

Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile

Daniel Silva, Mario Valdivia, Benjamín Vicente, Esteban Arévalo, Rafaella Dapelo y Carolina Soto

Universidad de Concepción, Concepción, Chile

Resumen: El suicidio constituye un problema mundial de salud pública, realizándose esfuerzos de prevención, especialmente en población adolescente. El objetivo de este estudio fue caracterizar la conducta suicida y sus factores de riesgo en estudiantes de la provincia de Concepción, Chile. Se examinaron variables sociodemográficas, familiares, abuso de sustancias, suicidalidad, autoestima, depresión, desesperanza, funcionalidad familiar, impulsividad y acontecimientos vitales. A partir de 919 participantes se obtuvo una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3%. Los resultados de los auto-informes que se aplicaron indican que la mayoría de los factores de riesgo analizados fueron asociados al intento de suicidio. Sin embargo, en el análisis multivariado solamente ingresaron el consumo de tabaco, la ideación suicida tanto reciente como antigua y los acontecimientos vitales. Estos resultados indican la necesidad de tener en cuenta estos cuatro factores, posicionándose en un lugar prioritario al momento de identificar el riesgo suicida.

Palabras clave: Intento de suicidio; suicidio; adolescentes; factores de riesgo.

Abstract: *Suicide attempt and risk factors among adolescent students of Chile.* Suicide is a global public health problem, therefore prevention efforts are being implemented, especially in the adolescent population. The aim of this study was to characterize suicidal behavior and risk factors among students in the province of Concepcion, Chile. Sociodemographic variables were examined, as were substance abuse, suicidality, self-esteem, depression, hopelessness, family functioning, impulsivity and life experiences. With 919 participants, the lifetime occurrence of suicide attempt was 14.3%. The self reports used indicate that most of the risk factors previously mentioned were associated with suicide attempt. However, from the multivariate analysis, the only significant risk factors were tobacco consumption, both recent and previous suicidal ideation and life events. These results indicate the need to consider these four factors as primary when identifying risk of suicide.

Keywords: Suicide attempt; suicide; adolescents; risk factors.

Introducción

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel mundial, y se están realizando numerosos esfuerzos por desarrollar estrategias de prevención, particularmente en la población joven, en la que las tasas de suicidio han aumentado a nivel mundial, a diferencia de la población adulta, donde se ha visto cierta disminución en varios países (Hawton y Van Heeringen, 2009). Re-

cientemente, se ha informado de que la prevalencia de ideación, planificación e intento de suicidio en adolescentes en Estados Unidos es de 12.1%, 4% y 4.1% respectivamente (Nock, Green, Hwang, McLaughlin, Sampson, Zaslavsky, y Kessler, 2013). En Chile, las estadísticas publicadas superan ampliamente las cifras internacionales, reportándose una prevalencia de vida de intento suicida en adolescentes de entre el 19% y el 26.3% en la región metropolitana (Ventura-Junca et al., 2010; Barroilhet, Fritsch, Guajardo, Martínez, Vörhinger, Araya, y Rojas, 2012), y de 25.6% en Concepción (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán, 2015).

Uno de los elementos centrales en las estrategias de prevención de suicidio es la identificación de factores de

Recibido: 13 marzo 2016; aceptado: 01 agosto 2016.

Correspondencia: Daniel Silva, Universidad de Concepción, Avda. San Juan Bosco s/n, 4030000, Concepción, Chile.

Correo-e: dansilva@udec.cl

riesgo de intento de suicidio de una forma comprensiva que incluya perspectivas psiquiátricas, somáticas, psicológicas y sociales (Wasserman, et al., 2012). Evans, Hawton, y Rodham (2004) realizaron una revisión sistemática en la que analizaron factores asociados con conducta suicida en adolescentes, encontrándose asociaciones significativas con factores tales como depresión, género femenino, impulsividad, exposición a acontecimientos vitales estresantes, trastornos alimentarios (especialmente bulimia en mujeres adolescentes), trastornos ansiosos, conductas antisociales (con mayor vulnerabilidad en mujeres), tabaquismo, uso de drogas duras, consumo de alcohol, orientación homosexual en ambos sexos y bisexualidad en mujeres (cuatro veces mayor riesgo de intento suicida que en adolescentes heterosexuales), la exposición a intentos suicidas en miembros de la familia y más aún en amigos, vivir alejado de ambos padres, y el divorcio parental. Recientemente se ha sugerido el abuso sexual (Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal, y Vinaccia, 2013) y otros factores de las experiencias infantiles (Xavier, Cunha, y Pinto-Gouveia, 2015) como variables relevantes de la ideación suicida y las autolesiones.

Estudios basados en población chilena han identificado algunos factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes, incluyendo el género femenino, la impulsividad, la autoestima baja, los problemas de cohesión familiar, el déficit de apoyo social, la depresión, el abuso de drogas, el tabaquismo, la desesperanza y la ideación suicida (Barroilhet et al., 2012; Salvo, y Melipillán, 2008; Valdivia et al., 2015). Sin embargo, los estudios citados fueron realizados en algunas comunas o ciudades de Chile, no habiendo ningún estudio que aporte datos de una muestra más representativa de la población del país. La provincia de Concepción constituye el segundo mayor núcleo urbano después de Santiago, la capital. Hasta la fecha no se dispone de estudios que fueran representativos de toda la provincia, y el último estudio publicado se centró sólo en una comuna rural (Valdivia et al., 2015). En dicha investigación, se aplicó un modelo de regresión logística en el cual se identificó el género femenino, tabaquismo e ideación suicida reciente como predictores significativos independientes de intento de suicidio.

La presente investigación pretende replicar dicho modelo en una muestra representativa de toda la provincia de Concepción que incluye comunas urbanas y rurales para así determinar la prevalencia de intento de suicidio adolescente en la muestra estudiada, establecer asociaciones entre variables sociodemográficas, funcionamiento y estructura familiar, conductas de riesgo, funcionamiento psicológico y presencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida y, finalmente, establecer un

modelo de regresión logística multivariada que permita determinar el impacto de las distintas variables en la presencia de intento de suicidio a lo largo de la vida. Esto se realizó a través de un estudio observacional descriptivo.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 919 adolescentes con edades que fluctuaron entre los 13 a 18 años (edad media = 14.63; desviación típica = 0.77), 55.7% eran de sexo masculino. Todos los adolescentes eran estudiantes de primer año de enseñanza media, y pertenecían a 15 centros educativos correspondientes a 7 comunas de la provincia de Concepción: Concepción, Talcahuano, Hualpén, Chiguayante, San Pedro de la Paz, Florida, y Santa Juana. Las cinco primeras fueron elegidas debido a que poseen la mayor concentración de establecimientos educativos y las dos últimas por ser comunas semirurales.

Instrumentos

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, y Grant, 1993). Consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. Los ítems se valoran en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Se trata de un instrumento de autoinforme que identifica tres perfiles: bebedor riesgo, bebedor problema y dependencia al alcohol (Arteaga, et al., 2005). En la población chilena fue validada por Santis en el 2009 consignando un punto de corte en hombres de 8 puntos y en mujeres de 7 puntos, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83 (Santis, Garmendia, Acuña, Alvarado y Arteaga, 2009). En nuestra muestra se obtuvo un coeficiente alfa de 0.71.

Cuestionario de Suicidalidad de Okasha (Okasha, Lotaif, y Sadek, 1981): Es una escala autoadministrada, tipo likert formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideas suicidas de intensidad creciente y el cuarto ítem consulta sobre intentos de suicidio. Presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .89 en población chilena adolescente (Salvo, Melipillán, y Castro, 2009). Ampliamente utilizado en adolescentes (Quinteros y Grob, 2003; Salvo et al., 2008; Valdivia et al., 2015). En el presente estudio obtuvimos un coeficiente alfa de .865.

Escala de Consumo de Sustancias. Es una escala desarrollada por el área técnica en tratamiento y rehabilitación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Es un instrumento autoaplicado de 10 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí o No). Su

punto de corte para determinar un consumo problemático es 2 (CONACE, 2002). Ha sido utilizada en estudios nacionales en población escolar para evaluar el consumo de drogas (CONACE, 2006). El coeficiente alfa de Cronbach de la escala en esta muestra fue de .60.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Es una escala tipo Likert que incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Los ítems se responden en una escala de cinco puntos (muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo). La puntuación total puede oscilar entre 10 y 50 puntos (Martin, Richardson, Bergen, Roeger, y Allison, 2005). En la presente investigación se utilizó la versión validada para la población chilena por Castillo et al. (2005), la cual fue empleada en escolares de 9 a 15 años obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .81. Posteriormente Salvo et al. (2008) la asoció a conducta suicida. En la presente muestra se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .84.

Escala de Desesperanza de Beck (Beck y Steer, 1988): Permite objetivar la desesperanza al definirla en términos de un sistema de expectativas negativas con respecto al individuo mismo y a su vida futura. Es un cuestionario de autoinforme que consta de 20 afirmaciones a las que responde dicotómicamente (Verdadero o Falso). Se consideran cuatro categorías: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos). Ha sido utilizada en estudios poblacionales (Viñas, et al., 2004) y validada en población latinoamericana (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006) presentando una consistencia interna de .97. En nuestra muestra obtuvo un alfa de Cronbach de .83.

Inventario de Depresión de Beck: Elaborado por Beck, Ward y Mendelson (1961), permite clasificar la depresión en diferentes grados: sin depresión, depresión leve, depresión leve a moderada, depresión moderada a severa, y depresión severa. Consta de 21 ítems compuestos cada uno por un grupo de cuatro frases que representan diferentes intensidades de sintomatología depresiva en forma ascendente. Ha sido ampliamente utilizado en estudios en población adolescente chilena presentando un coeficiente alfa de Cronbach de .80 (Barrera, et al., 1991; Gómez, Nuñez, y Lolas, 1992; Salvo, Rioseco y Salvo, 1998) y ha mostrado ser un mejor predictor de suicidalidad en comparación con la Children's Depression Inventory (Silva y Valdivia, 2013). En nuestra muestra obtuvo una consistencia interna de .89.

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; Olson, Sprenkle y Russell, 1979). La versión actual consiste en un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. Los ítems impares evalúan la cohesión y los pares la adaptabilidad. Los ítems de cohesión incluyen vinculación emocional, apoyo, límites familiares, uso común del tiempo y actividades compartidas; los ítems de adaptabilidad incluyen liderazgo, disciplina, control de los hijos, roles y reglas (Florenzano et al., 1995). A cada pregunta se le asigna una puntuación de 1 a 5 y las opciones de respuesta son: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre. En nuestra muestra se obtuvo una consistencia interna de .86.

Escala de Impulsividad (Barratt, 1959). Consta de 30 ítems agrupados en 3 subescalas (cognitiva, motora e impulsividad no planeada). Es una escala auto-administrada tipo Likert en que cada ítem se responde en una escala desde nunca o casi nunca (0) a siempre (4) (Oquendo, et al., 2001). Fue validada para adolescentes chilenos asociándola a conductas suicidas por Salvo y Castro (2011) obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .77 (Salvo y Castro, 2011). En nuestra muestra se obtuvo una consistencia interna de .70.

Escala de Cambios Vitales (Holmes y Rahe, 1967). Consta de 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de una persona normal. Es un cuestionario autoaplicado, en donde a cada uno de los episodios le corresponden unos valores denominados unidades de cambio vital (UCV). La escala se inicia con el acontecimiento de máxima puntuación que es 100 UCV, y termina en el menos relevante al que le corresponde una puntuación de 11 UCV. Cuando la suma sea de 150 UCV o superior se considera que estos acontecimientos vitales estresantes pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de los pacientes. A través de ella se pueden consultar los cambios significativos que una persona ha experimentado en los últimos 12 meses de su vida y que han podido incidir en su situación mental o física. Esta escala fue adaptada para adolescentes tratando de que la puntuación correspondiente al nivel de importancia fuera lo más parecido posible a la original (Holmes y Rahe, 1967). Fue validada en Chile por Rivera, Vollmer, Aravena y Carmona (1985), con un coeficiente alfa de Cronbach de .84. En nuestra muestra se obtuvo una consistencia interna de 0.789.

Procedimiento

El proyecto de investigación fue previamente aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Inicialmente se solicitó

la autorización de los directivos de los centros educativos y, posteriormente, se requirió el consentimiento informado de los padres o tutores de los adolescentes en los cursos a evaluar. Se coordinó con el equipo del centro educativo un día en que la carga académica de los estudiantes no fuera elevada para la aplicación de los instrumentos. El equipo investigador se presentó ante los alumnos, explicándoles el estudio y adjuntando los consentimientos informados ya firmados por sus padres o tutores para solicitar su propio consentimiento y participación. La aplicación de todos los instrumentos requirió un tiempo no mayor de 60 minutos. Para fomentar la sinceridad en las respuestas los instrumentos fueron absolutamente anónimos.

Análisis estadístico

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 20.0. Para la estadística descriptiva se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y porcentajes. Para el análisis bivariado, la prueba de χ^2 para evaluar la relación entre las variables independientes y la presencia de intento de suicidio (variable dependiente). En el caso de variables cuantitativas se utilizó *t* de Student. En las variables en que se estableció diferencias estadísticamente significativas se efectuó un análisis por categoría utilizando tablas de 2×2 para la determinación de odds ratio relativos a la categoría libre de riesgo.

Las variables identificadas como significativas por análisis bivariado (sexo, edad, ausencia de padres, intento de suicidio familiar, consumo de tabaco, alcohol y drogas, ideación suicida reciente, ideación suicida antigua, autoestima, cohesión y adaptabilidad familiar, sintomatología depresiva, desesperanza, impulsividad motora, impulsividad cognitiva, impulsividad no planeada y eventos vitales estresantes) se analizaron como variables independientes en un modelo de regresión logística binaria a través del método «Introducción» considerando al intento de suicidio como variable dependiente. En el caso de datos perdidos, los individuos fueron eliminados del análisis estadístico.

Resultados

La distribución de las variables socio-demográficas, características familiares, conductas de riesgo y variables de funcionamiento psicológico se describen en la Tabla 1.

Del total de adolescentes estudiados, 9% presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 10.5% en el período anterior a los últimos doce meses. La prevalencia de vida para intento de suicidio (haber intentado

por lo menos una vez quitarse la vida en algún momento) fue de 14.3%.

Al efectuar un análisis estadístico comparativo a través de χ^2 , entre este último grupo (los que presentaron intento al menos alguna vez en sus vidas) con el grupo que nunca lo había presentado, se constató que las variables categoriales dicotómicas estadísticamente asociadas a presencia de intento eran: sexo femenino, la ausencia de padres en el grupo familiar, el intento de suicidio en alguno de los padres, consumo de tabaco, alcohol o drogas y la ideación suicida, tanto reciente como antigua (Tabla 2).

Por otro lado, al analizar las variables cuantitativas (*t* de Student), se encontró que había diferencias estadísticamente significativas para las siguientes: edad, autoestima, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, sintomatología depresiva, desesperanza, impulsividad en todas sus subescalas y eventos vitales estresantes (Tabla 3).

Para evaluar el efecto de cada una de las variables asociadas al intento de suicidio en el análisis bivariado, controlando los factores confundentes, se sometieron los diecinueve predictores identificados a un análisis de regresión logística binaria. Al analizar la significación estadística de las distintas variables predictoras, se obtuvieron resultados significativos sólo para cuatro de las diecinueve variables consideradas: consumo de tabaco, eventos vitales estresantes e ideación suicida reciente y pasada (Tabla 4).

Discusión

Hasta donde fue posible determinar, este es el primer estudio representativo de la población adolescente escolarizada de la segunda provincia más poblada de Chile. Además, es destacable la alta tasa de respuesta de los estudiantes sin que se entregara incentivo alguno.

En cuanto a las características de la muestra, se observa que la variación de edad es mínima ya que todos los alumnos provenían de primer año de enseñanza media. Por otro lado, pese a que el índice de masculinidad en Chile es cercano a 98, hay un mayor porcentaje de varones encuestados, esto puede deberse a que un colegio sorteado al azar era sólo de población masculina. La gran mayoría de la muestra no presenta factores de riesgo evaluados, es decir, vive con sus padres, no presenta consumo de sustancias, no hay antecedentes de intento de suicidio en su familia, no tienen sintomatología depresiva, etc. Mención especial merece la escala de acontecimientos vitales estresantes ya que señala que más del 75% de los individuos presentaría cambios estresantes relevantes para la vida, es por ello que para el análisis

Tabla 1. Características sociodemográficas y factores de riesgo de intento de suicidio en la muestra de adolescentes ($N = 919$)

Grupo de variables	VARIABLES	Categorías	Distribución muestra total	
Sociodemográficas	Edad	Promedio	14,63 \pm 0,773	
	Género	Masculino	55.7%	
	Religión	Práctica habitual	31.2%	
	Semiruralidad		17%	
Consumo de sustancias	Consumo tabaco	Consumo (+)	23.8%	
		Consumo (+)	20.2%	
	Consumo alcohol	Abuso	9.4%	
		Consumo drogas	Consumo (+)	12.2%
			Abuso	5%
Características familiares	Presencia de los padres	Ambos	65.3%	
		Sólo uno	30.2%	
		Ninguno	4.6%	
	Antecedentes familiares de intento de suicidio	Intento de al menos uno de los padres	2.3%	
	Cohesión familiar	Desligadas	1.4%	
		Separadas	14.3%	
		Conectadas	41.8%	
		Amalgamadas	42.5%	
		Adaptabilidad familiar	Rígida	1.9%
			Estructurada	47.3%
			Flexible	46%
	Caótica		4.7%	
	Funcionamiento Psicológico	Autoestima	Promedio	29.2 \pm 5.6
Asintomático			58.1%	
Desesperanza		Leve	27.9%	
		Moderado	14%	
		Severo	0%	
		Depresión	Sin	52.8%
			Leve	21.5%
Leve-Moderada			9.3%	
Impulsividad		Moderada-Severa	10.3%	
		Severa	6.1%	
		Ideaación suicida	Cognitiva	16.8 \pm 4.5
			Motora	16.4 \pm 7.2
No planificada			19.6 \pm 6.3	
Total			52.7 \pm 13.5	
Cambios vitales		Reciente	23.7%	
	Antigua	20.5%		
	Relevantes para la vida	75.9%		

posterior se consideró la puntuación total de la escala y no el punto de corte recomendado por los autores.

El hallazgo más relevante del presente estudio es la prevalencia del intento de suicidio en estos adolescentes,

el que asciende a un 14.3%. Este dato es incluso menor a otros estudios nacionales con metodologías similares que, como ya se mencionó, fluctúan entre un 19 y 26%. Esta menor prevalencia podría atribuirse a que en este

Tabla 2. Asociación entre la prevalencia de vida de intento de suicidio y factores de riesgo dicotómicos según χ^2

Variable	Categoría	<i>p</i>	OR (IC 95%)
Sexo	Masculino		1
	Femenino	<0.001	3.14 (2.11-4.68)
Ruralidad	No		1
	Si	0.059	1.496 (0.94-2.37)
Presencia de padres	Si		1
	No	0.019	2.31 (1.12-4.73)
Practicar religión	Si		1
	No	0.363	1.2 (0.81-1.78)
Intento de suicidio en padres	No		1
	Si	0.016	3.38 (1.32-8.65)
Consumo tabaco	No		1
	Si	<0.001	2.51 (1.69-3.71)
Consumo alcohol	No		1
	Si	<0.001	2.27 (1.5-4.41)
Consumo drogas	No		1
	Si	<0.001	3.59 (2.28-5.65)
Ideación suicida reciente	No		1
	Si	<0.001	13.77 (8.81-21.51)
Ideación suicida antigua	No		1
	Si	<0.001	25.99 (15.9-42.48)

Nota. OR= odds ratio.

estudio se consideraron sólo estudiantes del primer año medio (secundario) que constituyen el grupo más joven de los cuatro años del ciclo medio, y, por lo tanto, podría haber un aumento de la prevalencia en la medida que la muestra avanza en la adolescencia. Aun así, la prevalencia encontrada es ampliamente mayor a datos internacionales, tanto en muestras europeas como norteamericanas (Nock, et al., 2013, Husky, et al., 2012). Una explicación este fenómeno sería considerar el origen hispano-latino de esta población, lo que concuerda con estudios norteamericanos en los que la población latina presenta mayores tasas de intento de suicidio (Eaton, et al., 2012), sin embargo, aún no está claro este fenómeno.

La gran mayoría de las variables estudiadas (sexo, edad, ausencia de padres, intento de suicidio familiar, consumo de tabaco, alcohol y drogas, ideación suicida reciente, ideación suicida antigua, autoestima, cohesión y adaptabilidad familiar, sintomatología depresiva, desesperanza, impulsividad motora, impulsividad cognitiva, impulsividad no planeada y eventos vitales estresantes) presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos con intentos de suicidio con los

que no, lo que está en total concordancia con las investigaciones tanto nacionales (Valdivia et al., 2015; Salvo et al., 2008) como internacionales (Evans et al., 2004; Wasserman et al., 2012). Dentro de estas variables, llama la atención que la condición de semiruralidad no fue un factor de riesgo asociado al intento de suicidio pese a que se acercó a la significancia estadística ($p = .059$). Este dato concuerda con el único estudio previo que analiza la ruralidad en Chile (Valdivia et al., 2015) donde tampoco fue significativo pero difiere de investigaciones internacionales donde se constata que la ruralidad genera barreras tanto geográficas como psicológicas y socio-culturales que dificultan el abordaje y tratamiento de pacientes con riesgo suicida (Hirsch, 2006; Biddle, Sekula, Zoucha, y Puskar, 2010). Podríamos suponer que en nuestras poblaciones semirurales no se manifiestan tan intensamente estas barreras ya que están cada vez más cerca de las urbes, permitiendo que estos adolescentes accedan a otras redes de apoyo social que mitigan la influencia rural.

En el modelo multivariado se observa que sólo cuatro variables fueron significativas al asociarlas al intento de

Tabla 3. Asociación entre prevalencia de vida de intento de suicidio y factores de riesgo cuantitativos

Variable	Intento de suicidio	Media	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad	No	14.59		
	Si	14.8	-2.931	0.003
Autoestima	No	29.92		
	Si	25.48	8.329	<0.001
Cohesión familiar	No	35.23		
	Si	30.26	5.148	<0.001
Adaptabilidad familiar	No	26.14		
	Si	24.7	2.162	0.031
Depresión	No	9.95		
	Si	19.95	-9.349	<0.001
Desesperanza	No	3.82		
	Si	6.54	-6.159	<0.001
Impulsividad cognitiva	No	16.53		
	Si	18.57	-4.551	<0.001
Impulsividad motora	No	16.09		
	Si	18.21	-2.854	0.004
Impulsividad no planeada	No	19.22		
	Si	22.05	-4.332	<0.001
Total escala impulsividad	No	51.81		
	Si	58.97	-4.823	<0.001
Eventos estresantes	No	254.02		
	Si	386.53	-7.388	<0.001

suicidio: el consumo de tabaco, los acontecimientos vitales estresantes y la ideación suicida tanto reciente como antigua. Si bien es cierto que varias publicaciones han planteado la asociación entre el consumo de tabaco y la conducta suicida (Wilson, Dunlavy, Viswanathan, y Bovet, 2012, Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013, Whelan, et al., 2012), éstas teorizan que esta asociación se debe a que el consumo de tabaco tiende a ser más frecuente en personalidades impulsivas y/o depresivas

que están más expuestas a conductas suicidas, lo cual quedaría descartado en nuestra casuística ya que tanto la escala de impulsividad de Barratt (Oquendo et al., 2001) como la de depresión de Beck (Barrera et al., 1991) no entraron de forma significativa al modelo. Podríamos hipotetizar que podría haber otros elementos detrás del consumo de tabaco y los intento de suicidio en estos adolescentes que no han sido estudiados en la presente investigación, ya sea niveles de ansiedad, resiliencia,

Tabla 4. Regresión logística binaria para prevalencia de vida de intento de suicidio según factores de riesgo

	<i>B</i>	<i>EE</i>	Wald	<i>OR</i>	95% IC para <i>OR</i>	
					Inferior	Superior
Sexo	0.16	0.37	0.18	1.17	0.57	2.43
Edad	0.19	0.24	0.61	1.21	0.75	1.94
Ausencia de padres	-0.20	0.30	0.44	0.82	0.46	1.47
Intento de suicidio familiar	-0.67	0.90	0.55	0.51	0.09	2.98
Tabaco	0.97	0.41	5.55*	2.63	1.18	5.86
Alcohol	0.24	0.45	0.28	1.27	0.53	3.06
Drogas	0.37	0.53	0.49	1.45	0.51	4.07
Ideación suicida reciente	1.43	0.41	12.16***	4.16	1.87	9.28
Ideación suicida antigua	1.80	0.37	23.42***	6.08	2.93	12.62
Autoestima	-0.03	0.04	0.67	0.97	0.90	1.05
Cohesión familiar	-0.01	0.02	0.27	0.90	0.94	1.04
Adaptabilidad familiar	0.01	0.03	0.02	1.01	0.94	1.07
Sintomatología depresiva	0.03	0.03	1.03	1.03	0.98	1.08
Desesperanza	-0.05	0.05	0.81	0.95	0.86	1.06
Impulsividad motora	0.01	0.03	0.05	1.01	0.96	1.06
Impulsividad cognitiva	-0.01	0.48	0.03	0.99	0.90	1.09
Impulsividad no planeada	-0.00	0.03	0.01	1.01	0.93	1.06
Eventos vitales	0.00	0.00	9.04*	1.00	1.00	1.01

Nota. *EE* = Error estandar; *OR* = Odd Ratio. **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001

formas de vinculación con sus cuidadores o elementos propios del desarrollo de la personalidad. En definitiva, esto plantea la necesidad de nuevas investigaciones que clarifiquen esta asociación.

El hecho de que la funcionalidad de la familia, la autoestima, la desesperanza y la impulsividad pierdan peso en el modelo multivariado es concordante con otras investigaciones (Silva et al., 2013; Valdivia et al., 2015) pero es llamativo que la sintomatología depresiva tampoco entre en la regresión siendo desplazada por la ideación suicida, tanto reciente como antigua. Este fenómeno, que se describe en una publicación previa (Valdivia et al., 2015) podría ser explicado ya que la mayoría de las escalas de depresión incluyen reactivos referentes a conducta suicida lo que sería redundante ante el peso que tiene por sí sola la ideación suicida en el continuo que lleva al intento de suicidio propiamente dicho. Sería interesante realizar un estudio prospectivo que considere la ideación suicida como variable dependiente y evalúe factores que la expliquen de manera que se pueda comprender el fenómeno de forma más precoz, avanzando así en medidas preventivas más eficientes. Por otra parte, resultaría interesante efectuar un nuevo modelo multiva-

riado en el que se excluyera la variable ideación suicida como una forma de controlar su peso en el modelo actualmente estudiado.

Otra variable que merece la pena mencionar es la presencia de acontecimientos vitales estresantes durante el último año, ya que el presente estudio sería la primera investigación en adolescentes chilenos que asocia este fenómeno con el intento de suicidio. Así vemos que es una de las que entra de forma significativa en el modelo multivariado, explicando la aparición del intento de suicidio, lo que concuerda con la teoría de diátesis-estrés como modelo explicativo de la conducta suicida general, que plantea la necesidad de un evento estresante que rompa el equilibrio mental de un individuo portador de una condición de vulnerabilidad para la aparición de un intento de suicidio (Kar, 2010; Galán y Camacho, 2012). Este elemento es de gran importancia para los padres y profesores de los estudiantes que serían los llamados a estar atentos a eventos vitales que pudieran, en base a los otros factores de riesgo, llevar a un intento de suicidio.

La gran limitación que tiene nuestro estudio es que no se consideran todos aquellos adolescentes que no es-

tán incorporados en el sistema educativo y los que, podemos suponer, presentan más factores de riesgo para el intento de suicidio. Así mismo, también debemos considerar que los colegios son una instancia aceptada para implementar programas preventivos de suicidio para adolescentes que presentan factores de riesgo tempranos de intento de suicidio (Hawton, Rodham, Evans, y Weatherall, 2002; Robinson, et al., 2011) y, por otro lado, según las cifras del Ministerio de Educación, la tasa de cobertura neta de la educación escolar entre 6 y 18 años es de 88.2% (MINEDUC, 2012), por lo que sólo estaríamos perdiendo un 11.8% de los adolescentes de la provincia, por lo que su efecto debería ser mínimo.

Otra limitación se debe a que la muestra incluye sólo alumnos de primer año de educación secundaria, esto se debe a que forma parte de un estudio prospectivo en que dicha cohorte se seguirá durante los cuatro años que dura la educación secundaria.

Como ya se ha planteado, se abren nuevas interrogantes y desafíos a partir de los hallazgos de la presente investigación. Por una parte, al constituir este trabajo parte de un proyecto prospectivo, el seguimiento de la cohorte permitirá profundizar el conocimiento de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio y su secuencia de aparición temporal, esto permitirá el diseño de instrumentos de tamizaje confiables, así como programas preventivos dirigidos a grupos de riesgo. Por otra parte, es posible plantear nuevos análisis estadísticos de la información ya recopilada que entreguen más luces acerca de la relación entre ideación suicida e intento de suicidio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Referencias

- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9, 69-79
- Arteaga, O., Acuña, G., Alvarado, M., Garmendia, M., Santis, R., Cantillano, V., ... Portilla, R. (2005). *Validación Test AUDIT para consumo problemático de alcohol en población general y adolescentes en Chile*. Informe Final FONIS, Santiago, Chile.
- Barratt, E.S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 191-198
- Barrera, A., Jaar, E., Gómez, A., Suarez, L., Martin, M., y Lolas, F. (1991). Intento suicida y desesperanza. *Revista Médica de Chile*, 119, 1381-1386.
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vörhinger, P., Araya, R. y Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinflingida y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 140, 873-881.
- Beck A. T. & Steer R. A. (1998). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, E.E.U.U: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Marcus, D. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Biddle, V., Sekula, L., Zoucha, R., & Puskar, K. (2010). Identification of suicide risk among rural youth: Implications for the use of HEADSS. *Journal of Pediatric Health Care*, 2, 152-167.
- Castillo, R., Lizana, J., Pérez, C., Bravo, C., Cancino, M., Catalán, J., y Acosta, H. (2005). *Competencia social e interacciones comunicativas saludables: Formulación de un modelo de diagnóstico en base a componentes cognitivos y pragmáticos del lenguaje*. Escuela de Psicología. Universidad de Talca, Chile.
- Consejo Nacional para Control de Estupefacientes (CONACE) (2002). *Inventario Básico Autoaplicable*. Santiago de Chile: CONACE.
- Consejo Nacional para Control de Estupefacientes (CONACE) (2006). *Sexto estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2005. 8º Básico a 4º Medio*. Santiago de Chile: CONACE.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K., & Hawkins, J. (2012). Youth risk behavior surveillance. *The Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 61, 1-162.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Florenzano, R., Roizblatt, A., Valdés, M., Rodríguez, J., Burrows, J., y Galano, S. (1995). La medición del funcionamiento familiar: Aproximaciones clásicas y el modelo de Olson. *De Familias Terapia*, 3, 39-53.
- Galán, S., & Camacho, E. (2012). *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada*. México: Editorial Manual Moderno.
- Gómez, A., Nuñez, C., Lolas, F. (1992). Ideación suicida e intentos de suicidio en estudiantes de medicina. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 19, 265-271
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall R. (2002). Deliberate self-harm in adolescent: Self report survey in school in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.
- Hirsch, J. K. (2006). A review of the literature on rural suicide: Risk and protective factors, incidence and prevention. *Crisis*, 27, 189-199.
- Holmes, T. W., & Rahe, H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Husky, M., Olfson, M., He, J. P., Nock, M., Swanson, S., & Merikangas, K. (2012). Twelve-month suicidal symptoms and use of services among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey. *Psychiatric Services*, 63, 989-996.
- Kar, N. (2010). Profile of risk factors associated with suicide attempts: A study from Orissa, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 48-56.

- Martin, G., Richardson, A., Bergen, H., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: Implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28, 75-87.
- Ministerio de Educación. (2012). *Encuesta CASEN 2011: Análisis módulo educación*. Chile: MINEDUC.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., & Zaslavsky, A. M. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70, 300-310.
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 409-415.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 14, 1-35.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V. & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *The European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 107-117
- Quinteros, P., & Grob, F. (2003). Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14, 4-8.
- Rivera, A., Vollmer, P., Aravena, R., y Carmona, A. (1985). Escala de evaluación del reajuste social de Holmes y Rahe: Validación para una población de estudiantes y empleados chilenos. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 22, 113-123.
- Robinson, J., Martin, C., Hughes, A., Baksheev, G. N., Dodd, S., Bapat, S., & Yung, A. (2011). Does screening high school students for psychological distress, deliberate self-harm, or suicidal ideation cause distress and is it acceptable? An Australian-based study. *Crisis*, 32, 254-63.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Traducción al español de 1973).
- Salvo, L., y Melipillán, A. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46, 115-123.
- Salvo, L. y Castro, A. (2011). Validación de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11). *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(supl 1), 97.
- Salvo, L., Rioseco, P., Salvo, S. (1998). Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 36, 28-34.
- Salvo, L., Melipillán, A. y Castro, S. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47, 16-23.
- Saunders, J. B. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Santis, R., Garmendia, M. L., Acuña, G., Alvarado, M. E., & Arteaga, O. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 103, 155-158.
- Silva, D. y Valdivia, M. (2013). Estudio comparativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51, 10-15.
- Silva, D., Vicente, B., Saldívía, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141, 1275-1282.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile*, 143, 320-328.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., y Garib, M. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 309-315.
- Viñas, F., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M., & Pérez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 326-34.
- Xavier, A., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, J. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 41-49.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27, 129-141.
- Whelan, R., Conrod, P. J., Poline, J. B., Lourdasamy, A., Banaschewski, T., & Barker, G. J. (2012). Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinct brain networks. *Nature neuroscience*, 15, 920-925.
- Wilson, M. L., Dunlavy, A. C., Viswanathan, B., & Bovet, P. (2012). Suicidal expression among school-attending adolescents in a middle-income sub-Saharan country. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 4122-4134.