
13. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*. 2021;11: 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>
14. Bodon MC, Ríos A, X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Estudio sobre nivel de conocimiento de los factores de riesgo suicida, correlación con trastornos mentales en una muestra de psicólogos clínicos. Buenos Aires; 2018. <https://www.aacademica.org/000-122/8.pdf>
15. Miranda R, De Jaegere E, Restifo K, Shaffer D. Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depress Anxiety*. 2014;31: 19–26. <https://doi.org/10.1002/da.22194>
16. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379: 2373–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
17. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16: 101–112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
18. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of Suicide Attempts. *Crisis*. 2010;31: 194–201. <https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000052>
19. Park S, Jang H. Correlations between suicide rates and the prevalence of suicide risk factors among Korean adolescents. *Psychiatry Res*. 2018;261: 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.055>
20. McKean AJS, Pabbati CP, Geske JR, Bostwick JM. Rethinking Lethality in Youth Suicide Attempts: First Suicide Attempt Outcomes in Youth Ages 10 to 24. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57: 786–791. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.021>
21. Hernández CE, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. *ALERTA*. 2019;2: 75–79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
22. Salvo G L, Castro S A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev chil neuropsiquiatr*. 2013;51: 245–254. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
23. Guzmán-González M, Trabucco C, Urzúa M A, Garrido L, Leiva J. Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Ter Psicol*. 2014;32: 19–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
24. 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: 49–55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
25. Olivari C, Guzmán-González M. Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Rev chil pediatr.* 2017;88: 324–331. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300003>
  26. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168: 1266–77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
  27. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care.* 2015;31: 88–94. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000225>
  28. Ramoni Perazzi J, Orlandoni Merli G. Análisis de la estructura del mercado laboral en Colombia: un estudio por género mediante correspondencias múltiples. *Cuadernos de Economía.* 2017;40: 100–114. <https://doi.org/10.1016/j.cesjef.2016.02.002>
  29. Donoso Osorio E, Valdés Morales RA, Cisternas Núñez P, Cáceres Serrano P, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso et al. Enseñanza de la resolución de problemas matemáticos: un análisis de correspondencias múltiples. *DSE.* 2020;0: 1–22. <http://dialogosobreeducacion.cucsh.udg.mx/index.php/DSE/index> <https://doi.org/10.32870/dse.v0i21.629>
  30. Algañaraz VH. *Rev Latinoam Metodol las Ciencias Soc.* 2016;6. [https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs\\_v06n01a03/7392](https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs_v06n01a03/7392)
  31. Corral-De-Witt D, Carrera E, Muñoz-Romero S, Tepe K, Rojo-Álvarez J. Multiple Correspondence Analysis of Emergencies Attended by Integrated Security Services. *Applied Sciences.* 2019;9: 1396. <https://doi.org/10.3390/app9071396>
  32. Shain B, COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics.* 2016;138: e20161420–e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
  33. Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan.* 2016;16: 473–486. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/issue/view/246> <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
  34. Cheref S, Talavera D, Walker RL. Perceived Discrimination and Suicide Ideation: Moderating Roles of Anxiety Symptoms and Ethnic Identity among Asian American, African American, and Hispanic Emerging Adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49: 665–677. <https://doi.org/10.1111/sltb.12467>
  35. Herres J, Shearer A, Kodish T, Kim B, Wang SB, Diamond GS. Differences in Suicide Risk Severity Among Suicidal Youth With Anxiety Disorders. *Crisis.* 2019;40: 333–339. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000571>
  36. Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, et al. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2014;3. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-18>
  37. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Res.* 2019;271: 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.038>
  38. Vicente B, Saldívia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev méd Chile.* 2012;140: 447–457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>

# Clinical, psychological, social, and family characterization of suicidal behavior in Chilean adolescents: a multiple correspondence analysis

## Abstract

### Introduction

Suicide is the second leading cause of premature death in people between 15 and 29 years old and the third in young people between 15 and 19 years old. Adolescence is a critical period concerning mental health disorders since there is greater vulnerability to suicidal behaviors. The situation in Latin America is worrying, with Chile being one of the two countries where suicide rates of children and adolescents increase yearly. This study aims to analyze clinical, psychological, family, and social risk factors associated with suicidal behavior in a clinical sample of adolescents treated in the public health system of the Maule region.

### Methods

The study design is cross-sectional. We used a sample of 388 adolescents between 10 and 21 years old admitted to the health system of the Maule Region. The participants were evaluated by applying five measuring instruments (The Barrat Impulsivity Scale, The Difficulties in Emotional Regulation Scale, The Depression, Anxiety and Stress Scale, The General Help-Seeking Questionnaire for mental health problems in adolescents, and The Columbia Suicide Severity Rating Scale) in addition to collecting social and family information and relevant clinical history from the medical records.

### Results

The analysis allowed us to identify distinctive characteristics of adolescent suicidal behavior by describing clinical, psychological, and family social factors.

### Conclusions

Adolescents with a history of suicide attempts are characterized by having suicidal ideation, anxious-depressive symptoms, stress, insomnia, and impulsiveness. Likewise, they report being non-religious, belonging to sexual minorities, and victims of sexual harassment and/or abuse.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.