



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA CONDUCTA
SUICIDA NO LETAL EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES DE
LA REGIÓN DEL MAULE**

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción
para optar al Grado de Magíster en Psicología mención Psicología de la Salud

POR: FRANCISCA FERNANDA RUBIO RAMÍREZ

Profesora Guía: Carolina Inostroza Rovegno

Universidad de Concepción

Profesor Co-Guía: Pablo Méndez Bustos

Universidad Católica del Maule

Diciembre, 2023

Concepción-Chile

*A mi compañero Guillermo, por entregarme la motivación y confianza
necesarias para finalizar este proceso.*

*A mi madre, porque de su mano comprendí que la perseverancia y
esfuerzo son vitales para avanzar.*

*A mi curiosidad y deseo de aprender que me permitieron esta
experiencia.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi profesora guía, Dra. Carolina Inostroza, quien me acompañó a lo largo de este proceso con paciencia y dedicación, me orientó y animó en cada avance, y también contribuyó a que la experiencia de realizar el Programa de Magíster resultara enriquecedora y de importantes aprendizajes. A mi profesor co-guía, Dr. Pablo Méndez Bustos, que desde pregrado incentivó mi interés por la investigación, permitiéndome colaborar en algunos de sus estudios, y quien amablemente compartió información de su proyecto Fondecyt para que pudiera llevar a cabo esta tesis.

A los y las docentes del Magíster en Psicología y funcionarios asociados, que siempre estuvieron dispuestos a responder mis inquietudes.

Extiendo estos agradecimientos a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), que me otorgó apoyo económico a través de la Beca de Magíster Nacional N° 22211760, gracias a lo cual pude realizar este postgrado.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Conducta Suicida: Definiciones y Epidemiología	18
2.2 Modelos de la Conducta Suicida	22
<i>2.2.1 Modelo de Diátesis-Estrés de la conducta suicida</i>	23
<i>2.2.2 Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés</i>	24
2.3 Factores de Riesgo y Protectores de Conducta Suicida en la Adolescencia	26
<i>2.3.1 Trastornos mentales y conducta suicida en la adolescencia</i>	29
<i>2.3.2 Dificultades de regulación emocional y conducta suicida</i>	31
<i>2.3.3 Apoyo parental y conducta suicida</i>	35
<i>2.3.4 Búsqueda de ayuda y conducta suicida</i>	36
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	41
3.1 Pregunta de Investigación	41
3.2 Objetivos	41
3.3 Hipótesis	42
4. MÉTODO	44
4.1 Diseño	44
4.2 Diseño Muestral	44
4.3 Participantes	44
<i>4.3.1 Población</i>	44
<i>4.3.2 Muestra</i>	44
4.4 Variables	46
<i>4.4.1 Variables dependientes</i>	46
<i>4.4.2 Variables independientes</i>	47

4.5 Instrumentos	50
4.6 Procedimiento	54
4.6.1 <i>Recolección de datos</i>	55
4.6.2 <i>Análisis de datos</i>	56
4.7 Aspectos Éticos.....	60
5. RESULTADOS.....	63
5.1 Análisis Descriptivos	64
5.2 Caracterización de la Conducta Suicida no Letal	65
5.3 Análisis Bivariados	65
5.3.1 <i>Correlaciones</i>	65
5.3.2 <i>Determinación de factores protectores y de riesgo para ideación e intento suicida</i>	67
5.4 Análisis Multivariados	71
5.5 Aplicabilidad del Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés	73
5.5.1 <i>Efectos de moderaciones</i>	73
6. DISCUSIÓN	79
7. CONCLUSIONES.....	97
8. REFERENCIAS	102
9. ANEXOS	143
Anexo 1: <i>Escala de valoración de la Universidad de Columbia</i>	143
Anexo 2: <i>Cuestionario DASS-21</i>	146
Anexo 3: <i>Escala DERS</i>	147
Anexo 4: <i>EPB - Subescala de Apoyo Parental</i>	149
Anexo 5: <i>Cuestionario General de Búsqueda de ayuda (GHSQ-V)</i>	150
Anexo 6: <i>Consentimiento Informado</i>	154
Anexo 7: <i>Asentimiento Informado</i>	156

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos, Asimetría y Curtosis de las Variables del Estudio..	64
Tabla 2. Frecuencias de la Conducta Suicida no Letal (n=373)	65
Tabla 3. Matriz de Correlaciones entre Variables Continuas de Estudio	66
Tabla 4. Odd Ratios sobre Ideación Suicida por Variables Sociodemográficas y Antecedentes Familiares	67
Tabla 5. Odd Ratios sobre Intento de Suicidio por Variables Sociodemográficas y Antecedentes Familiares	68
Tabla 6. D sobre Ideación Suicida y Factores Psicológicos.....	69
Tabla 7. D sobre Intento de Suicidio y Factores Psicológicos	69
Tabla 8. Regresión Logística Binaria sobre Ideación Suicida	71
Tabla 9. Regresión Logística Binaria sobre Intento de Suicidio.....	72
Tabla 10. Modelo 1: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4) (usando PROCESS).....	74
Tabla 11. Modelo 2: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4) (usando PROCESS).....	75
Tabla 12. Modelo 3: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5) (usando PROCESS).....	76
Tabla 13. Modelo 4: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5) (usando PROCESS).....	77
Tabla 14. Matriz de Correlaciones entre Variables Continuas de Estudio (Rho de	

Spearman)	158
Tabla 15. Modelo 5: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)	158
Tabla 16. Modelo 6: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)	158
Tabla 17. Modelo 7: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)	159
Tabla 18. Modelo 8: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)	159
Tabla 19. Modelo 9: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)	160
Tabla 20. Modelo 10: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)	160
Tabla 21. Modelo 11: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)	160
Tabla 22. Modelo 12: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	161
Tabla 23. Modelo 13: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	161
Tabla 24. Modelo 14: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	161
Tabla 25. Modelo 15: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	162
Tabla 26. Modelo 16: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	162
Tabla 27. Modelo 17: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)	162
Tabla 28. Modelo 18: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5)	163

RESUMEN

La adolescencia es considerada una etapa de mayor riesgo para el desarrollo de conductas suicidas. El modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés puede permitir una mayor comprensión del fenómeno de la conducta suicida en adolescentes consultantes de salud mental, sobre el cual existen escasos estudios en Chile. El objetivo del estudio fue determinar las asociaciones existentes entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desregulación emocional, búsqueda de ayuda y apoyo parental con conducta suicida no letal en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule, Chile. Se utilizó un diseño transversal, con datos secundarios, con una muestra no probabilística de 373 adolescentes ($M= 15,45$, $DE = 1,76$ años; 58,4% mujeres), usuarios de servicios públicos de salud mental de la Región del Maule. Los resultados indican que el 60,1% de los adolescentes ha presentado ideación suicida, en tanto, el 32,7% ha tenido al menos un intento de suicidio en su vida. Factores de riesgo específicos para ideación suicida fueron el género femenino y antecedentes familiares de trastornos mentales. Ideación e intento suicida compartieron como factores de riesgo la desregulación emocional y síntomas de depresión, ansiedad y estrés; y como factores protectores, el apoyo (responsividad) materno y paterno, y la disposición a buscar ayuda. Existe consistencia entre los resultados obtenidos y la evidencia internacional con muestras similares, sin embargo, no fue posible respaldar el modelo de vulnerabilidad-resiliencia para las variables propuestas. La atención de salud mental adolescente debe preponderar el rol protector del apoyo parental, así como brindar tratamientos efectivos y pertinentes en este grupo.

Palabras clave: Adolescencia; conducta suicida no letal; Ideación suicida; Intento de suicidio; Factores protectores; Factores de riesgo.

ABSTRACT

Adolescence is considered a stage of higher risk for the development of suicidal behavior. The stress vulnerability-resilience model may allow a better understanding of the phenomenon of suicidal behavior in adolescent mental health patients, on which there are few studies in Chile. The aim of the study was to determine the associations between symptoms of depression, anxiety and stress, emotional dysregulation, help-seeking and parental support with non-lethal suicidal behavior in a clinical sample of adolescents from the Maule Region, Chile. A cross-sectional design was used, with secondary data, with a non-probabilistic sample of 373 adolescents ($M= 15.45$, $SD = 1.76$ years; 58.4% female), users of public mental health services in the Maule Region. The results indicate that 60.1% of the adolescents have presented suicidal ideation, while 32.7% have had at least one suicide attempt in their lifetime. Specific risk factors for suicidal ideation were female gender and family history of mental disorders. Suicidal ideation and suicide attempt share risk factors as emotional dysregulation and symptoms of depression, anxiety and stress; and as protective factors, maternal and paternal support (responsiveness) and willingness to seek help. There is consistency between the results obtained and international evidence with similar samples; however, it was not possible to support the vulnerability-resilience model for the proposed variables. Adolescent mental health care should emphasize the protective role of parental support, as well as provide effective and relevant treatment

for this group.

Keywords: Adolescence; Non-lethal suicidal behavior; Suicidal ideation; Suicide attempt; Protective factors; Risk factors.

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, que se encuentra determinado por la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos, económicos, sociodemográficos, familiares y culturales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En términos generales, para abordar la conducta suicida se habla de un continuo o “gradiente de suicidalidad” que comienza con ideas de morir, luego con la planificación de alguna forma de atentar contra la propia vida, el intento de suicidio y el suicidio consumado (Wasserman et al., 2012). Dentro de este continuo, es posible hacer una distinción entre conducta suicida no letal (ideación suicida, plan suicida e intento de suicidio) y suicidio (Inostroza et al., 2015; Nock et al., 2008).

Según cifras actualizadas, más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio cada año en el mundo, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos (World Health Organization [WHO], 2021a). En 2016 fue la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (WHO, 2018).

A nivel global, el reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030 es una meta (la única en materia de salud mental) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS (WHO, 2021a).

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2019) ha reportado que anualmente en Chile 1.800

personas se suicidan. En el periodo 1998-2009, los tres principales métodos de suicidio en Chile, en el caso de los hombres, fueron ahorcamiento (80,3%), uso de armas de fuego (9,7%) y envenenamiento (5,3%), y en mujeres fueron ahorcamiento (68,9%), envenenamiento (15,9%) y uso de armas de fuego (5,5%); este mismo patrón se mantuvo en adolescentes y jóvenes (Otzen et al., 2014).

En el año 2009 el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa (no natural) en la población infantojuvenil chilena, siendo los grupos de 15 a 24 años, los que presentaron la mayor cantidad de suicidios (MINSAL, 2016).

Como respuesta a esta situación, se ha establecido la reducción de las tasas de suicidio en población adolescente como un objetivo sanitario, implementando diversas estrategias, como el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013).

Araneda et al. (2021), en un estudio sobre el suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile, estimaron tasas promedio de mortalidad por suicidio de 5,4 y 14,7 por 100.000 habitantes en los grupos de 10 a 19 años y de 20 a 24 años, respectivamente, en el periodo 2000 a 2017. Se ha observado que, siguiendo la tendencia internacional, estudios nacionales coinciden en que la mortalidad por suicidio fue mayor en los jóvenes que en los adolescentes, y entre hombres que en mujeres (Araneda et al., 2021; Otzen et al., 2014). Esto indica que es importante realizar esfuerzos de prevención del suicidio en edades tempranas diferenciados para hombres y mujeres (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015).

En tanto, en la Región del Maule, las tasas de mortalidad por suicidio en los grupos de 10 a 19 años y de 20 a 24 años presentaron valores estimados de 5,3 y 17,6 suicidios por 100.000 habitantes, respectivamente, en el periodo de 2000 a 2017. En ambos grupos las tasas fueron superiores para los hombres respecto a las mujeres (Araneda et al., 2021).

Por otra parte, existe un mayor riesgo de ocurrencia de intentos de suicidio en la adolescencia que en cualquier otro momento de la vida (Miranda et al., 2014; Miranda & Shaffer, 2013). Esto se encontraría relacionado al período crítico de vulnerabilidad que implica esta etapa del ciclo vital, donde los grandes cambios emocionales, cognitivos, sociales y físicos que caracterizan la adolescencia y los desafíos que supone la transición a la adultez pueden incidir en aumentar el grado de estrés que experimentan la mayoría de los adolescentes, siendo un período de riesgo para la aparición de condiciones de salud mental (Bilsen, 2018; Mellado et al., 2021; WHO, 2021a). Estos antecedentes dan cuenta de la necesidad de realizar una identificación anticipada y oportuna de los grupos de riesgo, así como también de los factores que resultan protectores ante la aparición de las conductas suicidas, con el fin de que sean promovidos y reforzados desde etapas tempranas del ciclo vital. Esto podría ayudar a reducir el impacto psicológico y social que tiene el suicidio para el entorno familiar y comunitario, así como los costos asociados al suicidio, los que afectan a las personas, las familias, las comunidades, los estados y la nación en general, incluyendo costos médicos para las personas y sus familias, pérdida de ingresos familiares y pérdida de productividad para empleadores (Shepard et al., 2016).

Los antecedentes epidemiológicos respecto al suicidio dan cuenta de la relevancia y necesidad de abordar y generar aproximaciones preventivas de las conductas suicidas no letales en las poblaciones con mayores tasas de prevalencia, como la adolescencia, lo que también permite un mayor alcance de estas estrategias en etapas posteriores, como la adultez emergente.

La revisión de los factores de riesgo para conductas suicidas a nivel individual identifica como uno de los más relevantes la presencia de trastornos mentales (OMS, 2014); el riesgo de cometer un acto suicida en este grupo de personas es 10 veces mayor que el de sujetos sin psicopatologías (Vijayakumar et al., 2005). Siendo la adolescencia un período de particular preocupación pues se ha identificado una mayor susceptibilidad al desarrollo de psicopatología internalizante y externalizante en esta etapa (Casey et al., 2014; Spear, 2000), estimándose que uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años (13%) padece algún trastorno mental a nivel mundial (WHO, 2021b), cifra que se eleva hasta un 31% según un metaanálisis más reciente (Silva et al., 2020). Además, se encontró que el 90% de los adolescentes que se han suicidado presentaba un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte, y más del 50% había tenido un trastorno psiquiátrico durante al menos 2 años (Steele & Doey, 2007), lo que da cuenta de la convergencia de este importante factor de riesgo en la adolescencia.

Se han realizado estudios de prevalencia y factores de riesgo en adolescentes no consultantes a nivel nacional, particularmente centrados en muestras de estudiantes secundarios (Barroilhet et al, 2012; Haquin et al., 2004; Mellado et al., 2021; Salvo et

al., 1998; Salvo & Melipillán, 2008; Silva et al., 2017; Valdivia et al. 2015; Ventura-Juncá et al., 2010), quienes han encontrado asociaciones entre suicidalidad y diversas variables como el género femenino, autoestima, impulsividad, cohesión familiar, apoyo social, edad, consumo de tabaco, desesperanza, depresión, eventos vitales, entre otras, no obstante, estos estudios no han considerado muestras clínicas de adolescentes, siendo un ámbito de incipiente desarrollo en Chile. Además, en su mayoría corresponden a investigaciones realizadas en la Región Metropolitana y la provincia de Concepción, por lo que no se han realizado estudios previos acerca de la prevalencia de conductas suicidas no letales y su interacción con factores de riesgo y protectores en población adolescente consultante en la Región del Maule.

Es importante considerar que, pese a la fuerte asociación entre trastornos psiquiátricos y el desarrollo de conductas suicidas, una alta proporción de pacientes que sufren algún trastorno mental no intenta suicidarse y que la mayoría de ellos no morirá por suicidio (Echávarri et al., 2015). Por lo tanto, surge la pregunta: ¿Qué factores protectores y de riesgo inciden en la presencia de conductas suicidas no letales en adolescentes consultantes de salud mental?

Si bien la evidencia científica en nuestro país acerca de la conducta suicida en adolescentes ha ido en aumento, como se mencionó previamente, esta suele centrarse en los factores de riesgo de la población general, no existiendo estudios previos que ahonden en la interacción factores protectores y de riesgo de la conducta suicida no letal en población adolescente consultante de salud mental. Asimismo, es relevante realizar un

análisis de los patrones de interacción más complejos de la conducta suicida no letal en este grupo específico de la población, brindando un marco comprensivo desde el cual observar este fenómeno.

En consideración de los antecedentes señalados, es social y teóricamente necesario profundizar en la investigación sobre la conducta suicida no letal de las personas con trastornos mentales, especialmente en adolescentes. Estos aportes pueden ayudar a generar intervenciones pertinentes y efectivas en relación con las características particulares que implica la práctica clínica con adolescentes consultantes de dispositivos de salud mental dentro de las redes asistenciales de salud pública. Además, significará un aporte relevante al conocimiento científico, proporcionando evidencia para diseñar e implementar políticas sanitarias de prevención y promoción de la salud adecuados para este grupo.

En este sentido, los principales objetivos de este estudio consisten en examinar las características de la conducta suicida no letal en adolescentes que son usuarios de diversas unidades de salud mental de la red de salud pública de la Región del Maule, identificar los factores de riesgo y protectores que se relacionan con la ocurrencia de conductas suicidas no letales en este grupo de la población, y, por último, evaluar la coherencia del modelo teórico de vulnerabilidad-resiliencia al estrés respecto al análisis de la conducta suicida no letal en adolescentes consultantes. Para ello, en el segundo apartado, a continuación de la introducción, se presenta una revisión teórica respecto a la evidencia científica existente sobre la conducta suicida no letal adolescente, así como

algunos factores de riesgo y protectores asociados. El tercer apartado presenta el planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis del estudio. El cuarto apartado aborda el método utilizado, el diseño del estudio, los participantes, los instrumentos, el procedimiento y aspectos éticos. El quinto apartado presenta los resultados descriptivos de la conducta suicida no letal y otras variables, análisis de regresiones logísticas para evaluar factores de riesgo y protectores, así como análisis multivariados de modelos y moderaciones. El último apartado corresponde a la discusión de los resultados en base a la evidencia científica disponible, implicancias sociales y clínicas, limitaciones del estudio y perspectivas para futuras investigaciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conducta Suicida: Definiciones y Epidemiología

El estudio de la conducta suicida ha promovido la utilización de múltiples expresiones que permiten diferenciar conceptos dentro de este espectro. Se pueden subdividir en conductas suicidas no letales, que incluyen la ideación suicida, definida como el presentar pensamientos sobre el fin de la propia vida; la planificación suicida, que consiste en tener pensamientos sobre un método específico para quitarse la vida; el intento de suicidio, definido como un comportamiento autoinfligido, potencialmente perjudicial, con un resultado no fatal para el cual hay evidencia (explícita o implícita) de la intención de morir (Nock et al., 2008; Wasserman et al., 2012); hasta las conductas suicidas letales o el suicidio consumado (Turecki et al., 2019).

En el año 2016 hubo alrededor de 817.000 muertes por suicidio en todo el mundo, lo que representa una tasa de 11,1 muertes por 100.000 habitantes (Naghavi, 2019). El número total de muertes por suicidio aumentó a nivel mundial entre 1990 y 2016 en un 6,7%, pero la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad disminuyó en un 32,7%, de 16,6 muertes por 100.000 en 1990, a 11,2 muertes por 100.000 en 2016. En 2016, 34,6 millones de años de vida perdidos se debieron al suicidio (Naghavi, 2019).

Las tasas globales de suicidio han caído alrededor de un 30% en lo avanzado del siglo XXI hacia estimaciones cercanas a los 700.000 suicidios durante el año 2019, principalmente como consecuencia de disminuciones que van del 17% en la Región del

Mediterráneo Oriental al 47% en la Región de Europa y 49% en la Región del Pacífico Occidental. Influyentes son las marcadas caídas en China y, en menor medida, India (Naghavi, 2019; Turecki et al., 2019; WHO, 2021a; WHO, 2021c). No obstante, esta tendencia general ha ocultado un aumento en las tasas de suicidio estandarizadas por edad en la Región de las Américas, alcanzando el 17% en el mismo período, destacando EE. UU. y Brasil, donde las tasas aumentaron más de un 40% entre 2000 y 2019 (WHO, 2021a; WHO, 2021c).

En el contexto nacional esta realidad no es muy distinta. Las tasas de suicidio en población general presentaron un incremento progresivo a partir de los años 2000, alcanzando al alcanzar su punto máximo en 2008 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2019). Posteriormente, las tasas ajustadas de mortalidad mostraron una tendencia al descenso, estabilizándose a partir de 2013 con valores cercanos a los 10 casos por cada 100 mil habitantes. Las últimas cifras validadas en Chile indican una tasa observada de 10,39 al año 2018 a nivel nacional (MINSAL, 2021).

El análisis territorial de las tasas de mortalidad por suicidio en el año 2018 indica que las tasas más altas se observaron en las regiones de Atacama y Maule. Asimismo, las tasas más bajas se encuentran en las regiones del extremo norte del país (MINSAL, 2021). En relación con el suicidio adolescente, cifras actualizadas al año 2019 indican que, en el mundo, en el grupo de 15 a 19 años la muerte por suicidio se posicionó en el tercer lugar de todas las causas de muerte (después de los accidentes de tránsito y violencia

interpersonal), en tanto, en el segmento de 20 a 29 años el suicidio constituye la segunda causa de muerte, siendo superada solamente por las muertes asociadas a accidentes de tránsito (OMS, 2021).

En las Américas, usando datos colectados entre los años 2001 y 2008, se estimó una tasa de suicidio de 5,7 por 100.000 en los jóvenes (10-24 años), con tasas de suicidio más altas en los hombres (7,7 por 100.000) que en las mujeres (2,4 por 100.000) (Quinlan-Davidson et al., 2014). Los países con las tasas más altas fueron Chile, Ecuador, Guyana, Nicaragua, El Salvador y Surinam (Quinlan-Davidson et al., 2014). Las cifras de prevalencia de ideación, planificación e intento de suicidio en adolescentes en Estados Unidos son de 12.1%, 4% y 4.1% respectivamente (Nock et al., 2013).

El número de suicidios consumados entre los adolescentes varones es mayor que el de las adolescentes (McLoughlin et al., 2015), mientras que la ideación y los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las adolescentes. Este fenómeno ocurre en la mayoría de los países occidentales y se conoce como la paradoja de género del comportamiento suicida (Beautrais, 2002; Canetto & Sakinofsky, 1998).

La incidencia de suicidio aumenta notablemente al final de la adolescencia y posteriormente (Roh et al., 2018). Esto se refleja en un aumento global de 0,6 suicidios consumados por cada 100.000 personas entre jóvenes de 14 años o menos (Dervic et al., 2008) a una tasa media mundial de suicidios de 6,9/100.000 en adolescentes entre 15 y 19 años. Sin embargo, la magnitud de los efectos del género y la edad en las tasas de suicidio varía considerablemente entre países (Roh et al., 2018).

Al comparar la tasa de suicidio adolescente entre los países miembros de la OCDE, Chile se posiciona en el cuarto lugar, con una tasa de 5,36 muertes por cada 100 mil habitantes (Roh et al., 2018). Con respecto a las diferencias entre subgrupos, Chile presenta las tasas más altas entre los 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).

Se han realizado estudios de prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes escolarizados en regiones específicas de Chile; las cifras entregadas por estos estudios son variables. En la última década, se han publicado dos investigaciones centradas en población adolescente en la provincia de Concepción; por una parte, Silva et al. (2017) estimaron en un 14,3% la prevalencia de vida de intento suicida en adolescentes (haber intentado por lo menos una vez quitarse la vida en algún momento), y en un 9% la prevalencia de intento de suicidio en los últimos doce meses. Por otra parte, Valdivia et al. (2015) determinaron una prevalencia de vida de intento de suicidio de 25,6%; y de 16,4% la prevalencia de intento de suicidio en los últimos doce meses. En la región del Maule, en una investigación donde se evaluaron a 440 estudiantes adolescentes que cursaban estudios secundarios, se observó que en promedio las mujeres reportaron mayor ideación suicida que los hombres, así como también mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiosa e impulsividad (Mellado et al., 2021).

El estudio de las diversas conductas dentro del espectro suicida reviste especial

importancia, por cuanto pueden ser útiles para identificar personas con mayor riesgo futuro de conductas suicidas más graves, planteamiento realizado en el estudio de Rueter et al. (2008), quienes encontraron una asociación entre la ideación suicida durante la adolescencia y realizar un plan o intento suicida durante la edad adulta joven, notando que alrededor del 25% de los adolescentes que habían informado tener ideación continuaron haciendo un plan suicida y que entre el 12% y el 13% hicieron un intento de suicidio.

2.2 Modelos de la Conducta Suicida

En 1897, Émile Durkheim publicó una de las primeras teorías completas del suicidio (Durkheim, 1897). Durkheim establece como base de su teoría que el suicidio es el resultado de factores sociales, los cuales jugarían un papel clave en la génesis de la conducta humana (Lopez-Castroman & Calati, 2019). Conceptualiza estos aspectos en dos dimensiones: la integración social, los lazos sociales con los demás y con la sociedad; y la regulación moral, los efectos de las reglas y normas sociales en los individuos (Stanley et al., 2016).

Durkheim complementa su teoría con observaciones acerca de los grupos con mayores tasas de suicidio, señalando que son más altas entre los hombres que entre las mujeres, los solteros que los casados, los que no tienen hijos que los que tienen hijos y los protestantes que los católicos (Stanley et al., 2016). A partir de estas observaciones, Durkheim concluye que cuando los individuos no están integrados en la sociedad o carecen de la estructura de un grupo social, experimentan sentimientos de falta de

sentido y depresión, que en última instancia resultan en el suicidio. Además, afirma que las tasas de suicidio aumentan en el otro extremo del espectro cuando existe un control o regulación social excesiva, llegando a resultar opresiva (Stanley et al., 2016).

Posterior a la teoría de Durkheim se han desarrollado diversos modelos explicativos del fenómeno del suicidio, tales como la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2007) y el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (O'Connor et al., 2011), siendo el más reconocido y aceptado, el Modelo de Diátesis Estrés (Mann et al., 1999).

2.2.1 Modelo de Diátesis-Estrés de la conducta suicida

El riesgo de suicidio está influenciado por la interacción de una variedad de factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Desde este punto de vista, se han propuesto modelos generales para comprender el riesgo de suicidio (O'Connor & Kirtley, 2018; Van Orden et al., 2010). La mayoría de los modelos reconocen que el riesgo de suicidio es el resultado de la interacción entre factores predisponentes (conocidos como distales o de vulnerabilidad) y precipitantes (proximales, desencadenantes o de estrés); algunos de estos modelos también especifican un papel para los factores de desarrollo (Turecki et al., 2019).

De acuerdo con Mann et al. (1999), la conducta suicida se apoya teóricamente en el modelo de estrés-diátesis (predisposición-vulnerabilidad) que explica el fenómeno con base en las características de algunos individuos que generan reacciones particulares frente a determinados estímulos ambientales. Desde esta perspectiva, se busca explicar la tendencia hacia el suicidio por medio de dos dimensiones: el estrés, como factor

desencadenante, que actúa sobre los rasgos de vulnerabilidad de la persona o diátesis (Mann et al., 1999).

Por un lado, los diferentes estresores (como eventos vitales estresantes) se asocian al desarrollo de desesperanza, percepción de depresión e ideación suicida (Mann et al., 1999). Por otro lado, variables predisposicionales como una tendencia biológica o psicológica a desarrollar un trastorno, donde se incluye la genética, el abuso de sustancias, la personalidad límite o borderline, la impulsividad y la agresión de rasgo actuarían como desinhibidores de la conducta suicida, permitiendo la aparición del acto suicida (Salazar et al., 2018).

El modelo explica esta relación a partir de alteraciones a nivel cerebral en el sistema serotoninérgico que podrían mediar la relación entre la conducta suicida, agresión/impulsividad y abuso de alcohol; la vía de la serotonina es la mejor descrita en la depresión y sus alteraciones se han asociado con la conducta suicida (Turecki et al., 2019).

2.2.2 Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés

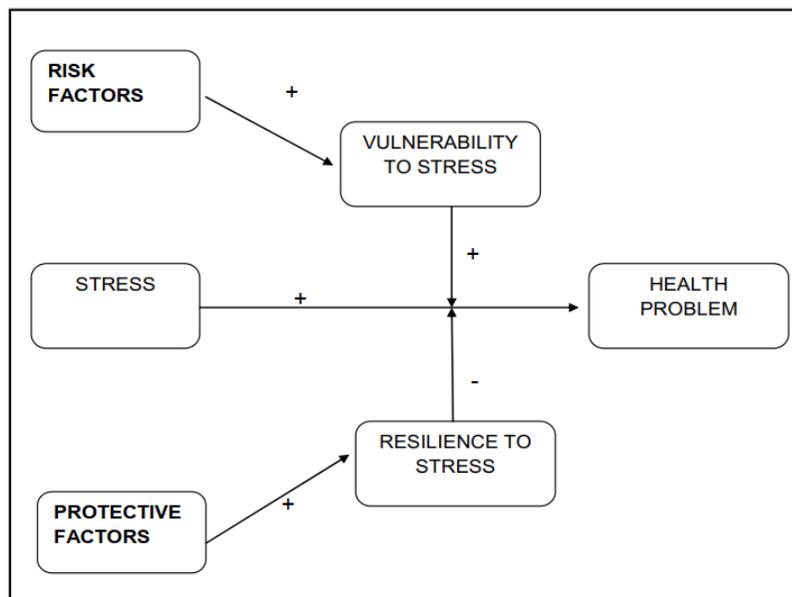
Breton et al. (2015) propusieron una adaptación del enfoque de diátesis-estrés a través del desarrollo de un modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés (Figura 1) basado en los principios de la psicopatología del desarrollo para la clínica de trastornos del estado de ánimo.

Los factores de protección y de riesgo pueden verse como puntos de vista opuestos del mismo concepto. Ambos son factores relacionados con los niveles de estrés, pero los

primeros tienen que ver con la resiliencia al estrés y los segundos con la vulnerabilidad al estrés (Breton et al., 2015). La vulnerabilidad influye en la respuesta de una persona a situaciones estresantes en una dirección negativa. La resiliencia, en cambio, influye en la respuesta de una persona en una dirección positiva. La resiliencia se puede definir como un proceso dinámico que da lugar a una adaptación positiva del sujeto a pesar de vivir una experiencia adversa (Kim-Cohen & Turkewitz, 2012).

La resiliencia y la vulnerabilidad se centran en las características individuales que moderan -efecto interactivo- el impacto del estrés o la adversidad en diversos indicadores de la salud. Algunos hallazgos indican que los niveles altos de estrés pueden fomentar la vulnerabilidad, mientras que los niveles moderados pueden fomentar la resiliencia mediante la inoculación del estrés o un efecto de acero, es decir, el estar expuesto a una considerable adversidad psicológica o ecológica de la vida genera una resiliencia mental frente a estímulos adversos en niveles moderados de estrés (Kim-Cohen & Turkewitz, 2012; Rutter, 2012).

Este modelo implica tanto la resiliencia como la vulnerabilidad en la predicción de la psicopatología en adolescentes (Breton et al., 2015). El problema de salud estudiado (depresión en el artículo original) sería el resultado de una falla de los mecanismos de adaptación individuales (alta vulnerabilidad y baja resiliencia) para responder a los eventos o circunstancias estresantes de la vida. Bajo este modelo, la vulnerabilidad y la resiliencia actúan como variables moderadoras del impacto de una situación estresante (Figura 1) (Baron & Kenny, 1986; Breton et al., 2015; Kraemer et al., 2001).

Figura 1*Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés**Nota.* Tomado de Breton et al. (2015).

2.3 Factores de Riesgo y Protectores de Conducta Suicida en la Adolescencia

En el estudio de la conducta suicida, el modelo Diátesis-Estrés (Mann et al., 1999) es uno de los más utilizados, dado que reconoce la interacción entre un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida (diátesis), y eventos estresantes del ambiente. Personas con una vulnerabilidad específica pueden presentar una mayor propensión a una conducta suicida cuando están expuestos a eventos estresantes, sobre todo, durante un largo período de tiempo.

Roh et al. (2018) encontraron que la adolescencia tardía y el género masculino eran factores de riesgo universales para el suicidio adolescente. Esta diferencia entre géneros

se debe a los distintos métodos utilizados para suicidarse entre hombre y mujeres, los primeros suelen recurrir al uso de medios más letales (por ejemplo, armas de fuego), que otros métodos utilizados generalmente por mujeres, como intoxicaciones (Cuadrado et al., 2015).

Se ha señalado como un factor de riesgo específico el historial familiar de conductas suicidas, variable que actúa de manera independiente a los trastornos psiquiátricos (Roy & Janal, 2005).

Estudios basados en la comunidad han encontrado evidencia de factores de relaciones familiares y de pares como predictores significativos de la ideación y el comportamiento suicida, por ejemplo, la falta de disponibilidad de la red familiar (Connor & Rueter, 2006; O'Donnell et al., 2003).

Existe evidencia de que diferentes tipos de violencia física, abuso sexual en la infancia, negligencia, acoso, victimización y exclusión escolar son factores de riesgo suicida (Goldston et al., 2016; King & Merchant, 2008).

También se ha estudiado la importancia de la integración y el aislamiento social como factores que inciden en el comportamiento suicida en adolescentes (King & Merchant, 2008). En Estados Unidos, Bearman y Moody (2004) analizaron los patrones de riesgo de pensamientos y conductas suicidas para 13465 niños, niñas y adolescentes durante un año; informaron que el aislamiento social de los pares y las amistades intransitivas (cuando el círculo de amistad abarca a varias personas desconectadas) aumentó significativamente las probabilidades de ideación suicida en el caso de las niñas. Sin

embargo, ser parte de una comunidad escolar estrechamente interconectada fue protector contra los intentos de suicidio para los niños.

La influencia de los trastornos mentales y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo suicida serán descritos en los próximos subapartados.

De forma contrapuesta a los factores de riesgo, los factores protectores de la conducta suicida también juegan un papel determinante en el estudio de esta temática. Sin embargo, su estudio ha evidenciado menor interés en relación con el volumen de estudios existentes respecto a factores de riesgo de la conducta suicida (Huang & Wang, 2019; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014).

Entre los factores asociados con una disminución del riesgo de suicidio destacan (Turecki & Brent, 2016): contar con una red de apoyo social bien desarrollada, tener fuertes razones para vivir, responsabilidad por niños pequeños, religiosidad (asistencia frecuente a servicios religiosos o religiosidad personal), extraversión, optimismo, afrontamiento efectivo y capacidad de resolución de problemas.

En tanto, otros estudios (Lew et al., 2020; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014) señalan como factores protectores de la conducta suicida mantener relaciones interpersonales que acompañan y contienen, contar con personas significativas, alta autoestima, esperanza, autoconcepto positivo, autorregulación, flexibilidad cognitiva, estilo atribucional positivo, presencia de significado en la vida y búsqueda de significado.

2.3.1 Trastornos mentales y conducta suicida en la adolescencia

Los determinantes individuales tienen un alto grado de asociación con la conducta suicida; entre ellos, los trastornos psiquiátricos son los mayores predictores de esta conducta a nivel poblacional, incluyendo la de adolescentes, destacando la depresión, el consumo de alcohol y drogas, y los problemas conductuales (Aseltine et al., 2009; Hawton et al., 2012; Vijayakumar et al., 2011).

Uno de los diagnósticos en salud mental que muestra una mayor relación con suicidio son los trastornos del estado de ánimo, con tasas cercanas al 60% en estudios de autopsias psicológicas de adolescentes (Renaud et al., 2008). En este sentido, es el trastorno depresivo el que cuenta con mayor evidencia respecto a su asociación con conductas suicidas en adolescentes (Hawton et al., 2012). Bella et al. (2010) identificaron que las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio en adolescentes fueron la depresión (29,27%) y el trastorno de conducta disocial (24,39%).

Numerosos estudios en entornos comunitarios y clínicos han revelado una asociación entre síntomas depresivos, conductas autolesivas, ideación suicida, intento de suicidio y el riesgo de un eventual suicidio (Labelle et al., 2013; Oquendo et al., 2004).

La secuencia de tiempo y el desarrollo de conductas suicidas, desde la ideación suicida, intentos suicidas al suicidio consumado, depende del tipo de trastorno diagnosticado. Se ha señalado que los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos y los trastornos depresivos aceleran esta secuencia (Angst et al., 2005).

Según Nock et al. (2010), la relación entre distintos trastornos psiquiátricos y diferentes formas de conducta suicida es específica y, por lo tanto, los efectos observados deben ser desagregados. Se ha observado que la depresión predice la ideación suicida, pero no los planes o intentos en pacientes con ideación. En cambio, los trastornos caracterizados por ansiedad/agitación severa y por un escaso control de impulsos (como los trastornos conductuales, y los trastornos por abuso de sustancias), tienen un mayor poder predictivo para un plan o intento suicida.

Otro factor importante de riesgo de suicidio son los intentos de suicidio previos, especialmente en adultos y adolescentes (Soole et al., 2014). De igual forma, la ideación suicida severa constituye un factor de riesgo de intento de suicidio en adolescentes; la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes con ideación fluctúa entre 13,2% y 29%, superando el 50% cuando la ideación se presenta en la forma de un plan estructurado para cometer el intento (Valdivia et al., 2015).

El trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar han sido asociados con un 60% de los suicidios (Hawton & van Heeringen, 2009); en presencia de altos niveles de desesperanza aumentaría el riesgo, especialmente en población adolescente (Bridge et al., 2006). Los trastornos de ansiedad constituyen un factor de riesgo en la adolescencia y adultez temprana (Goldston et al., 2016), de igual forma que el abuso de alcohol y otras drogas (Rosenberg et al., 2005), y circunstancias externas o gatillantes como duelo reciente, divorcio, disfunción familiar, conflictos con los padres, entre otros (Bridge et al., 2006; Soole et al., 2014).

La evidencia científica respalda la importancia de mantener un interés clínico en los factores protectores de los adolescentes con afecciones de salud mental, adquiriendo la evaluación clínica inicial una especial preponderancia en la detección y seguimiento de tales factores. Aunque varias investigaciones han integrado factores de riesgo y de protección en el estudio de la psicopatología, los mecanismos y las interrelaciones siguen siendo poco conocidos (Toth & Cicchetti, 2010).

2.3.2 Dificultades de regulación emocional y conducta suicida

Es importante considerar los procesos emocionales al momento de estudiar conductas suicidas, dado que la función de la cognición en las personas suicidas no puede analizarse separada del contexto emocional en el que ocurre la cognición (Wagner & Zimmerman, 2006).

Guzmán-González et al. (2014) coinciden en que la regulación emocional es un proceso en el cual se modularía la respuesta emocional, a fin de alcanzar una meta determinada. La adolescencia es un período de considerable interés desde la perspectiva de la regulación de las emociones por varias razones. Desde el punto de vista del desarrollo, este período está asociado con cambios biológicos y físicos significativos, una creciente necesidad de independencia, presiones académicas y/o laborales, y relaciones sociales fluctuantes. Estos desafíos suelen ir acompañados de una mayor reactividad emocional y estrés (Casey et al., 2010). Diversas hipótesis señalan que el desarrollo cerebral continuo hace que los adolescentes sean incapaces de regular con éxito sus emociones, lo que subyace un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y trastornos relacionados con el estrés

(Powers & Casey, 2015).

Algunos investigadores han postulado un “desajuste de desarrollo” o “desequilibrio” en el desarrollo de los sistemas neurales que apoyan la reactividad emocional y la regulación en la adolescencia, dado que el desarrollo de las regiones prefrontales es más tardío que el de las estructuras límbicas como la amígdala, el estriado ventral y la corteza orbitofrontal (Casey et al., 2008; Somerville & Casey, 2010).

Es posible que las interacciones entre estos procesos neurocognitivos y las presiones sociales contribuyan a que aspectos del procesamiento emocional y el desarrollo de la regulación de los adolescentes parezcan seguir una trayectoria no lineal, lo cual puede explicar parcialmente la volatilidad emocional y la asunción de riesgos en esta etapa de la vida (Casey & Caudle, 2013). En consecuencia, durante el lapso hasta la madurez funcional de las regiones prefrontal y límbica, los adolescentes serían menos efectivos para regular sus propias emociones y se verían más afectados por el contexto (por ejemplo, la influencia de pares) al tomar decisiones (Ahmed et al., 2015).

La capacidad para regular las emociones con éxito se va desarrollando de forma significativa durante la adolescencia, a medida que los jóvenes navegan por estados internos cada vez más complejos y crecientes demandas ambientales (Young et al., 2019).

Los modelos etiológicos de los procesos suicidas indican que la regulación de las emociones juega un papel importante en la predicción de la ideación suicida (O'Connor et al., 2016). Investigaciones sugieren que las dificultades con la regulación de las

emociones podrían aumentar el riesgo de intentos de suicidio (Rajappa et al., 2012; Wagner & Zimmerman, 2006). Según Pisani et al. (2013) el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas estaría asociado con la ideación suicida y los intentos de suicidio.

Miranda et al. (2013) en un estudio en una muestra de adultos jóvenes, hallaron que la incapacidad percibida para generar estrategias de regulación emocional se asoció con una mayor ideación suicida en el seguimiento de 2 a 3 años, y esta relación se explicaba parcialmente por niveles más altos de rumiación y desesperanza.

Un factor importante en los modelos de ideación suicida es el dolor psicológico (Klonsky & May, 2015). Parte del manejo de este dolor depende de la capacidad de regulación de las emociones, es decir, la capacidad de monitorear, evaluar y modificar las experiencias y respuestas emocionales (Gratz & Roemer, 2004).

Algunas investigaciones sugieren que la regulación de las emociones puede variar según el tipo de comportamiento suicida: estudios que utilizaron muestras clínicas encontraron que los adolescentes que intentaron suicidarse informaron más dificultades con la regulación del afecto y los impulsos en comparación con quienes manifestaron solo ideación suicida (Zlotnick et al. 2003). Asimismo, los adolescentes que tuvieron múltiples intentos suicidas dieron cuenta de una mayor desregulación afectiva que los que tuvieron un solo intento (Esposito et al., 2003).

Los sentimientos de estar atrapado debido a autoevaluaciones negativas apoyarían la cognición de que el suicidio como escape es la única solución. Esta estrategia ineficaz de

regulación del afecto, combinada con factores de aislamiento social, aumenta la probabilidad de ideación suicida e intento de suicidio (O'Connor & Nock, 2014; Sánchez-Cabada et al., 2020; Swee et al., 2020).

Estudios en muestras comunitarias de adolescentes han revelado la existencia de asociación entre bajos niveles de autoeficacia emocional (baja capacidad percibida de utilizar estrategias de afrontamiento efectivas) y riesgo de intento de suicidio (Valois et al., 2015); asimismo, se ha hallado que la dimensión de estrategias de regulación emocional presenta una fuerte correlación con la ideación suicida (Weinberg & Klonsky, 2009), además de ser un predictor significativo del riesgo de intento de suicidio cuando estas estrategias son limitadas (Pisani et al., 2013).

Se ha informado que las estrategias funcionales para regular las emociones (utilizar recursos de manera adaptativa para facilitar el bienestar), como la reevaluación cognitiva, se asocian con una reducción de las conductas suicidas, mientras que las estrategias disfuncionales, como la supresión emocional, se asocian con un aumento de las conductas suicidas (Ong & Thompson, 2019).

Cuadra-Peralta et al. (2021) hallaron en una muestra de adolescentes escolares no consultantes de Arica, Chile, que el 34% había presentado ideación suicida, identificando también una asociación, moderada y positiva, entre la presencia de ideación suicida y factores tales como la desregulación emocional, ansiedad, depresión, estrés y género femenino; este estudio contextualizado en una muestra nacional respalda la asociación entre desregulación emocional e ideación suicida develada por

investigaciones internacionales.

2.3.3 Apoyo parental y conducta suicida

A la importancia de los factores clínicos asociados al riesgo de suicidio adolescente, se suma la influencia de factores psicosociales, como las dinámicas familiares. Sin embargo, el estudio de la influencia de éstas en la conducta suicida aún se encuentra en desarrollo (Sharaf et al., 2016; Zaborskis et al., 2016).

El apoyo parental es una de las dimensiones con que tradicionalmente se ha caracterizado al estilo parental, siendo definida como las actitudes y acciones parentales que intencionalmente fomentan la individualidad, la autorregulación y la autoafirmación de los hijos. Esta dimensión incluye calidez en la relación, apoyo a la autonomía, comunicación y respuesta positiva a las demandas y necesidades de los hijos (Barber et al., 2005). El apoyo parental ha sido considerado un factor protector para la conducta suicida en población general adolescente y adultos jóvenes (Macalli et al., 2018; Zaborskis et al., 2016).

En un estudio realizado por Bravo-Andrade et al. (2019), hallaron como principales factores familiares de riesgo ante el suicidio adolescente la separación o distanciamiento y la falta de expresión emocional. Mientras que los factores familiares de protección primordiales fueron la conexión entre los miembros de la familia, y los recursos sociales y económicos. Rutter (1999) destaca el apego adecuado, la disciplina, la monitorización, la calidez y el apoyo apropiados como factores protectores de la conducta suicida. Bahamón et al. (2018) evidenció que las dimensiones que predicen en mayor medida la

ideación suicida en hombres y mujeres son el control psicológico materno y la imposición paterna.

En Chile, Florenzano et al. (2011) analizaron las relaciones existentes entre ideación suicida y estilos parentales en estudiantes adolescentes, encontrando nueve factores protectores de la ideación suicida para grupos de adolescentes con y sin síntomas depresivos: autoestima, aceptación parental, autonomía psicológica parental, calidad en la relación con la madre, calidad en la relación con el padre, amabilidad parental, expresión de afectos físicos, monitoreo paterno y participación en decisiones familiares.

Un estudio nacional (Mellado et al., 2021) que analizó los efectos del apoyo parental en las conductas suicidas de los adolescentes identificó que el apoyo materno moderó el efecto de la sintomatología depresiva/ansiosa y la impulsividad sobre la ideación suicida. Específicamente, en un nivel alto de apoyo materno, el efecto de la sintomatología depresiva/ansiosa y la impulsividad sobre la ideación suicida fue menor. El apoyo paterno, en tanto, no fue un moderador significativo (Mellado et al., 2021).

La evidencia revisada da cuenta de la importancia de analizar la relación y apoyo que los padres entregan a sus hijos, considerando que estos aspectos pueden constituir un factor protector de la conducta suicida en la adolescencia.

2.3.4 Búsqueda de ayuda y conducta suicida

La búsqueda de ayuda puede definirse como la conducta de buscar activamente ayuda desde otras personas. Se trata de comunicarse con otros, para obtener ayuda en respuesta

a un problema o experiencia estresante (Carlisle et al., 2006).

La búsqueda de ayuda también se considera una forma de afrontamiento, basada sobre relaciones sociales y habilidades interpersonales. Es una habilidad aprendida, que es adaptativa y está relacionada al bienestar psicológico (Rickwood et al., 2005).

La ayuda puede ser obtenida desde una diversidad de fuentes dependiendo del nivel de formalidad, desde fuentes informales (personas que tienen una relación personal, y no profesional, con el buscador de ayuda, como amigos y familia), a fuentes formales (profesionales que tienen una función profesional legítima en la prestación de asesoramiento, apoyo y/o tratamiento, como profesional de la salud) (Barker et al., 2005; Olivari & Guzmán-González, 2017; Rickwood et al., 2005).

En el contexto específico de la salud mental, la búsqueda de ayuda es un proceso de afrontamiento adaptativo, que corresponde al intento de obtener ayuda externa para lidiar con un problema de salud mental (Rickwood et al., 2005).

Aunque la atención de la salud mental está disponible en muchos países, la brecha de atención tanto para los trastornos mentales como para la conducta suicida sigue siendo alta. Una posible razón es el bajo nivel de comportamiento de búsqueda de ayuda formal dentro del sistema, situación que se hace más evidente entre los jóvenes (Lustig et al., 2021).

La búsqueda de ayuda pertinente, y el consecuente acceso rápido a la atención profesional adecuada para los adolescentes con pensamientos y comportamientos suicida

es crucial, ya que ambos se asocian con un menor riesgo de suicidio posterior (Lustig et al., 2021). Sin embargo, la evidencia señala que solo el 20-40% de los niños y adolescentes con problemas de salud mental han sido detectados por los servicios de salud, y solo el 25% recibió el tratamiento profesional adecuado (Sanci et al., 2010). En este sentido, la conducta de búsqueda de ayuda en los jóvenes es fundamental para su salud mental y bienestar, siendo considerada un factor protector en el ámbito de la salud y desarrollo de los adolescentes, pues se ha estudiado que una oportuna búsqueda de ayuda y atención incidiría en disminuir las consecuencias que podrían generar en este grupo etario los problemas de salud mental (Olivari & Guzmán-González, 2017).

La proporción de personas que reciben ayuda profesional por autolesiones y tendencias suicidas se ha estimado entre el 10 y el 50%, dependiendo de factores como la edad, el sexo y el país (Cotter et al., 2015; Kaess et al., 2020; Lustig et al., 2021).

La literatura existente sobre la búsqueda de ayuda de los adolescentes sugiere una tendencia a buscar ayuda de agentes informales (es decir, amigos, padres), en lugar de fuentes de ayuda profesionales, como maestros, consejeros, psicólogos, psiquiatras y otros servicios de salud social y mental cuando se enfrentan a un problema (Del Mauro & Jackson Williams, 2012; Jackson Williams, 2012; Sherer, 2007). En un estudio acerca de las actitudes de niños y adolescentes hacia la búsqueda de ayuda de proveedores profesionales de salud mental (Del Mauro & Jackson Williams, 2012), se observó que los niños y adolescentes no buscan ayuda profesional por sí mismos cuando experimentan un problema. Sin embargo, los adolescentes informaron que, bajo ciertas

circunstancias de gravedad de los síntomas, buscarían ayuda de servicios profesionales.

Olivari y Guzmán-González (2017) señalan que los adolescentes que reconocen situaciones de riesgo suicida presentan mayor alfabetización en asuntos de salud mental vinculados a esta conducta, pero no muestran una mayor disposición a buscar ayuda para este tema como se esperaría. Esto podría estar vinculado a lo que se ha descrito como el proceso de negación de ayuda, que implica que cuando el problema de salud identificado es más grave, el adolescente tiende a evitar la ayuda o alejarse de esta (Wilson et al., 2011).

Se ha investigado que los jóvenes que se autolesionan indican que la necesidad de mantener la situación en reserva y los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento imposibilita la búsqueda de ayuda (Flores-Soto et al., 2018).

Han et al. (2018) encontraron que un tercio de los estudiantes universitarios chinos y australianos con ideación suicida expresó su renuencia a buscar ayuda profesional. Los resultados sugieren que la autosuficiencia es una barrera importante para la búsqueda de ayuda profesional. Además, los altos costos de los servicios de salud mental (en el caso de los estudiantes universitarios australianos) y el apoyo informal de familiares y amigos (en estudiantes universitarios chinos) se identificaron como barreras críticas para la búsqueda de ayuda por parte de los participantes (Han et al., 2018).

En un estudio sobre la duración de la búsqueda de ayuda en adolescentes con conductas suicidas y autolesiones, se informó que en el 22% de los casos, los primeros pensamientos y comportamientos de autolesión ocurrieron después de que ya se había

establecido el contacto con la atención profesional (Lustig et al., 2021).

Por otro lado, es frecuente que la búsqueda de ayuda por parte de los adolescentes sea tardía, en el estudio anterior (Lustig et al., 2021), pasaron 12 meses hasta que los adolescentes buscaron ayuda después de su primer intento de suicidio y dos años después de los primeros pensamientos sobre realizarse autolesiones.

El favorecer una oportuna búsqueda de ayuda en los adolescentes puede contribuir a disminuir el desarrollo de problemas en salud mental, por ejemplo, el incentivar a los jóvenes a buscar ayuda cuando se sienten depresivos, es una importante estrategia para reducir el riesgo suicida (Joyce et al., 2011).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Pregunta de Investigación

¿Cómo se relacionan los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desregulación emocional, búsqueda de ayuda y apoyo parental con conductas suicidas no letales en adolescentes consultantes de salud mental?

3.2 Objetivos

Objetivo General

Determinar las asociaciones existentes entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desregulación emocional, búsqueda de ayuda y apoyo parental con conducta suicida no letal en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule, Chile.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la ideación e intentos de suicidio en adolescentes que son usuarios de diversas unidades de salud mental de la red de salud pública de la Región del Maule.
2. Identificar factores de riesgo y protectores de la ideación e intento suicida en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule.
3. Evaluar la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés en la explicación de ideación e intentos suicidas de una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule.

3.3 Hipótesis

H1: Mayores síntomas de ansiedad, depresión y estrés se asocian con mayor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes.

H2: Mayor apoyo parental y una mayor disposición de búsqueda de ayuda se asocian con menor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes.

H3: Mayor desregulación emocional se asocia con mayor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes.

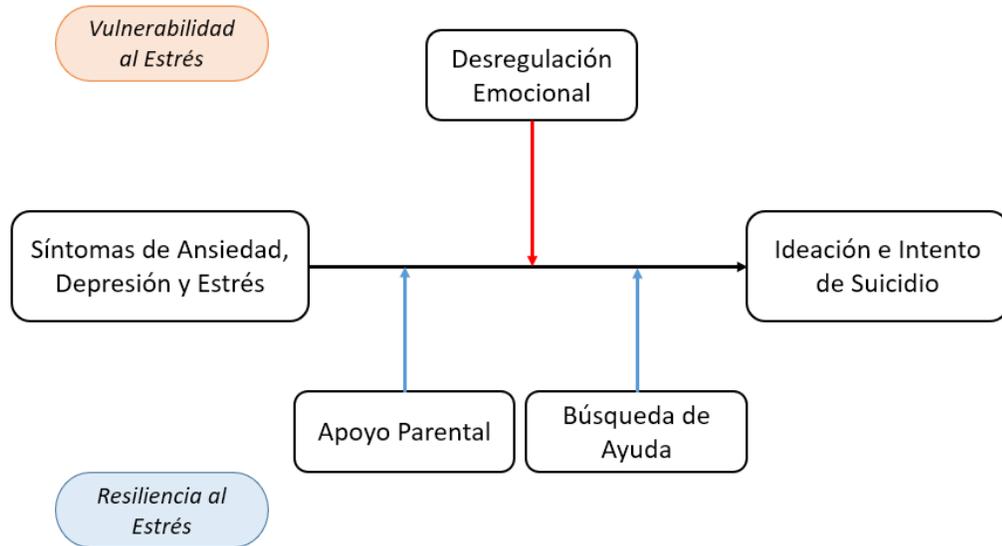
H4: El apoyo parental y la disposición de búsqueda de ayuda modera de forma negativa la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento suicida en adolescentes consultantes.

H5: La desregulación emocional modera de forma positiva la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento de suicidio en adolescentes consultantes.

Se espera que las hipótesis planteadas se relacionen de la forma que se propone en el siguiente esquema (Figura 2):

Figura 2

Adaptación del Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés a Conducta Suicida no Letal



4. MÉTODO

4.1 Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, de tipo descriptivo y correlacional (Hernández et al., 2014) con datos secundarios.

4.2 Diseño Muestral

Se utilizó una muestra no probabilística intencionada de consultantes adolescentes ambulatorios con diagnósticos de trastorno mental, con o sin ideación e intentos de suicidio, que se encuentran en controles en distintos programas de salud mental en el sistema de salud público de la Región del Maule.

4.3 Participantes

4.3.1 Población

La población del estudio correspondió a adolescentes entre los 10 y 19 años, que estaban ingresados a una unidad o programa de salud mental de atención primaria y/o secundaria de la Región del Maule (Hospital de Talca, Hospital de Linares, COSAM Talca y CESFAM). Los adolescentes presentaban diversos diagnósticos de salud mental.

4.3.2 Muestra

La estimación del tamaño muestral se realizó por medio del Software estadístico G*Power, diseñado para efectuar estimaciones de la potencia estadística y del tamaño del efecto (Faul et al., 2007). En este caso, fue utilizado para llevar a cabo un análisis a priori del tamaño de la muestra (calcula el n muestral adecuado para alcanzar una determinada potencia con un TE (tamaño del efecto) y α (nivel de error) definidos)

(Cárdenas-Castro & Arancibia-Martini, 2014); teniendo en cuenta estos elementos, se estimó un tamaño de la muestra mínimo de 127 sujetos (considerando una potencia de 0,8, nivel de error de 0,05, tamaño del efecto de 0,15 (pequeño) y 12 variables predictoras). Debido a la baja frecuencia de la conducta suicida y a los antecedentes presentados previamente acerca de estudios similares en población adolescente, se consideró que un tamaño muestral de 373 participantes era estadísticamente suficiente para los análisis planteados, cifra que supera con creces el valor mínimo estimado, utilizándose una muestra de tamaño factible para la labor investigativa propuesta.

Los adolescentes evaluados tenían edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, con un promedio de edad de 15,45 años (DE = 1,76). El 58,4% (218) de la muestra correspondieron a mujeres y el 41,6% (155) a hombres. Esta tendencia a tener una mayor proporción de mujeres en la muestra es habitual en los usuarios de salud mental sin discapacidad psíquica y en estudios previos sobre conducta suicida no letal en población clínica de Chile (Echávarri et al., 2015; Inostroza et al., 2015).

Los datos obtenidos pertenecen a la muestra del proyecto FONDECYT de Iniciación en Investigación, titulado “Trayectorias de ideación e intentos de suicidio en adolescentes con trastornos psiquiátricos de la región del Maule”, cuyo investigador responsable es el Dr. Pablo Méndez Bustos, docente de la Universidad Católica del Maule.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes, hombres y mujeres, entre 10 y 19 años.
- Presentar diagnóstico de trastorno mental.

- Encontrarse en tratamiento en una unidad o programa de salud mental del sistema de salud pública de la Región del Maule (Hospitales, COSAM o CESFAM).
- Consentimiento informado de participación firmado por su madre y/o padre o tutor.
- Haber asentido a participar.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes sin capacidad de leer y/o escribir.
- Adolescentes con una discapacidad cognitiva.
- Adolescentes con enfermedad médica invalidante y/o sintomatología psicótica activa.

4.4 Variables

4.4.1 Variables dependientes

Conducta Suicida no Letal (ideación e intento de suicidio)

Definición conceptual: Los diversos tipos de conducta suicida no letal configuran un “espectro” de conductas suicidas. Éstas incluyen la ideación suicida, definida como el presentar pensamientos sobre el fin de la propia vida, ya sea de forma activa (con un plan) o pasiva (con solo un deseo de morir, pero sin plan), además del intento de suicidio (intento deliberado de terminar con la propia vida) (Turecki et al., 2019). El presente estudio se centró en la conducta suicida no letal, es decir, ideación suicida e intento de suicidio.

Definición operacional:

Ideación Suicida: esta variable se evaluó a partir de la respuesta dicotomizada al ítem “¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?” de la subescala de Ideación Suicida de la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS, Chile/Spanish 5.1) (Núñez et al., 2019).

Intento Suicida: fue evaluado a través del ítem “¿Has realizado un intento de suicidio?”, cuya respuesta fue dicotomizada, y que corresponde a la subescala de Comportamiento Suicida que forma parte de la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS, Chile/Spanish 5.1) (Núñez et al., 2019).

4.4.2 Variables independientes

Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés

Sintomatología Depresiva

Definición conceptual: La depresión es definida por síntomas asociados a un estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de Depresión de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés versión abreviada (DASS-21) (Antúnez & Vinet, 2012).

Sintomatología Ansiosa

Definición conceptual: La ansiedad (como estado emocional) se caracteriza por una combinación de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos (Ries et al., 2012). Los síntomas físicos propios de la ansiedad consideran excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de Ansiedad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés versión abreviada (DASS-21), (Antúnez & Vinet, 2012).

Síntomas de Estrés

Definición conceptual: El estrés responde principalmente a una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe que las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus & Folkman, 1984). El estrés se caracteriza por síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado (Lovibond & Lovibond, 1995).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de Estrés de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés versión abreviada (DASS-21) (Antúnez & Vinet, 2012).

Desregulación Emocional

Definición conceptual: la regulación emocional corresponde a un proceso en el cual se modula la respuesta emocional, en orden de alcanzar una meta determinada (Guzmán-González et al., 2014). Una regulación emocional adaptativa implica no solo el control de las emociones, también tener conciencia, comprensión y aceptación de estas; por el

contrario, la desregulación emocional supondría una respuesta emocional desadaptativa cuando se experimentan emociones negativas (Gratz & Roemer, 2004).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) (Guzmán-González et al., 2014).

Apoyo Parental

Definición conceptual: se define como las actitudes y acciones parentales que intencionalmente fomentan la individualidad, la autorregulación y la autoafirmación de los hijos (Barber et al., 2005). Esta dimensión considera la calidez en la relación, responsividad, además del apoyo y disponibilidad percibida por parte de los hijos de sus padres (Cumsille et al., 2014).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de Apoyo Parental (responsividad) de la Escala Parental Breve (EPB), medido en su dimensión materna y paterna (Cumsille et al., 2014).

Búsqueda de Ayuda

Definición conceptual: se define como la conducta de buscar activamente ayuda desde otras personas. Implica el comunicarse con otros con el fin de obtener ayuda en respuesta a un problema o experiencia estresante (Carlisle et al., 2006).

Definición operacional: Puntaje obtenido en el Cuestionario General de Búsqueda de Ayuda versión viñeta (GHSQ-V) (Olivari & Guzmán-González, 2017); en este caso, se utilizó un promedio entre la subescala de ayuda informal (búsqueda de ayuda en fuentes

informales, como pareja, amigo/a, padre/madre y otros familiares) y formal (obtención de ayuda a partir de fuentes formales, como psicólogo, médico, psiquiatra, orientador).

4.5 Instrumentos

Variables Dependientes:

Conducta suicida no letal (ideación e intento de suicidio)

Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas

suicidas (C-SSRS Chile/Spanish 5.1) (Posner et al., 2009) (Anexo 1): Es una entrevista clínica semi estructurada que evalúa severidad e intensidad de la ideación suicida, conducta suicida y autolesiones no suicidas. Permite cuantificar la gravedad de la ideación y el comportamiento suicida durante períodos de tiempo específicos. La Escala tiene un formato mixto, con preguntas de respuestas abiertas, cerradas y tipo Likert; la mayoría de los ítems cuentan con cuatro alternativas de respuesta respecto a la conducta consultada (Sí, durante el último mes; Sí, alguna vez en la vida; no, durante el último mes; no, alguna vez en la vida), no obstante, esto puede variar según el contexto y propósito con el cual se aplica. El instrumento ha mostrado una alta sensibilidad y especificidad para la clasificación de comportamientos suicidas. Presenta una consistencia interna de 0,81 (alfa Cronbach), también una adecuada validez predictiva para futuros intentos suicidas en muestra clínica (Brent et al., 2009; Posner et al., 2011) y en adolescentes (Gipson et al., 2015).

El ítem utilizado para determinar ideación suicida correspondía a la pregunta “¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?”, cuyas respuestas categóricas presentaban las

opciones, “no”, “sí, durante el último mes”, y “sí, alguna vez en la vida”. Estas respuestas fueron dicotomizadas en los resultados con el objetivo de simplificar los posteriores análisis.

El intento de suicidio fue evaluado por medio del ítem “¿Has realizado un intento de suicidio?”, de la subescala de Comportamiento Suicida. La respuesta al ítem fue dicotomizada, con el fin de simplificar los resultados y mantener consistencia con respecto a la ideación suicida como variable dependiente.

Núñez et al. (2018) analizaron el uso y comportamiento de la escala C-SSRS en adolescentes chilenos, observando que los niveles más altos de ideación suicida se relacionaban positivamente con niveles de angustia emocional sustancialmente más altos (síntomas depresivos, de ansiedad y estrés), abordados por las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Variables Independientes:

Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés

Escalas Abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) (Anexo 2): Esta escala evalúa sintomatología depresiva, ansiosa y estrés a través de 21 ítems. Cada una de estas dimensiones cuenta con siete ítems que miden de forma abreviada sintomatología depresiva (por ejemplo, “No podía sentir nada positivo”), siete ítems que miden sintomatología ansiosa (por ejemplo, “Estuve a punto de sufrir un ataque de pánico”) y siete ítems que evalúan síntomas de estrés (por

ejemplo, “Sentí que estaba muy nervioso/a”). Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 (“nada”) hasta 3 (“mucho”), en donde un mayor puntaje obtenido indica un mayor nivel en la dimensión evaluada.

Esta escala fue validada en Chile por Antúnez y Vinet (2012) en estudiantes universitarios chilenos. La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el que arrojó una estructura de tres factores, explicando el 49,99 % de la varianza total. En los análisis de confiabilidad, las subescalas de depresión, estrés y ansiedad han presentado un alfa de 0,85, 0,83 y 0,73, respectivamente. Los ítems en conjunto de la DASS – 21 han presentado un alfa de 0,91.

Desregulación Emocional

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) (Gratz & Roemer, 2004) (Anexo 3): Es un cuestionario de auto-reporte que mide dificultades en la regulación emocional clínicamente relevantes. Consta de un total de 25 ítems, un ejemplo de ítem es “Percibo con claridad mis sentimientos”. Se responde en formato tipo Likert (desde 1=totalmente desacuerdo hasta 6= totalmente de acuerdo), donde puntajes más altos indican mayor desregulación emocional.

Gúzmán-González et al. (2014) analizaron las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español del DERS-E en población universitaria chilena, en términos de su confiabilidad, validez de constructo (el funcionamiento interno concuerda con lo esperado teóricamente) y de criterio (las dificultades en la regulación emocional se relacionan de manera directa con el desajuste socioemocional). Presentó una

consistencia interna de 0.92 (alfa de Cronbach).

Apoyo Parental

Escala Parental Breve (EPB) (Basada en el PSI II (Darling & Toyokawa, 1997)):

Evalúa de manera breve el estilo parental a través de tres dimensiones: responsividad y calidez parental (apoyo), demanda/expectativas y monitoreo (Cumsille et al., 2014). En el presente estudio se decidió la utilización de la subescala de Apoyo Parental (responsividad) (anexo 4), la que está orientada a evaluar el afecto, apoyo y disponibilidad que perciben los hijos de sus padres, es decir, el grado en que los adolescentes reconocen a sus progenitores (madre y padre) como cariñosos, involucrados y responsivos a sus necesidades (por ejemplo, “Sé que va a estar conmigo si la/o necesito”) (Cumsille et al., 2014; Mellado et al., 2021).

Esta subescala está compuesta por cuatro ítems que cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no estoy seguro, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo), donde un mayor puntaje indica mayor apoyo (responsividad) percibido tanto en el caso de la madre, como en el padre.

La EPB fue validada para Chile por Cumsille et al. (2014) en población adolescente, donde el instrumento evidenció asociaciones con otras dimensiones parentales, tales como confianza y control psicológico, mostrando validez de criterio. La subescala de Apoyo Parental (responsividad) mostró un $\alpha = 0.95$ en un estudio previo con población adolescente chilena (Mellado et al., 2021).

Búsqueda de Ayuda

Cuestionario General de Búsqueda de ayuda, versión viñeta (GHSQ-V) (Wilson et al., 2005) (Anexo 5): El cuestionario evalúa la probabilidad con que los sujetos buscarían ayuda desde distintas fuentes específicas propuestas (pareja, amigos, padres, otro miembro de la familia y profesionales de la salud mental) para siete diferentes tipos de problemas de salud (Estrés, Ansiedad, Depresión, Ideación Suicida, Abuso de sustancias, Psicosis, y una enfermedad física). Cada pregunta es presentada con una viñeta que describe a un/a adolescente que presenta uno de los problemas de salud señalados. La persona, al posicionarse en tal situación, posteriormente debe responder “¿Cuán probable sería que busques ayuda de las siguientes personas?”, en el caso de cada una de las fuentes de ayuda específicas expuestas. Las respuestas son presentadas en escala tipo Likert de 7 puntos, que va desde 1 = poco probable a 7 = muy probable. El cuestionario fue adaptado y validado en adolescentes chilenos (Olivari & Guzmán-González, 2017). La validez de constructo fue examinada mediante la asociación del GSHQ con las variables depresión y autoeficacia. Los puntajes de todas las áreas de problemas se asociaron inversamente con los niveles de depresión y directamente con la autoeficacia (Olivari & Guzmán-González, 2017). La confiabilidad para cada uno de los problemas de salud presenta valores alfa que oscilan entre 0,87 y 0,75.

Antecedentes Sociodemográficos: Se indagó información sobre sexo, edad, composición familiar, antecedentes familiares y clínicos a través de ítems elaborados para este fin.

4.6 Procedimiento

4.6.1 Recolección de datos

Este estudio utilizó datos del Proyecto “Trayectorias de ideación e intentos de suicidio en adolescentes con trastornos psiquiátricos de la Región del Maule” del Dr. Pablo Méndez Bustos, docente de la Universidad Católica del Maule. La autora de esta propuesta participó de la toma de datos del proyecto.

Fase de Preparación

En coordinación con las diversas unidades de salud mental de atención secundaria de la Región del Maule, se obtuvo información de contacto de los pacientes adolescentes susceptibles de participar en el estudio.

Todos los pacientes fueron contactados telefónicamente por un miembro del equipo de investigación e invitados a participar; en esta instancia, se les informó de forma verbal sobre los aspectos esenciales de la investigación, su finalidad, beneficios e implicancias clínicas.

A aquellos pacientes y/o madres, padres o tutores responsables que aceptaron participar, se les propuso una fecha y hora para la realización de la evaluación, siendo citados al lugar de referencia al cual asisten habitualmente para sus controles de salud mental.

Fase de muestreo

Durante la asistencia de los pacientes al centro de salud de referencia para su evaluación, en fecha y horario previamente acordados, se les solicitó su asentimiento informado, junto con la firma del consentimiento informado por parte de la madre y/o padre o tutor responsable; en el caso de adolescentes mayores de edad, se les solicitó consentimiento

informado. Respecto a los consentimientos y asentimientos informados, los documentos fueron firmados en dos copias, quedando una de ellas en manos del investigador responsable y la otra copia fue entregada al participante.

Al momento de la evaluación, fueron revisadas las fichas médicas para la obtención de datos sobre el historial clínico de los participantes (diagnósticos psiquiátricos y médicos, hospitalizaciones y tratamientos).

Los participantes fueron evaluados utilizando un protocolo compuesto por los instrumentos antes descritos, el cual fue administrado por un/a psicólogo/a miembro del equipo de investigación o por profesionales de los Centros de Salud (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, entre otros), a través de un formulario de Google que el/la evaluador/a fue completando según las respuestas entregadas por los adolescentes. Además, se aplicó un cuestionario para la recogida de antecedentes sociodemográficos y familiares. Este proceso tuvo una duración aproximada de una hora.

4.6.2 Análisis de datos

Los análisis de datos fueron realizados con el software SPSS, versión 28.0.

En primera instancia, se desarrolló una base de datos (en Microsoft Excel) que contiene los datos obtenidos, con el fin de facilitar la exportación directa a programas específicos de análisis.

Análisis descriptivos y exploratorios

La ideación suicida e intento de suicidio, ambos de carácter dicotómico, fueron las

variables criterio. Como variables explicativas clínicas y psicológicas, se incluyeron:

- Conducta suicida en la familia
- Trastorno mental en la familia
- Síntomas depresivos
- Síntomas ansiosos
- Síntomas de estrés
- Apoyo (responsividad) materna
- Apoyo (responsividad) paterna
- Búsqueda de ayuda
- Desregulación emocional

Además, se consideraron variables sociodemográficas y antecedentes familiares:

- Sexo
- Edad
- Estructura familiar
- Familia monoparental

Se llevaron a cabo análisis exploratorios univariados gráficos, observándose la distribución de las variables predictoras clínicas, psicológicas y sociodemográficas, así como su normalidad en el caso de las variables numéricas, se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo con los resultados obtenidos. También se completaron análisis descriptivos de la conducta suicida no letal y otras variables. Los análisis de datos se realizaron con los valores estandarizados, exceptuando descriptivos y correlaciones. Luego se analizaron las asociaciones entre variables independientes

continuas por medio de la correlación de Pearson.

Análisis bivariados para identificación de factores protectores y de riesgo de la conducta suicida no letal

Para dar respuesta al segundo objetivo, que propone identificar factores protectores y de riesgo de ideación e intento de suicidio en la muestra clínica de adolescentes, se utilizaron regresiones logísticas binarias entre las variables dependientes, ideación e intento suicida (ambas dicotomizadas), y las variables independientes (tanto antecedentes sociodemográficos, como factores psicológicos y clínicos). Este tipo de análisis permite estimar la ventaja (*odds ratio*) en la presentación de la variable dependiente por parte de las predictoras (Rindskopf, 2012). Posteriormente, se llevaron a cabo análisis en conjunto de aquellos predictores que presentaron significación estadística en las regresiones logísticas binarias, analizando un modelo conjunto de tales factores para ideación suicida y para intento de suicidio a través de regresiones logísticas múltiples.

Análisis de diversos modelos de relación entre factores del modelo de vulnerabilidad - resiliencia al estrés adaptado a conducta suicida no letal.

Por último, se abordó el tercer objetivo, el cual plantea evaluar la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés en la explicación de ideación e intentos suicidas de una muestra clínica de adolescentes. Para llevar a cabo estos análisis, se tuvo en cuenta un posible efecto de modulación en la relación entre un predictor y una variable

dependiente, considerando la existencia de efectos de moderación o mediación en la relación, por parte de una tercera variable (Inostroza, 2016). Para tales análisis, la tercera variable asume un rol moderador cuando se da un efecto de interacción, en que el efecto de la variable independiente en la dependiente puede aumentar o disminuir, en relación con el valor de la tercera variable (Edwards & Lambert, 2007).

El efecto de moderación de las variables se evaluó utilizando la macro Process.

MacKinnon et al. (2004) demostraron a través de estudios de simulación que, entre varios procedimientos de mediación, el bootstrapping con corrección de sesgo produce el mayor poder estadístico y las tasas de error Tipo 1 (falsos positivos) más bajas. La macro/interfaz Process para SPSS cumple con estas cualidades, siendo una herramienta útil y sencilla para llevar a cabo procedimientos de mediación y moderación (Fernández-Muñoz & García-González, 2017).

Por lo tanto, para probar la hipótesis 4 y 5, correspondientes al desarrollo del tercer objetivo, se analizó si el apoyo parental y la disposición de búsqueda de ayuda moderan (de forma negativa) la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento suicida en los participantes (hipótesis 4); y la hipótesis 5, que evalúa la existencia de un rol moderador (positivo) de la desregulación emocional en la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento de suicidio en adolescentes consultantes; en ambos casos se utilizó PROCESS (Hayes, 2012).

El nivel de significación adoptado fue $< 0,05$.

4.7 Aspectos Éticos

Es importante mencionar que este proyecto de tesis se encuentra enmarcado en la realización del estudio titulado “Trayectorias de ideación e intentos de suicidio en adolescentes con trastornos psiquiátricos de la región del Maule”, financiado por FONDECYT de Iniciación en Investigación, 11170342. Para poder acceder a la información del proyecto principal, se solicitó en primera instancia autorización del investigador responsable, Dr. Pablo Méndez Bustos, docente de la Universidad Católica del Maule, quien se encuentra al tanto de la utilización de los datos obtenidos.

En primera instancia, el proyecto fue presentado al Comité de Ética del Servicio de Salud del Maule, quienes concedieron certificado de aprobación para su ejecución.

Posteriormente, fue expuesto a los equipos de salud mental de la Región del Maule que contaban con participación en el mismo, inicialmente el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Talca, el Hospital Regional de Talca y el Hospital de Linares.

Los/as participantes tomaron conocimiento, previo a la realización de la entrevista, de sus objetivos y el uso que se daría a la información recogida y los resultados obtenidos, así como el alcance de estos.

Se les solicitó a los adolescentes que participaron en el estudio asentimiento informado, junto al consentimiento informado firmado por la madre, padre o tutor responsable, en el caso de adolescentes mayores de edad, se les solicitó consentimiento informado. Cada participante realizó lectura y firmó estos documentos antes de llevar a cabo la entrevista, dando cuenta de la voluntariedad del proceso, así como también haciendo explícito el

anonimato y confidencialidad de los/as participantes.

Respecto a los consentimientos y asentimientos informados (anexo 6 y 7), los documentos fueron firmados en dos copias, quedando una de ellas como respaldo para el investigador responsable y la otra copia para el participante.

Durante el proceso de investigación se dio cumplimiento con los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association [APA] (APA, 2003). Asimismo, el estudio fue guiado siguiendo los lineamientos de la Ley chilena 20120 - sobre la investigación científica en el ser humano -, protegiendo en todo momento la integridad física y psíquica de los/as participantes.

Los/as evaluadores/as que colaboraron en la ejecución del proyecto de investigación del cual se obtuvieron los datos, son psicólogos/as (entre ellos, la autora de la presente tesis), ya sea contratados directamente por el investigador responsable, o profesionales de los Centros de Salud (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, entre otros) que participaron en la recogida de datos, profesionales que cuentan con la formación para brindar espacios de contención emocional frente al requerimiento de apoyo por parte de los participantes durante el proceso de evaluación. Además, el equipo de investigación mantenía comunicación con algún funcionario/a de referencia de los lugares en donde se llevaron a cabo las aplicaciones (CESFAM, COSAM y Hospitales) con el fin de coordinar las acciones planificadas, instancias en las cuales era posible transmitir información relevante respecto a los pacientes que participaron en el estudio en caso de identificación de riesgo inminente, dentro de las consideraciones éticas que

enmarcan esta investigación. Finalmente, cada participante contaba con una copia del consentimiento o asentimiento informado, en el cual se proporcionó información de contacto del investigador responsable, con el propósito de poder establecer comunicación frente a alguna inquietud o solicitud de apoyo del participante.

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la investigación. En primera instancia, la sección 5.1 realiza un análisis descriptivo de las variables numéricas del estudio que fueron evaluadas en adolescentes que son usuarios de diversas unidades de salud mental de la red de salud pública de la Región del Maule. La sección 5.2 presenta una caracterización de la conducta suicida no letal en los participantes, en coherencia con el primer objetivo específico de estudio planteado. Posteriormente, en la sección 5.3 se informan los análisis bivariados, como correlaciones entre variables y regresiones logísticas binarias para la identificación de factores protectores y de riesgo, con el fin de dar respuesta al segundo objetivo específico propuesto en esta tesis. En la sección 5.4 se llevan a cabo análisis multivariados. A través de regresiones logísticas múltiples se analizan modelos considerando el conjunto de factores de riesgo individuales tanto para ideación suicida, como para intento de suicidio. Finalmente, en la sección 5.5 se encuentran los resultados de análisis de moderación de las diversas variables estudiadas sobre la ideación e intento de suicidio. Este apartado, junto a la sección 5.4, buscan dar respuesta al tercer objetivo específico de estudio que consiste en establecer un modelo explicativo de la conducta suicida no letal en adolescentes usuarios de servicios de salud mental en la Región del Maule, evaluando la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés en ideación e intento de suicidio.

5.1 Análisis Descriptivos

Se realizó un análisis descriptivo de las diversas variables numéricas evaluadas en este estudio a través de los instrumentos previamente descritos en la metodología, considerando puntajes mínimos, máximo, media y desviación estándar. También se analizó asimetría y curtosis. Estos datos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. *Estadísticos Descriptivos, Asimetría y Curtosis de las Variables del Estudio*

	N	Mínimo	Máximo	M	DE	Asimetría	Curtosis
Desregulación emocional	373	30	142	89,17	27,03	-0,15	-0,96
Búsqueda de ayuda	373	1,30	7,00	4,25	1,29	-0,17	-0,61
Apoyo materno	373	0	20	16,68	3,65	-1,68	3,35
Apoyo paterno	373	0	20	12,74	5,95	-0,84	-0,36
Síntomas depresivos	373	0	21	8,24	6,15	0,43	-1,01
Síntomas ansiosos	373	0	21	7,95	5,47	0,35	-0,93
Síntomas de estrés	373	0	21	10,04	5,45	0,05	-0,94

Es posible observar que la mayoría de los instrumentos presentan una distribución normal, con valores de asimetría y curtosis que oscilan en el rango +1 a -1. Sin embargo, también se observan algunas excepciones, presentándose una asimetría negativa y curtosis positiva alta en la dimensión apoyo (responsividad) materno, indicando que los adolescentes informan en mayor frecuencia recibir afecto, apoyo y disponibilidad de parte de la madre.

5.2 Caracterización de la Conducta Suicida no Letal

Se llevaron a cabo análisis descriptivos para evaluar la presencia de ideación e intentos de suicidio en los participantes del estudio. La tabla 2 presenta los ítems de la Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS Chile/Spanish 5.1) y las frecuencias de las respuestas de los participantes.

Tabla 2. Frecuencias de la Conducta Suicida no Letal (n=373)

Variable	Respuesta	N	%
Ideación suicida	No	149	39,9
	Sí (alguna vez en la vida)	224	60,1
Intento suicida	No	251	67,3
	Sí (uno o más en la vida)	122	32,7

Es posible observar que, del total de participantes, el 60,1% (n= 224) reconoce haber tenido ideas suicidas. El 32,7% (n=122) ha realizado al menos un intento de suicidio alguna vez en la vida.

5.3 Análisis Bivariados

5.3.1 Correlaciones

En la tabla 7 se presentan las asociaciones entre las variables independientes de la investigación, determinadas por el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 7).

Adicionalmente, se comprobaron los análisis para variables no paramétricas utilizando la prueba Rho de Spearman. Dada la similitud entre los resultados, éstos últimos se encuentran dispuestos en los anexos (Anexo tablas).

Tabla 3. *Matriz de Correlaciones entre Variables Continuas de Estudio*

	1	2	3	4	5	6	7
1- Desregulación emocional	1	-0,18**	-0,19**	-0,11*	0,64**	0,62**	0,65**
2- Búsqueda de Ayuda		1	0,15**	0,08	-0,14**	-0,11*	-0,13*
3- Apoyo materno			1	0,19**	-0,18**	-0,16**	-0,19**
4- Apoyo paterno				1	-0,17**	-0,10*	-0,17*
5- Síntomas depresivos					1	0,72**	0,73**
6- Síntomas ansiosos						1	0,82**
7- Síntomas de estrés							1

** Valor de significación menor a 0,01

* Valor de significación menor a 0,05

La desregulación emocional presenta correlación negativa débil con búsqueda de ayuda, apoyo (responsividad) materno y apoyo paterno (inferior a 0,2); y correlación positiva media con síntomas depresivos, síntomas ansiosos y estrés (cercana a 0.6). La búsqueda de ayuda muestra una asociación positiva baja con apoyo de la madre; y una asociación negativa baja con síntomas de depresión, ansiedad y estrés (ambas inferiores a 0.2). El apoyo (responsividad) materno se relaciona en sentido positivo débil con apoyo (responsividad) paterno; y en sentido negativo débil con síntomas depresivos, síntomas ansiosos y estrés. El apoyo (responsividad) paterno se correlaciona negativamente y de manera débil con síntomas de depresión, ansiedad y estrés. La sintomatología depresiva presenta una asociación positiva considerable con los síntomas ansiosos y el estrés. Finalmente, la sintomatología ansiosa se relaciona en un sentido positivo y fuerte con los síntomas de estrés.

5.3.2 Determinación de factores protectores y de riesgo para ideación e intento suicida

A continuación, se presenta el análisis realizado para determinar la existencia de factores protectores y de riesgo para ideación e intento suicida, en coherencia con el segundo objetivo específico de este estudio, para lo cual se utilizó la regresión logística binaria (Norman & Streiner, 2008).

En la tabla 4 se presentan los *odd ratios* (OR) con intervalo de confianza al 95% y valor *p* para variables sociodemográficas y antecedentes familiares, con el fin de determinar factores de riesgo y de protección para la ideación suicida. Se encontró que el sexo femenino aumenta la probabilidad de ideación suicida ($OR = 1,66$, $p = 0,021$); el contar con antecedentes de trastorno mental en la familia del adolescente incrementa dos veces la probabilidad de presentar ideación suicida ($OR = 2,01$, $p = 0,003$).

Tabla 4. *Odd Ratios sobre Ideación Suicida por Variables Sociodemográficas y Antecedentes Familiares*

Variable	Categoría	Odd Ratio	IC 95%		p
			Inferior	Superior	
Sexo	Hombre	1			
	Mujer	1,66	1,08	2,56	0,021
Estructura familiar	Familia extendida	1			
	Familia nuclear	1,11	0,69	1,76	0,676
Familia monoparental	No	1			
	Sí	1,05	0,67	1,65	0,843
Trastorno mental en la familia	No	1			
	Sí	2,01	1,28	3,17	0,003

Conducta	No	1			
suicida en la familia	Sí	1,45	0,91	2,33	0,119

En la tabla 5 se constata que ninguna de las características sociodemográficas ni antecedentes de salud mental familiares opera como un factor de riesgo ni protector para intento de suicidio.

Tabla 5. *Odd Ratios sobre Intento de Suicidio por Variables Sociodemográficas y Antecedentes Familiares*

Variable	Categoría	Odd Ratio	IC 95%		p
			Inferior	Superior	
Sexo	Hombre	1			
	Mujer	1,45	0,92	2,28	0,108
Estructura familiar	Familia extendida	1			
	Familia nuclear	1,08	0,67	1,74	0,757
Familia monoparental	No	1			
	Sí	0,97	0,61	1,54	0,893
Trastorno mental en la familia	No	1			
	Sí	1,57	0,98	2,52	0,064
Conducta suicida en la familia	No	1			
	Sí	1,46	0,91	2,35	0,121

Para evaluar el aumento de riesgo de ideación suicida por síntomas depresivos, síntomas ansiosos, estrés y otros factores psicológicos estudiados, se utilizaron las puntuaciones estandarizadas de las escalas. En los análisis de regresiones logísticas binarias presentados, los estadísticos *D* reportados corresponden al riesgo aumentado por tener

una puntuación una desviación estándar sobre la media en relación con quienes se encuentran en la media de la escala (Norman & Streiner, 2008). Las tablas 6 y 7 presentan los resultados para ideación suicida e intento de suicidio respectivamente.

Tabla 6. *D sobre Ideación Suicida y Factores Psicológicos*

Variable	D	IC 95%		p
		Inferior	Superior	
Síntomas depresivos	3,93	2,87	5,37	0,001
Síntomas ansiosos	2,59	2,00	3,36	0,001
Síntomas de estrés	2,52	1,96	3,24	0,001
Búsqueda de ayuda	0,73	0,59	0,90	0,004
Apoyo materno	0,53	0,41	0,70	0,001
Apoyo paterno	0,71	0,57	0,89	0,003
Desregulación emocional	2,68	2,08	3,46	0,001

Como se puede observar, la sintomatología depresiva (D= 3,93; p=0.001), la sintomatología ansiosa (D= 2,589; p=0.001), el estrés (D= 2,52; p=0.001) y la desregulación emocional (D= 2,68; p=0.001) aumentaron el riesgo de ideación suicida. En tanto, la búsqueda de ayuda (D= 0,73; p=0.004), el apoyo (responsividad) materno (D= 0,53; p=0.001) y el apoyo (responsividad) paterno (D= 0,71; p=0.003) disminuyeron el riesgo de ideación suicida, evidenciando ser factores protectores frente a estas ideas.

Tabla 7. *D sobre Intento de Suicidio y Factores Psicológicos*

Variable	D	IC 95%		p
		Inferior	Superior	
Síntomas depresivos	2,14	1,69	2,70	0,001
Síntomas ansiosos	1,87	1,49	2,36	0,001

Síntomas de estrés	1,93	1,52	2,45	0,001
Búsqueda de ayuda	0,69	0,55	0,86	0,001
Apoyo materno	0,66	0,53	0,83	0,001
Apoyo paterno	0,76	0,61	0,94	0,011
Desregulación emocional	2,15	1,67	2,76	0,001

Es posible encontrar resultados similares respecto a los factores protectores y de riesgo frente al intento de suicidio, donde tanto los síntomas de depresión ($D= 2,14$; $p=0.001$), ansiedad ($D= 1,870$; $p=0.001$) y estrés ($D= 1,93$; $p=0.001$), así como la desregulación emocional ($D= 2,15$; $p=0.001$) aumentan el riesgo de presentar intentos de suicidio. Por otra parte, la búsqueda de ayuda ($D= 0,69$; $p=0.001$), el apoyo (responsividad) materno ($D= 0,66$; $p=0.001$) y paterno ($D= 0,76$; $p=0.011$) disminuyen el riesgo de tener intento suicida.

Estos análisis permiten dar respuesta al segundo objetivo de investigación planteado “Identificar factores protectores y de riesgo de la ideación e intento suicida en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule”.

Además, a partir de los resultados obtenidos se brinda un respaldo empírico a favor de algunas de las hipótesis del estudio, entre ellas la primera hipótesis “Mayores síntomas de ansiedad, depresión y estrés se asocian con mayor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes”, la segunda hipótesis “Mayor apoyo parental y una mayor disposición de búsqueda de ayuda se asocian con menor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes” y tercera hipótesis “Mayor desregulación emocional se asocia con mayor ideación e intentos de suicidio en adolescentes consultantes”.

5.4 Análisis Multivariados

Con el objetivo de evaluar un modelo que incluya los factores de riesgo y protectores analizados previamente, se realizaron regresiones logísticas múltiples, tanto para ideación como para intento de suicidio como variables dependientes.

En la tabla 8 se puede observar que, al analizar un modelo conjunto de las variables que tuvieron un resultado estadístico significativo en las regresiones logísticas simples de ideación suicida (factores de riesgo y protectores), el género femenino, los antecedentes de trastornos mentales en la familia, los síntomas de depresión y el apoyo (responsividad) materna presentan un poder explicativo significativo dentro del modelo. El género femenino, los antecedentes de trastornos mentales en la familia y la sintomatología depresiva actúan como factores de riesgo para ideación suicida, en tanto el apoyo (responsividad) materno se presenta como un factor que disminuye el riesgo de ideación suicida. El modelo completo presenta un buen ajuste ($X^2(8) = 8,387$; $p = 0,397$; R^2 Nagelkerke = 0,439).

Tabla 8. *Regresión Logística Binaria sobre Ideación Suicida*

	B	E.E.	Wald	Odds	IC 95%	
				Ratio	Inferior	Superior
Género femenino	0,554	0,268	4,270	1,740*	1,029	2,942
Trastorno mental en la familia	0,927	0,270	11,782	2,526**	1,488	4,289
Síntomas depresivos	1,129	0,230	24,022	3,094***	1,969	4,860
Síntomas ansiosos	0,214	0,238	0,807	1,238	0,777	1,973
Síntomas de estrés	-0,276	0,242	1,298	0,759	0,472	1,220
Búsqueda de ayuda	-0,156	0,137	1,299	0,856	0,655	1,119
Apoyo materno	-0,534	0,166	10,374	0,586**	0,424	0,811
Apoyo paterno	-0,145	0,139	1,086	0,865	0,659	1,136

Desregulación emocional	0,350	0,183	3,658	1,419	0,991	2,030
Constante	-0,103	0,243	0,179	0,902		

* p<0,05; **p<0,01; ***p<0001

En el caso del intento de suicidio, en la tabla 9 se presenta el modelo conjunto de las variables que tuvieron un resultado estadístico significativo en las regresiones logísticas simples. Solamente los síntomas de depresión y la desregulación emocional evidencian un poder explicativo significativo como factores de riesgo para el intento de suicidio, a su vez, el apoyo (responsividad) materno se mantuvo como un factor protector, es decir, que disminuye el riesgo de tener intento suicida, dentro del modelo conjunto. El modelo completo posee un buen ajuste ($X^2(8) = 4,916$; $p = 0,767$; R^2 Nagelkerke = 0,221).

Tabla 9. Regresión Logística Binaria sobre Intento de Suicidio

	B	E.E.	Wald	Odds Ratio	IC 95%	
					Inferior	Superior
Síntomas depresivos	0,436	0,185	5,549	1,547*	1,076	2,223
Síntomas ansiosos	0,089	0,215	0,171	1,093	0,717	1,665
Síntomas de estrés	-0,036	0,231	0,024	0,965	0,614	1,517
Búsqueda ayuda	-0,238	0,125	3,632	0,788	0,617	1,007
Apoyo materno	-0,254	0,123	4,252	0,775*	0,609	0,987
Apoyo paterno	-0,131	0,124	1,113	0,877	0,687	1,119
Desregulación emocional	0,376	0,175	4,634	1,456*	1,034	2,051
Constante	-0,858	0,126	46,632	0,424		

* p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

5.5 Aplicabilidad del Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia al Estrés

En coherencia con el tercer objetivo de esta tesis, consistente en evaluar la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés en la explicación de ideación e intentos suicidas de una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule, en este apartado se presentan los resultados de diversos modelos de regresión logística binaria con moderación con el fin de probar las hipótesis números cuatro y cinco, considerando los componentes teóricos señalados en cada una de ellas.

5.5.1 Efectos de moderaciones

En primera instancia, en este apartado se presentan los resultados correspondientes a la evaluación de la hipótesis cuatro (H4) “El apoyo parental y la disposición de búsqueda de ayuda modera de forma negativa la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento suicida en adolescentes consultantes”, a través del análisis de moderación del apoyo parental y la búsqueda de ayuda en la asociación entre ideación suicida y síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Con el objetivo de presentar los resultados de una manera más organizada y comprensible, la hipótesis cuatro se desglosó en diversos modelos que consideraron las subescalas de la DASS, EPB y búsqueda de ayuda. Teniendo en cuenta lo anterior, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés fueron evaluados cada uno de ellos en modelos de moderación distintos, de igual forma el constructo apoyo parental se analizó en sus dos variables, apoyo (responsividad) materno y apoyo (responsividad) paterno, de forma separada en distintos modelos de moderación.

Los análisis estadísticos para las moderaciones fueron realizados utilizando PROCESS (Hayes, 2012), una macro de SPSS que puede analizar los efectos de la mediación y/o moderación utilizando bootstrapping con corrección de sesgo.

Siguiendo la recomendación de Frazier et al. (2004), los efectos de la moderación se probaron en una desviación estándar por encima y por debajo de la media para representar niveles altos y bajos de las variables moderadoras (apoyo materno y paterno, búsqueda de ayuda y desregulación emocional). El nivel de significación adoptado fue $< 0,05$; además, si los intervalos de confianza del 95% de los efectos indirectos no incluían cero, se infirieron efectos de moderación significativos.

A continuación, en la tabla 10 se pueden observar los resultados del análisis de la interacción del apoyo (reponsividad) materno y la búsqueda de ayuda con los síntomas depresivos en la explicación de ideación suicida.

Tabla 10. *Modelo 1: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4) (usando PROCESS)*

Variable	Coeff	SE	T	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,701	0,145	4,838	0,001	0,417	0,984
Síntomas depresivos	0,227	0,029	7,721	0,001	0,169	0,285
Búsqueda de ayuda	-0,218	0,114	-1,915	0,056	-0,442	-0,005
Apoyo materno	-0,150	0,049	-3,045	0,002	-0,247	-0,055
Síntomas depresivos x Apoyo materno	-0,009	0,010	-0,911	0,363	-0,029	0,011
Síntomas depresivos x Búsqueda de ayuda	-0,031	0,021	-1,436	0,151	-0,072	0,011

Nota. Los coeficientes han sido aproximados al tercer decimal.

Los resultados indican que mayores síntomas depresivos ($b = 0,227$; $SE = 0,029$; $p < 0,001$) y menor apoyo materno ($b = -0,150$; $SE = 0,049$; $p < 0,01$) se encuentran asociados a mayor ideación suicida, en tanto, la búsqueda de ayuda no muestra asociación con la ideación suicida. No se observa moderación del apoyo (responsividad) materno en el efecto de los síntomas de depresión ($b = -0,009$; $SE = 0,010$; $p = 0,3625$) sobre la ideación suicida, tampoco existe interacción entre la búsqueda y los síntomas de depresión ($b = -0,031$; $SE = 0,021$; $p = 0,1511$).

En la tabla 11 se encuentran los resultados del análisis de la moderación del apoyo (responsividad) paterno y la búsqueda de ayuda en la relación entre síntomas depresivos con ideación suicida. Al igual que en el primer modelo, no se observa una interacción significativa del apoyo paterno con el efecto de los síntomas depresivos sobre la ideación suicida ($b = -0,002$; $SE = 0,005$; $p = 0,632$), tampoco de la búsqueda de ayuda con el efecto de los síntomas depresivos ($b = -0,034$; $SE = 0,021$; $p = 0,106$).

Tabla 11. *Modelo 2: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4) (usando PROCESS)*

Variable	Coeff	SE	T	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,664	0,139	4,764	0,001	0,391	0,937
Síntomas depresivos	0,225	0,028	8,091	0,001	0,170	0,279
Búsqueda de ayuda	-0,259	0,111	-2,341	0,019	-0,476	-0,042
Apoyo paterno	-0,034	0,024	-1,411	0,158	-0,082	0,013
Síntomas depresivos x Apoyo paterno	-0,002	0,005	-0,480	0,632	-0,011	0,007
Síntomas depresivos x Búsqueda de ayuda	-0,034	0,021	-1,615	0,106	-0,075	0,007

Nota. Los coeficientes han sido aproximados al tercer decimal.

Los análisis de los modelos de moderación restantes (de un total de 18 modelos revisados), asociados a la hipótesis cuatro (síntomas de ansiedad y estrés) se encuentran en los anexos de esta tesis, en tanto que los resultados son similares a los presentados previamente con los síntomas depresivos; es decir, no se observan efectos de moderación en las diversas interacciones analizadas entre las variables de estudio. Estos resultados conllevan el rechazar la hipótesis 4 (H4): “El apoyo parental y la disposición de búsqueda de ayuda modera de forma negativa la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento suicida en adolescentes consultantes”.

La tabla 12 muestra los efectos de interacción observados con respecto a la hipótesis cinco (H5), que señala “La desregulación emocional modera de forma positiva la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento de suicidio en adolescentes consultantes”.

Tabla 12. *Modelo 3: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5) (usando PROCESS)*

Variable	Coeff	SE	T	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,789	0,138	-5,734	0,001	-1,059	-0,519
Síntomas depresivos	0,087	0,025	3,515	0,001	0,039	0,136
Desregulación emocional	0,017	0,006	2,874	0,004	0,005	0,028
Síntomas depresivos X Desregulación emocional	-0,001	0,001	-0,786	0,431	0,002	0,001

Nota. Los coeficientes han sido aproximados al tercer decimal.

No se observa efecto de moderación de la desregulación regulación emocional en el efecto de los síntomas depresivos sobre el intento suicida ($b = -0,001$; $SE = 0,001$; $p = 0,431$). La ausencia de un efecto moderador significativo se mantiene en la mayoría de los modelos que fueron analizados para probar la hipótesis cinco, esto es, no existe una interacción entre la desregulación emocional con los síntomas depresivos/síntomas ansiosos/ síntomas de estrés en la explicación de ideación e intento de suicidio (revisar modelos en los anexos).

No obstante, se encontró una excepción en los análisis de la hipótesis cinco, presentada en los resultados obtenidos en el modelo 4 (tabla 13), donde se observa que existe un efecto de moderación significativo entre la desregulación emocional y los síntomas ansiosos para la explicación de intentos suicidas ($b = -0,002$; $SE = 0,001$; $p = 0,041$).

Tabla 13. *Modelo 4: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5) (usando PROCESS)*

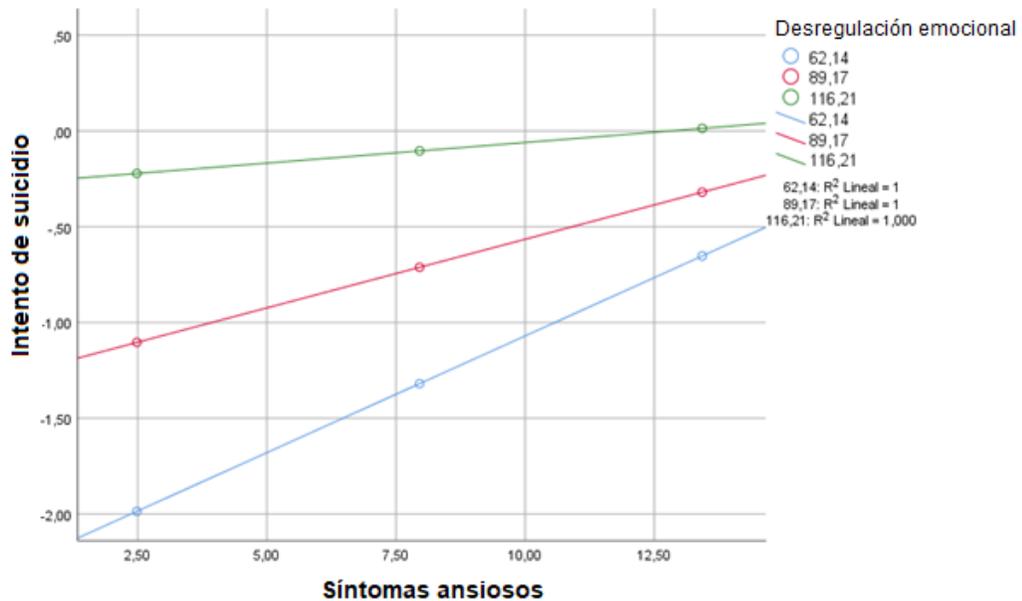
Variable	Coeff	SE	T	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,712	0,134	-5,317	0,001	-0,974	-0,449
Síntomas ansiosos	0,072	0,028	2,610	0,009	0,018	0,126
Desregulación emocional	0,023	0,006	3,850	0,001	0,011	0,034
Síntomas ansiosos X Desregulación emocional	-0,002	0,001	-2,047	0,041	-0,004	-0,001

Nota. Los coeficientes han sido aproximados al tercer decimal.

Para profundizar en este hallazgo, la figura 3 muestra el efecto de interacción observado en el modelo 4. El efecto de los síntomas ansiosos sobre el intento de suicidio es moderado en sentido positivo por el nivel de dificultades de regulación emocional; esto se observa en mayor detalle en el gráfico (figura 3), donde en niveles bajos y medios de desregulación emocional, la ansiedad tiene mayor impacto sobre el intento suicida; sin embargo, en niveles altos de desregulación emocional, la ansiedad pierde impacto sobre el intento de suicidio.

Figura 3

Moderación de la desregulación emocional en el efecto de los síntomas ansiosos sobre el intento de suicidio.



6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar las asociaciones de los factores del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés con la ideación e intento de suicidio en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule, Chile. Para ello se llevó a cabo un análisis de la conducta suicida no letal en adolescentes en control en diversas unidades de salud mental de la Región del Maule y se examinaron las relaciones entre diferentes variables sociodemográficas y psicológicas de interés. A continuación, se discuten los resultados del estudio, considerando los antecedentes y evidencia científica disponible.

El primer objetivo específico de este estudio buscaba caracterizar la ideación e intentos de suicidio en los adolescentes participantes. Para ello se utilizó la Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C-SSRS Chile/Spanish 5.1), a partir de la cual se obtuvo que, del total de participantes, el 60,1% reconoce haber tenido ideación suicida y el 32,7% reporta haber realizado al menos algún intento de suicidio en la vida. Estas cifras tienden a ser más altas que las señaladas en estudios previos en adolescentes chilenos; entre estos destacan una investigación con estudiantes de enseñanza media de Chillán, donde el 19,1% de los adolescentes había intentado suicidarse en el último mes y el 77,2% presentó ideas suicidas, en diferentes niveles de severidad (Salvo & Melipillán, 2008). En una muestra de estudiantes de enseñanza media de la Región Metropolitana (RM), Ventura-Juncá et al. (2010) hallaron una prevalencia de vida para ideación suicida del 62% y para intento suicidio del 19%.

En el estudio de Barroilhet et al. (2012), realizado con una muestra similar al anterior, el 21% de los adolescentes señaló haber tenido ideación suicida alguna vez en la vida y el 26,3% señala haber tenido intentos suicidas o autoagresiones alguna vez. En la investigación de Valdivia et al. (2015) con estudiantes secundarios de una comuna rural, encontraron que la prevalencia de vida para intento de suicidio fue de 25,6% y el de ideación suicida fue cercano al 30%. Finalmente, en un estudio realizado con adolescentes escolarizados de la provincia de Concepción se obtuvo una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3% (Silva et al., 2017).

Pese a la amplitud de estudios chilenos en población adolescente, es difícil comparar los resultados debido a variaciones respecto de las muestras y la metodología empleada; pues la evidencia previa está centrada principalmente en muestras escolarizadas de adolescentes y utilizan instrumentos como el cuestionario de suicidalidad de Okasha et al. (1981; Salvo et al., 2008). Ninguno de los estudios anteriores ha sido realizado en una muestra clínica.

Es de esperar que la prevalencia de ideación e intento suicida del presente estudio sea superior a la de población adolescente general. Existe amplia evidencia que señala que los trastornos psiquiátricos se relacionan con una mayor probabilidad de conductas suicidas en adolescentes (Mellado et al., 2021; Nock et al., 2013; Teti et al., 2014), especialmente los trastornos afectivos (Bridge et al., 2012; Gladstone et al., 2001). A nivel internacional, estudios como el de Glenn et al. (2017) han informado tasas de prevalencia de pensamientos y conductas autolesivas en pacientes adolescentes

ambulatorios que recibían tratamiento de salud mental, reportando un 88,7% de ideación suicida y un 39,6 % para intento de suicidio, cifras que superan las obtenidas en este estudio, lo que es consistente con una mayor prevalencia de estas conductas en población clínica adolescente, donde las tasas de pensamientos y conductas suicidas llegan a ser tres veces más altas que las tasas comunitarias (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011).

Pese a la evidente mayor prevalencia de conductas suicidas no letales en muestras clínicas de adolescentes, es importante subrayar que un tercio de los participantes de este estudio ha realizado un intento de suicidio y cerca del doble ha tenido ideas suicidas a su corta edad. Esto último reviste de interés y alerta por cuanto es una población que se encuentra frente a un mayor riesgo de conductas suicidas. La probabilidad de realizar un intento de suicidio en adolescentes se incrementa 12 veces cuando presentan pensamientos suicidas (Nock et al., 2013), y entre pacientes adolescentes que informaron antecedentes de ideación suicida, aproximadamente el 33% tuvo un intento de suicidio abortado y aproximadamente el 20% hizo un intento interrumpido, estos análisis permiten distinguir a los individuos más graves entre el grupo grande y heterogéneo que piensa en el suicidio (Glenn et al., 2017; Rueter et al., 2008).

Estos hallazgos realizan hincapié en la preponderancia de mantener un seguimiento de los casos frente al reporte de pensamientos suicidas por parte de los adolescentes, un período clave para la intervención y prevención de la conducta suicida es dentro de los primeros 6 a 12 meses después del inicio del pensamiento suicida o la participación en autolesiones no suicidas (Glenn et al., 2017).

El segundo objetivo propone identificar factores protectores y de riesgo de la ideación e intento suicida en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maipo, para ello, en primer lugar, se revisarán las variables vinculadas a antecedentes personales y familiares para luego dar paso al análisis de variables psicológicas.

En cuanto a la identificación de factores protectores y de riesgo de la ideación suicida, en los análisis de cada variable por separado, el sexo femenino aumenta la probabilidad de tener ideación suicida ($OR = 1.663$, $p = 0,021$), siguiendo la tendencia de estudios nacionales e internacionales (Cuadra-Peralta et al., 2021; Kumar et al., 2021; Mellado et al., 2021).

Llama la atención que, la conducta suicida en la familia no operó como factor de riesgo para ideación suicida en esta muestra, lo que contrasta con los resultados del estudio de Pavez et al. (2009), quienes identificaron que el intento suicida de un familiar estaba vinculado a un mayor riesgo de ideación suicida en adolescentes chilenos deprimidos; no obstante, se debe considerar una interpretación cautelosa de estos resultados teniendo en cuenta que la información que los adolescentes entregan sobre la suicidalidad de sus familiares puede estar sesgada por el desconocimiento de estas circunstancias (Valdivia et al., 2015).

También se obtuvo que el contar con antecedentes de trastorno mental en la familia del adolescente incrementa dos veces la probabilidad de presentar ideación suicida ($OR = 2,013$, $p = 0,003$). Sobre este último factor no hay consenso en estudios con adolescentes, Pavez et al. (2009), hallaron que el trastorno psiquiátrico de un familiar no

se asociaba a un mayor riesgo de ideación suicida en adolescentes chilenos con trastorno depresivo; no obstante, otros investigadores han encontrado que tener antecedentes familiares con problemas de salud mental se ha relacionado sistemáticamente con un mayor riesgo de suicidio en los adolescentes (Alvarez-Subiela et al., 2022; Brent et al., 1999). Este enfoque resulta lógico al considerar que los problemas de salud mental de los padres pueden interferir con la eficacia de tratamientos proporcionados a los adolescentes (en aspectos como el supervisar y acompañar la adherencia al tratamiento, así como seguir recomendaciones para la familia), por lo que la evaluación de la psicopatología de los padres en pacientes adolescentes debería ser un aspecto importante a considerar (Brent et al., 1999).

Por otra parte, se ha estudiado que una diátesis hereditaria predispone a las personas a comportamientos suicidas (Turecki et al., 2019; Turecki & Brent, 2016). Estudios de gemelos informan una heredabilidad del 36% al 43% de la ideación suicida (Fu et al., 2002; Statham et al., 1998), y las investigaciones familiares han documentado la transmisión de ideas suicidas (Brent & Melhem, 2008). Sin embargo, la evidencia científica muestra una tendencia a respaldar que la transmisión familiar de ideas, a diferencia de la transmisión del riesgo a realizar intento de suicidio, se encuentra relacionada con la heredabilidad de trastornos psiquiátricos (Brent & Melhem, 2008). Un estudio sobre endofenotipos (fenotipos internos, no visibles directamente a la observación) identificó algunos que muestran una asociación con comportamiento suicida; entre ellos se incluyen rasgos impulsivos-agresivos (la propensión a reaccionar con agresión u hostilidad ante la frustración o la provocación), la aparición temprana de

depresión mayor, función neurocognitiva alterada en múltiples dominios y mayor respuesta de cortisol al estrés social (Mann et al., 2009). Rasgos como la agresión impulsiva parece ser clave en la red de factores relevantes, dado que aumenta la probabilidad de que una persona actúe basándose en pensamientos suicidas (Brent & Mann, 2006); la transmisión de estos rasgos ha explicado al menos parcialmente la agregación familiar de la conducta suicida (Turecki et al., 2019). También podrían estar involucrados rasgos de personalidad que incluyen neuroticismo o vulnerabilidades del desarrollo neurológico que conllevan una mala resolución de problemas, características comúnmente asociadas a diversos diagnósticos de salud mental que podrían tener un historial familiar (Brent & Mann, 2006; Tidemalm et al., 2011).

Respecto a las variables psicológicas, la sintomatología depresiva ($D= 3,926$; $p=0.001$), la sintomatología ansiosa ($D= 2,589$; $p=0.001$), el estrés ($D= 2,517$; $p=0.001$) y la desregulación emocional ($D= 2,683$; $p=0.001$) aumentaron el riesgo de ideación suicida en los participantes del estudio. Estos resultados cuentan con una amplia evidencia científica de respaldo, se han identificado a los síntomas depresivos como el mejor predictor de ideación suicida en escolares adolescentes (Lee et al., 2006; Viñas et al., 2002), en tanto, Kumar et al. (2021) encontraron que los adolescentes que tenían síntomas depresivos moderados a graves informaron mayor ideación suicida que aquellos que tenían síntomas mínimos o leves. En cuanto a la desregulación emocional, se ha informado de una asociación negativa entre la capacidad autoreportada de manejar emociones que son relevantes para uno mismo y la ideación suicida en jóvenes (Ciarrochi et al., 2002). Un estudio realizado por Cuadra-Peralta et al. (2021) con

adolescentes chilenos escolarizados encontraron resultados similares, observando una correlación entre las variables ideación suicida con depresión, ansiedad, estrés y desregulación emocional. Estudios extranjeros también han respaldado una relación positiva entre depresión, ansiedad, estrés e ideación suicida en adolescentes (Ibrahim et al., 2014). Por último, los resultados son consistentes con el estudio de Hatkevich et al. (2019), quienes, al evaluar a adolescentes hospitalizados por dificultades de salud mental, encontraron una asociación entre una percepción de una regulación emocional limitada y los pensamientos suicidas.

Con relación a la búsqueda de ayuda, constructo que evalúa la probabilidad con que los sujetos buscarían ayuda desde distintas fuentes (formales e informales) frente a diferentes problemas de salud (Olivari & Guzmán-González, 2017), se encontró que reduce el riesgo de ideación suicida ($D= 0,727$; $p=0.004$). Al respecto, si bien la literatura sobre las conductas de búsqueda de ayuda e ideación suicida en adolescentes es escasa, es relevante tener en cuenta este factor protector, especialmente considerando que la proporción de quienes reciben ayuda profesional para su riesgo suicida se ha estimado entre 10 y 50%, dependiendo de factores como la edad, el sexo y el país, mostrando un comportamiento limitado de búsqueda de ayuda (Cotter et al., 2015; Lustig et al., 2021; Ystgaard et al., 2009; Pisani et al., 2012). Existen dos principales preocupaciones acerca del suicidio que podrían incidir en la búsqueda de ayuda por parte de los adolescentes: la percepción de si los adultos están disponibles para ayudar a los jóvenes suicidas y la confidencialidad (Pisani et al., 2012). Estas actitudes específicas hacia el suicidio pueden ayudar a explicar la tendencia que se ha documentado entre los

jóvenes con ideación suicida de evitar o rechazar la ayuda que parece estar fácilmente disponible para ellos (Wilson et al. 2010).

Los resultados obtenidos en el presente estudio dan cuenta de que el apoyo materno ($D=0,534$; $p=0.001$) y el apoyo paterno ($D=0,712$; $p=0.003$) -en su dimensión calidez y responsividad- disminuyeron el riesgo de ideación suicida. Es conocida la relevancia de la presencia de los padres en las distintas dimensiones del desarrollo vital de sus hijos e hijas.

Se ha documentado que el apoyo familiar percibido reduce la ideación suicida a través de asociaciones negativas con síntomas depresivos en estudiantes universitarios afroamericanos, considerándolo como un factor protector culturalmente relevante (Wang et al., 2013). Revisiones de literatura y estudios observacionales han concluido que un bajo apoyo familiar y la falta de calidez de los padres predice ideas suicidas graves y conductas de riesgo en adolescentes de todas las etnias y géneros (King & Merchant, 2008; Perez-Gramaje et al., 2019; Salvo & Melipillán, 2008), en consecuencia, familias emocionalmente involucradas, que se comunican con facilidad, proporcionan un mayor apoyo, el establecimiento de límites de los padres hacia sus hijos, además de una crianza cálida, cariñosa y comprensiva por parte de los padres actúan como factor protector de la conducta suicida, particularmente de la ideación suicida (Alvarez-Subiela et al., 2022; Cero & Sifers, 2013; Connor & Rueter, 2006; Kumar et al., 2021). Por el contrario, es posible argumentar que la ausencia de calidez familiar y falta de comunicación con los padres hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas, lo que puede generar un ambiente donde el adolescente no cuente con el

soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes (Larraguibel et al., 2000). Un estudio chileno concluyó que el mayor apoyo materno eventualmente reduce el efecto de factores clínicos y psicológicos en la aparición y desarrollo de pensamientos suicidas en adolescentes (Mellado et al., 2021), evidencia que permite robustecer la hipótesis de que el apoyo y calidez materno actuarían como factores protectores de la conducta suicida no letal en adolescentes.

Para conocer las influencias de estos factores en su conjunto, se realizó un análisis multivariado de los factores de riesgo y protectores para ideación suicida, donde solo para algunas de las variables antes mencionadas, el género femenino, los antecedentes de trastornos mentales en la familia y la sintomatología depresiva, permanecen como factores influyentes en la predicción estadística de la ideación suicida. A la vez, en este modelo, también el apoyo materno se mantiene como un factor que disminuye el riesgo de ideación suicida. El modelo completo presenta un buen ajuste ($X^2(8) = 8,387$; $p = 0,397$; R^2 Nagelkerke = 0,439). No resulta extraño que los síntomas depresivos mantengan un efecto significativo en el modelo conjunto. Múltiples estudios coinciden en que la sintomatología depresiva se encuentra relacionada con la ideación suicida en adolescentes (Ibrahim et al., 2014; Viñas et al., 2002), llegando a identificarla como su mejor predictor (Barzilay et al., 2015; Barzilay & Apter, 2014; Evans et al., 2004). De igual forma, como se ha referido previamente, las demás variables informadas en el modelo conjunto se han asociado con ideación suicida según la evidencia existente, tanto en el caso del género femenino (Cuadra-Peralta et al., 2021; Kumar et al., 2021; Mellado et al., 2021), como de los antecedentes de trastornos mentales en la familia (Alvarez-

Subiela et al., 2022; Brent et al., 1999; Brent & Melhem, 2008) y el apoyo materno (Mellado et al., 2021).

Con respecto al intento de suicidio, en el análisis de factores de riesgo individual, no tuvieron asociación ninguno de los antecedentes personales y familiares estudiados; es decir, el sexo femenino, los antecedentes de trastorno mental en la familia, la conducta suicida en la familia, la estructura familiar del adolescente y la composición del núcleo familiar (familia monoparental o no monoparental) no resultaron ser factores de riesgo para intento suicida en la muestra clínica de adolescentes. La mayoría de estos hallazgos son inconsistentes con la evidencia existente, particularmente, el sexo femenino ha sido relacionado con una mayor probabilidad de tener intentos de suicidio, llegando a conferir un riesgo entre 2 y 4 veces mayor a las adolescentes tanto en publicaciones nacionales (Silva et al., 2017; Valdivia et al., 2015) como extranjeras (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019; West et al., 2010). La explicación a esto último podría situarse en que la muestra de este estudio eran adolescentes que se encontraban en atención de salud mental, siendo uno de los posibles motivos de ingreso, el comportamiento suicida. Estudios señalan que la diferencia de sexo/género en los intentos de suicidio de jóvenes (mujeres > hombres) sólo disminuye en los ingresos hospitalarios por intentos de suicidio que son médicamente graves (en gran medida, autointoxicaciones) y se invierte (hombres > mujeres) en la medida que aumenta la letalidad de los métodos (por ejemplo, ahorcamiento y uso de armas de fuego) (Beautrais, 2003; Rhodes et al., 2014). Este estudio no cuenta con antecedentes suficientes para estimar el grado de letalidad de los métodos empleados y su posible influencia en los resultados.

Existe muy escasa evidencia que respalde el resultado obtenido en este estudio acerca de que el no vivir con ambos padres no estaba asociado a ninguna conducta suicida, identificándose solo un estudio antiguo con adolescentes, el cual sugiere que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida de los niños y adolescentes (McKeown et al., 1998). Además, la relación entre la presencia de los padres y la conducta suicida es compleja y puede variar dependiendo de otros factores, como el nivel socioeconómico y la presencia de trastornos de salud mental (Austin & Shanahan, 2021; Fu et al., 2017).

En los resultados expuestos, se obtuvo que los antecedentes de conducta suicida en la familia no constituyeron un factor de riesgo para el intento de suicidio en los participantes, resultado que, si bien suele mostrar una tendencia contraria en investigaciones con adolescentes (Barzilay & Apter, 2014; Bella et al., 2010; Melhem et al., 2007), también se presentó en el estudio de Valdivia et al. (2015); de interés resulta la tesis de Inostroza (2016) donde tampoco los antecedentes familiares de suicidio aumentaron la probabilidad de intento suicida en una muestra de usuarios de servicios de salud mental en Chile. En esta línea, debe recordarse que diversos modelos reconocen que el riesgo de suicidio es el resultado de la interacción entre una predisposición (también conocido como distal o diátesis) y factores precipitantes (proximales, desencadenantes o de estrés) (Turecki et al., 2019), lo que permite identificar a los antecedentes sociodemográficos y familiares estudiados como posibles factores de riesgo distales, los cuales se asocian a una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental en general, por lo tanto, pueden no lograr discriminar dentro de una muestra de

adolescentes consultantes (Inostroza, 2016). Además, estos hallazgos deben ser tomados con cautela; ya que, en esta investigación, lo que se está midiendo es el conocimiento que los adolescentes tienen acerca de la suicidalidad entre sus familiares y no si ésta efectivamente ocurrió, aspecto considerado previamente por Valdivia et al. (2015).

Por el contrario, todas las variables psicológicas estudiadas actuaron como factores de riesgo o protección. Los síntomas de depresión ($D= 2,137$; $p=0.001$), de ansiedad ($D= 1,870$; $p=0.001$) y estrés ($D= 1,926$; $p=0.001$), así como las dificultades de regulación emocional ($D= 2,148$; $p=0.001$) aumentan el riesgo de presentar intento de suicidio. En sentido contrario, la tendencia a la búsqueda de ayuda ($D= 0,688$; $p=0.001$), el apoyo (calidez y responsividad) materno ($D= 0,664$; $p=0.001$) y paterno ($D= 0,757$; $p=0.011$) disminuyen el riesgo de tener intento suicida.

Existe un vasto respaldo científico acerca de la asociación entre depresión e intento de suicidio en adolescentes (Leiva-Henríquez et al., 2008; Pacheco et al., 2010; Tamás et al., 2007; Valdivia et al., 2015). En tanto, los síntomas ansiosos también han sido señalados como un factor de riesgo para intento de suicidio en adolescentes; estudios de comorbilidad han hallado que el riesgo de suicidio se vio aumentado al asociarse depresión y ansiedad (Foley et al., 2006), pareciendo que ciertas características o síntomas ansiosos pueden interactuar con características de trastornos del estado de ánimo comórbidos asociados (Barzilay & Apter, 2014), situación que podría presentarse en este estudio, debido a que al tratarse de una muestra clínica de adolescentes, muchos de ellos cuentan con síntomas depresivos y ansiedad. También se encontró que los

trastornos de ansiedad representan un factor de riesgo independiente para el comportamiento suicida (Boden et al., 2007). Por lo tanto, parece que al menos algunos componentes de la ansiedad pueden tener un papel importante en el aumento del riesgo de suicidio, independientemente de otros trastornos o combinados con ellos (Barzilay & Apter, 2014; Malik et al., 2014).

El análisis agregado de factores de riesgo en un modelo conjunto para intento de suicidio redujo el efecto de algunas de las variables antes mencionadas. Los síntomas de depresión y las dificultades de regulación emocional permanecen como factores de riesgo para intento de suicidio, a su vez, el apoyo (responsividad) materno mantuvo un efecto como factor protector, disminuyendo el riesgo de tener intento suicida dentro del modelo conjunto. Ya se ha documentado la asociación entre intentos de suicidio en adolescentes y la falta de disponibilidad de la red familiar (O'Donnell et al., 2003).

Wang et al. (2016) hallaron que el apoyo familiar ejercía un efecto negativo sobre el comportamiento suicida en pacientes ambulatorios por abuso de sustancias.

Particularmente, Connor & Rueter (2006) estudiaron que el efecto protector de la calidez parental en el desarrollo de ideas, planes o intentos suicidas de los hijos adolescentes difería según el género de los padres. Notaron que el comportamiento de las madres tenía un efecto directo, mientras que la relación entre la calidez del padre y la conducta suicida no lograba esta relación directa, sino que estaba mediada por la angustia emocional del adolescente (Connor & Rueter, 2006). Por otra parte, Ackard et al. (2006) identificaron que la mayoría de los adolescentes de su estudio reconocían que podían hablar con su madre respecto de sus problemas, por el contrario, la mayoría indicó poder

hablar poco o nada respecto de sus problemas con su padre. También observaron que en aquellos adolescentes que reportaron un bajo cuidado materno, en comparación con pares que reportaron un alto cuidado maternal, había mayor prevalencia de intentos de suicidio (Ackard et al., 2006). Esto se podría explicar en base a que los adolescentes suelen tener una relación más estrecha y cálida con sus madres, mientras que tienden a percibir a sus padres como figuras de autoridad, además, existe una tendencia cultural de que las madres son las principales cuidadoras en muchas familias, fortaleciendo el vínculo con sus hijos a través del cuidado (Connor & Rueter, 2006), por lo que tendría sentido considerar que las características del vínculo de los adolescentes con sus madres pudiese impactar de una forma más fuerte y directa en la salud mental de sus hijos.

El último objetivo propuesto en este estudio consistió en evaluar la aplicabilidad del modelo de vulnerabilidad-resiliencia al estrés (Breton et al., 2015) en la explicación de ideación e intento suicida de una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule. Para su abordaje se plantearon las hipótesis cuatro y cinco, que señalan que el apoyo parental (materno y paterno), la búsqueda de ayuda y la desregulación emocional moderan la relación entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés con ideación e intento suicida; es decir, que las primeras dos variables conferirían resiliencia -y en el caso de la desregulación, vulnerabilidad- al desarrollo de conductas suicidas frente a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes consultantes.

Los análisis de diversos modelos de moderación para comprobar estas últimas hipótesis, en su mayoría, no lograron respaldar estos supuestos. De los 18 modelos analizados solo uno evidenció un efecto de interacción. Específicamente, se encontró un efecto de moderación entre las dificultades de regulación emocional y los síntomas ansiosos para la explicación de intentos suicidas. Esta asociación se puede desglosar de la hipótesis cinco (H5), que señala “La desregulación emocional modera de forma positiva la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con ideación e intento de suicidio en adolescentes consultantes”. Sin embargo, la moderación encontrada es inversa a la esperada, es decir que, en niveles bajos y medios de desregulación emocional, la ansiedad tiene mayor impacto sobre el intento suicida, no obstante, en niveles altos de desregulación emocional, la ansiedad pierde efecto sobre el intento de suicidio.

En un metaanálisis realizado por Malik et al. (2014) reportaron que los pacientes con ansiedad tenían más probabilidades de tener ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, en comparación con aquellos sin ansiedad. En cuanto al rol moderador de la desregulación emocional se pueden plantear diversas hipótesis. En primer lugar, Rajappa et al., (2012) encontraron que un acceso limitado a estrategias de regulación emocional predecía la ideación suicida en presencia de síntomas depresivos, trastornos del ánimo y/o ansiedad y, además, tal relación estaba mediada por la desesperanza. Esta última se asocia fuertemente con la ideación suicida e intento suicida en adultos y adolescentes (Silva et al., 2017; Valdivia, et al., 2015; Wenzel et al., 2011), por lo que sería prudente suponer que existen otras variables que podrían estar interactuando en la relación entre de ansiedad e intentos de suicidio, y que

eventualmente precipitarían el tomar acción en un intento de suicidio en contexto de desregulación emocional, como la desesperanza u otras que no fueron evaluadas en el presente estudio.

En segundo lugar, se ha sugerido que los jóvenes que han intentado suicidarse tienen un perfil regulador de las emociones específicas de angustia que es menos favorable respecto a aquellos sin intentos de suicidio (Tamás et al., 2007). También se ha investigado que los actos suicidas, como los intentos de suicidio, pueden representar formas de reducir estados emocionales intolerables o escapar de situaciones abrumadoras (Harris et al., 2018; Zlotnick et al., 1997). Estos planteamientos concuerdan con el paradigma conceptual de Marsha Linehan en el contexto del trastorno límite de la personalidad, destacando que el comportamiento suicida puede ser una respuesta directa al afecto negativo intenso y puede servir para regularlo a la baja o disiparlo (Harned et al., 2006). Esto se condice con las teorías contemporáneas centradas en el suicidio, las que implican dominios específicos de no aceptación emocional y acceso limitado a estrategias efectivas de regulación de las emociones que impactan en los síntomas suicidas (Hatkevich et al., 2019). Tomando en cuenta lo anterior, la moderación encontrada podría interpretarse como que, frente a estados de alta desregulación emocional, la ansiedad y preocupaciones son menos relevantes ya que el adolescente enfocaría sus recursos en lidiar con la intensa desregulación de sus emociones a través de estrategias que interrumpan este proceso, como lo son las conductas autolesivas y el intento de suicidio. Se ha encontrado que la regulación de las

emociones es un factor importante para ayudar a comprender las relaciones entre la ideación y el comportamiento suicida y otras variables psicológicas (Turton et al., 2021).

Los resultados de este estudio deben evaluarse a la luz de algunas limitaciones. Primero, se utilizó un diseño retrospectivo y, por lo tanto, no es posible establecer relaciones de causalidad entre los diversos factores estudiados y el desarrollo de conductas suicidas. Esto es especialmente válido para el comportamiento suicida que fue encuestado como “alguna vez en la vida” (debido a la dicotomización de los resultados), frente a los síntomas que tienen un marco temporal cercano. En consecuencia, la ideación suicida o la intención de suicidio puede haber sido anterior a los determinantes evaluados.

En segundo lugar, al tratarse de una muestra no probabilística de una región del centro sur del país, los resultados no pueden ser generalizados, por lo tanto, se requieren estudios con mayor representatividad.

En tercer lugar, teniendo en cuenta que se trata de una muestra clínica de adolescentes que se encontraban en controles de salud mental, se podría haber generado una sobreestimación de variables como la búsqueda de ayuda, pese a que este estudio no indagó en cómo los adolescentes ingresaron a atenciones en salud mental ni su tiempo de permanencia en tratamiento.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los resultados arrojan luz sobre la importancia de desentrañar los efectos de diversas características sobre el comportamiento suicida no letal. Una fortaleza de este estudio es que recogió

información de pacientes adolescentes de diversas unidades de salud mental de la séptima región, lo que permitió acceder a una muestra diversa con relación a composición sociodemográfica de la Región del Maule.

7. CONCLUSIONES

Se ha señalado que entre un 95 y 100% de personas jóvenes que han intentado suicidarse, cursaban un trastorno mental (Bella et al., 2010; Sadek et al., 2019). Por ello se vuelve imperativo mantener evidencia actualizada y pertinente sobre factores que pueden aumentar el riesgo de conductas suicidas, así como también de aquellos que pueden ayudar a reducir el riesgo de llegar a estos comportamientos en adolescentes con diagnósticos de salud mental, comprendiendo además que la adolescencia es una etapa del desarrollo que involucra grandes cambios emocionales, sociales y físicos, que pueden facilitar el desarrollo de problemas psicológicos, lo que vuelve a este grupo más susceptible al desarrollo de conductas suicidas (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019). El generar un marco comprensivo de estos factores de riesgo y protectores, así como las interacciones que se pueden dar entre estas variables, son objetivos que han guiado la presente tesis. Los factores de riesgo son identificables y pueden servir como señales de advertencia antes del acto suicida, dando tiempo para anticipar y aplicar la intervención adecuada para prevenir tal comportamiento (Teti et al., 2014).

De los adolescentes consultantes participantes 60,1% reconoció haber tenido ideación suicida y el 32,7% reporta haber realizado al menos algún intento de suicidio en la vida. Al analizar los factores de riesgo y protectores para ideación suicida, el género femenino, los antecedentes de trastornos mentales en la familia, la desregulación emocional y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, actúan como factores de riesgo. La búsqueda de ayuda, el apoyo (reponsividad) materno y paterno actúan como

factores que disminuyen el riesgo de ideación suicida. No obstante, en el modelo conjunto mantienen su influencia solamente el género femenino, los antecedentes de trastornos mentales en la familia, los síntomas de depresión y el apoyo (responsividad) materno.

En tanto, los factores de riesgo para intento de suicidio en la muestra clínica de adolescentes fueron la desregulación emocional, y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los factores protectores identificados para intento de suicidio fueron la búsqueda de ayuda, y apoyo (responsividad) materna y paterna. En el análisis de este modelo conjunto, mantuvieron su poder explicativo evidenciado de manera independiente para intento de suicidio las variables de sintomatología depresiva, desregulación emocional y el apoyo (responsividad) materno.

Un elemento por destacar en este estudio es la relevancia del apoyo parental, especialmente el materno, como factor que reduce el riesgo de conducta suicida en la muestra clínica de adolescentes. Una posible explicación para esto podría ser que una conexión fuerte entre el adolescente y sus padres conducen a un desarrollo emocional y conductual saludable (Ackard et al., 2006), no obstante, el apoyo paterno aún parece estar limitado a roles y funciones preconcebidas culturalmente, donde el visualizar a los padres como figuras de autoridad y distantes de las labores de cuidado podría incidir en la valoración que los adolescentes tienen del apoyo y el nivel de cercanía con sus figuras paternas (Connor & Rueter, 2006). Pese a esto último, no se puede ignorar el papel de los padres en la prevención de la ideación suicida de un adolescente, y en particular el

apoyo materno que muestra una asociación directa como factor protector para la ideación y los intentos de suicidio.

Finalmente, se esperaba observar que variables como la búsqueda de ayuda, y el apoyo materno y paterno confirieran resiliencia al amortiguar los efectos de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés sobre la ideación e intento suicida. Y por el lado contrario, que la desregulación emocional actuara como un factor que aumentara la vulnerabilidad. En este sentido, los análisis de moderación brindaron resultados distintos a los que se esperaban en el planteamiento de las hipótesis cuatro y cinco, encontrándose un efecto de moderación solo entre la desregulación emocional y los síntomas ansiosos para la explicación de intentos suicidas. Próximos estudios deberán profundizar en estas y otras posibles interacciones entre factores de riesgo y protección.

Los resultados obtenidos evidencian la importancia de integrar y contextualizar el fenómeno del suicidio, incluyendo a la familia en el trabajo terapéutico de jóvenes con dicha conducta. Además, el identificar los aspectos del apoyo familiar que contribuyen al bienestar psicológico entre los adolescentes puede ayudar a formular intervenciones para quienes carecen de dicho apoyo, a través de la utilización de otras redes de apoyo social que compensen estos déficits; por ejemplo, se ha estudiado que la fe religiosa ejerce efectos directos e indirectos más fuertes sobre el comportamiento suicida en niveles bajos de apoyo familiar, en pacientes ambulatorios con abuso de sustancias (Wang et al., 2016).

La sintomatología depresiva mantuvo un alto poder explicativo en los distintos modelos analizados tanto para ideación como para intento de suicidio (Silva et al., 2017; Teti et al., 2014; Turecki et al., 2019).

Indudablemente las intervenciones selectivas dirigidas a adolescentes que se atienden en salud mental deben abordar la detección de sintomatología depresiva, la que se ha estudiado está presente en el 49 a 64% de los adolescentes muertos por suicidio (Barroilhet et al., 2012). En población general, se han introducido intervenciones que apuntan a equipar mejor a los médicos generales para detectar, diagnosticar y tratar la depresión, así como también la detección del riesgo suicida, considerando que muchas personas con sintomatología depresiva no consultan a especialistas y suelen ser atendidos en primera instancia por un médico general (Roskar et al., 2010); por otra parte, los servicios de Atención Primaria en Salud son los que cuentan con mayor cobertura de salud a nivel territorial en Chile (González et al., 2019), constituyendo la puerta de entrada para atenciones de adolescentes, la cual es brindada por médicos generales, siendo un grupo de interés y que es necesario que cuente con los conocimientos necesarios para detectar situaciones de riesgo suicida.

Si bien las intervenciones basadas en Internet se encuentran en una etapa temprana de desarrollo en Chile (Rojas et al., 2019), algunos estudios han confirmado la viabilidad de estas intervenciones en adolescentes chilenos, entre ellos, Martínez et al. (2018) probaron la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una intervención de atención colaborativa remota para la depresión para adolescentes con este diagnóstico, donde

médicos de atención primaria recibieron apoyo especializado. También Carrasco (2016) estudió la aceptabilidad de un videojuego de aventuras en línea como herramienta psicoterapéutica para adolescentes en psicoterapia para la depresión leve o moderada, logrando tasas de aceptabilidad positivas. Este tipo de iniciativas pueden ser especialmente útiles a nivel de prevención indicada y en etapas de tratamiento para grupos objetivos como el de este estudio.

La evidencia respalda que los pensamientos e intentos de suicidio se asocian con un deterioro funcional y social significativo en los adolescentes y jóvenes, el cual se puede prolongar hasta mediana edad, así como una carga sustancial para el sistema de atención sanitario (Glenn & Klonsky, 2013; Goldman-Mellor et al., 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020), por ello resulta socialmente relevante que se profundice en la investigación de la conducta suicida no letal en adolescentes, previniendo el mantenimiento de factores de riesgo y promoviendo aquellos aspectos que tienen un efecto protector en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes frente a las conductas suicidas no letales.

8. REFERENCIAS

Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents.

American Journal of Preventive Medicine, 30(1), 59–66.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>

Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 15, 11–25.

<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>

Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Villar-Cabeza, F., Vila-Grifoll, M., & Palao-Vidal, D. (2022). Family factors related to suicidal behavior in adolescents.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(16), 9892.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19169892>

American Psychological Association (2003). The first code. *American Psychological Association*, 34(1), 63.

<https://www.apa.org/monitor/jan03/firstcode.aspx>

Angst, J., Sellaro, R., Stassen, H. H. & Gamma, A. (2005). Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: Results of a long-term prospective study of hospital admissions.

Journal of Affective Disorders, 84(2-3), 149–157.

[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00195-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00195-2)

Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21):

validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia*

Psicológica, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>

Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: Riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>

Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>

Aseltine, R. H., Jr, Schilling, E. A., James, A., Glanovsky, J. L., & Jacobs, D. (2009). Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: Findings from a large-scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 262–270. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318195bce8>

Austin, A. E., & Shanahan, M. E. (2021). Material hardship and suicidal behavior: Associations among parents and non-parents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 51(4), 646–656. <https://doi.org/10.1111/sltb.12723>

- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A.M., Reyes, L., Uribe, J., & García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.
<http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>
- Barber, B. K., Maughan, S. L., & Olsen, J. A. (2005). Patterns of parenting across adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (108), 5–16. <https://doi.org/10.1002/cd.124>
- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315–335. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2005.17.4.315>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vörhinger, P., Araya, R., & Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinflingida y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 140, 873-881.
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Predictors of suicide in adolescents and adults with mood and common comorbid disorders. *Neuropsychiatry*, 4(1), 81–93.
<https://doi.org/10.2217/npv.13.86>

- Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 183*, 68–74.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.047>
- Bearman, P. S., & Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health, 94*(1), 89–95.
<https://doi.org/10.2105/ajph.94.1.89>
- Beautrais A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine (Fremantle, W.A.), 14*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00283.x>
- Beautrais A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *The American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1093–1099.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1093>
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría, 108*(2), 124-129.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 540.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and

suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37(3), 431–440.

<https://doi.org/10.1017/S0033291706009147>

Bravo-Andrade, H., López-Peñaloza, J., Ruvalcaba-Romero, N., & Orozco-Solís, M.

(2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. Una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. *Cultura, Educación y Sociedad*, 10(1), 25-41.

<http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02>

Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497–1505.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>

Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T., Vitiello, B., Bukstein, O., Stanley, B., Posner, K., Kennard, B. D., Cwik, M. F., Wagner, A., Coffey, B., March, J. S., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Barnett, S., Capasso, L., ... Turner, J. B. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 987–996. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbe4>

Brent, D. A., & Mann, J. J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior -

understanding and preventing suicide among adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 355(26), 2719–2721.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp068195>

Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157–177.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>

Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gérardin, P., Cohen, D., & Guilé, J. M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(2 Suppl 1), S5–S15.

Bridge, J. A., McBee-Strayer, S. M., Cannon, E. A., Sheftall, A. H., Reynolds, B., Campo, J. V., Pajer, K. A., Barbe, R. P., & Brent, D. A. (2012). Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 394–403.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.002>

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3-4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23.

- Cárdenas-Castro, M., & Arancibia-Martini, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G* Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en Psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>
- Carlisle, J., Shickle, D., Cork, M., & McDonagh, A. (2006). Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 133–137. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.011262>
- Carrasco, A. E. (2016). Acceptability of an adventure video game in the treatment of female adolescents with symptoms of depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1), 10–18. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.182>
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Casey, B. J., Duhoux, S., & Malter Cohen, M. (2010). Adolescence: What do transmission, transition, and translation have to do with it?. *Neuron*, 67(5), 749–760. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.033>
- Casey, B. J., & Caudle, K. (2013). The teenage brain: Self control. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 82–87. <https://doi.org/10.1177/0963721413480170>

- Casey, B. J., Oliveri, M. E., & Insel, T. (2014). A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biological Psychiatry*, *76*(5), 350–353. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.01.006>
- Cero, I., & Sifers, S. K. (2013). Parenting behavior and the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide: A mediated moderation analysis with adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *150*(3), 987–992. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.025>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, *32*(2), 197–209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, *20*(1), 143–155. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.143>
- Cotter, P., Kaess, M., Corcoran, P., Parzer, P., Brunner, R., Keeley, H., Carli, V., Wasserman, C., Hoven, C., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J. P., Resch, F., Postuvan, V., Värnik, A., & Wasserman, D. (2015). Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(6), 973–982. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1016-3>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Vega Latorre, G., & Zepeda Gómez, A. (2021).

Ideación suicida y relación con la salud mental en adolescentes escolarizados no consultantes. *Interciencia*, 46(5), 217-223.

Cuadrado, C., Zitko, P., Covarrubias, T., Hernandez, D., Sade, C., Klein, C., & Gomez, A. (2015). Association between adolescent suicide and sociodemographic factors in Chile: Cross-sectional ecological study. *Crisis*, 36(4), 281–290.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000324>

Cumsille, P., Martínez, M. L., Rodríguez, V., & Darling, N. (2014). Análisis psicométrico de la Escala Parental Breve (EPB): Invarianza demográfica y longitudinal en adolescentes chilenos. *Psykhé*, 23(2), 1-14.
<https://doi.org/10.7764/psykhe.23.2.665>

Darling, N., & Toyokawa, T. (1997). Construction and validation of the Parenting Style Inventory II (PSI-II). Manuscrito no publicado, Department of Human Development and Family Studies, The Pennsylvania State University.
<http://www.oberlin.edu/faculty/ndarling/lab/psiii.pdf>

Dávila-Cervantes, C. A., & Luna-Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(6), 606-616.
<https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>

Del Mauro, J. M., & Jackson Williams, D. (2013). Children and adolescents' attitudes toward seeking help from professional mental health providers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 35(2), 120–138.

<https://doi.org/10.1007/s10447-012-9172-6>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2019). Ministerio de Salud.

de Mendonça Lima, C. A., De Leo, D., Ivbijaro, G. & Svab, I. (2021). Suicide prevention in older adults. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12473.

<https://doi.org/10.1111/appy.12473>

Dervic, K., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood.

The Psychiatric Clinics of North America, 31(2), 271–291.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.006>

Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Editorial Gorla.

Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., Peñaloza, F., & Moya, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría?: Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida.

Psykhē, 24(1), 1-11. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.24.1.667>

Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2007). Methods for integrating moderation and

mediation: A general analytical framework using moderated path

analysis. *Psychological methods*, 12(1), 1–22. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.1>

Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(4), 389–399.

<https://doi.org/10.1521/suli.33.4.389.25231>

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*(8), 957–979.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191.

<https://doi.org/10.3758/bf03193146>

Fernández-Muñoz, J. J., & García-González, J. M. (2017). El análisis de mediación a través de la macro/interfaz Process para SPSS. *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 10*(2), 79-88. <http://doi.org/10.1344/reire2017.10.218109>

Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile, 139*(12), 1529-1533.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>

Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M., & Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública, 44*(4), 200-216.

Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J., & Angold, A. (2006). Proximal psychiatric

risk factors for suicidality in youth: The Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1017–1024.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1017>

Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115–134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>

Fu, M., Xue, Y., Zhou, W., & Yuan, T. F. (2017). Parental absence predicts suicide ideation through emotional disorders. *PloS One*, 12(12), e0188823.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188823>

Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., Jacob, T., True, M. R., & Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32(1), 11–24.

<https://doi.org/10.1017/s0033291701004846>

Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K. & Zimmerman, B. (2008). Child bipolar I disorder: Prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1125–1133. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1125>

Gipson, P. Y., Agarwala, P., Opperman, K. J., Horwitz, A. & King, C. A. (2015). Columbia- Suicide Severity Rating Scale: predictive validity with adolescent

psychiatric emergency patients. *Pediatric Emergency Care*, 31(2), 88–94.

<https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000225>

Gladstone, G. L., Mitchell, P. B., Parker, G., Wilhelm, K., Austin, M. P., & Eysers, K.

(2001). Indicators of suicide over 10 years in a specialist mood disorders unit sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(12), 945–951.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v62n1205>

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical

investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>

Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee, A. C., Nock, M. K., & Auerbach,

R. P. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of*

Abnormal Child Psychology, 45(5), 971–983. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0>

Goldman-Mellor, S. J., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Nada-Raja, S., Poulton, R.,

& Moffitt, T. E. (2014). Suicide attempt in young people: A signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry*, 71(2), 119–127.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2803>

Goldston, D. B., Erkanli, A., Daniel, S. S., Heilbron, N., Weller, B. E., & Doyle, O.

(2016). Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 400–407.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.010>

González, C., Castillo-Laborde, C., & Matute, I. (Eds.) (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno* (Serie de salud poblacional N°2). Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

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. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19- 29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>

Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L. & Ma, J. (2018). Seeking professional help for suicidal ideation: A comparison between Chinese and Australian university

students. *Psychiatry Research*, 270, 807–814.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.080>

Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.

Harned, M. S., Banawan, S. F., & Lynch, T. R. (2006). Dialectical Behavior Therapy: An emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 36(2), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9009-x>

Harris, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., Morgan, T., & Zimmerman, M. (2018). Suicide attempts and emotion regulation in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 232, 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.054>

Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.038>

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet (London, England)*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable moderation, mediation, and conditional process modeling*.
<http://www.afhayes.com>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014).
Metodología de la Investigación (6a ed.). Mc Graw-Hill.
- Huang, H. W. & Wang, R. H. (2019). Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 36(2), 155–163. <https://doi.org/10.1111/phn.12584>
- Ibrahim, N., Amit, N., & Suen, M. W. (2014). Psychological factors as predictors of suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *PloS One*, 9(10), e110670.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110670>
- Inostroza, C. I. (2016). *Procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción* [Tesis doctoral, Universidad de Concepción]. Repositorio de Tesis.
<http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/2075>
- Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C. & Quijada, Y. (2015). Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 231-240. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400003>

- Jackson Williams, D. (2012). Where do Jamaican adolescents turn for psychological help?. *Child & Youth Care Forum*, 41, 461-477. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9177-7>
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joyce, A., Pauli-Myler, T., Zazryn, T., Batras, D., & Mayers, K. (2011). Promoting help-seeking among adolescents and young adults through consideration of the adaptive functions of low mood: A pilot study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(4), 30-35.
- Kaess, M., Schnyder, N., Michel, C., Brunner, R., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J. P., Keeley, H., Keresztesy, A., Podlogar, T., Postuvan, V., Varnik, A., Resch, F., ... Wasserman, D. (2020). Twelve-month service use, suicidality and mental health problems of European adolescents after a school-based screening for current suicidality. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01681-7>
- Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1297–1306. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000715>
- Kim, M. H., Jung-Choi, K., Jun, H. J., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social*

Science & Medicine, 70(8), 1254–1261.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.004>

- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848–856. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>
- Kumar, P., Srivastava, S., Mishra, P. S., & Sinha, D. (2021). Suicidal ideation among adolescents - the role of sexual abuse, depression, and impulsive behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 726039. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.726039>
- Labelle, R., Breton, J. J., Pouliot, L., Dufresne, M. J., & Berthiaume, C. (2013). Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.027>
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo

de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.

Lee, M. T., Wong, B. P., Chow, B. W., & McBride-Chang, C. (2006). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(1), 82–96. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.1.82>

Leiva-Henríquez, H., Alamos-Lara, L., Prüssing-Santibáñez, L., & Uriarte-Ruiz, A. (2008). Intento de suicidio: Características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. *Anales de Pediatría*, 69(2), 110-114. <https://doi.org/10.1157/13124887>

Lew, B., Chistopolskaya, K., Osman, A., Huen, J., Abu Talib, M., & Leung, A. (2020). Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. *BMC Psychiatry*, 20(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4>

Ley N° 20.120. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 22 de septiembre de 2006. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>

Lopez-Castroman, J., & Calati, R. (2019). Editorial: Psychosocial Interventions for Suicide Prevention. *Frontiers in Psychology*, 10, 2191.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02191>

- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lustig, S., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2021). Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 60-67.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.037>
- Macalli, M., Tournier, M., Galéra, C., Montagni, I., Soumare, A., Côté, S. M., & Tzourio, C. (2018). Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal ideation in young adults: A cross-sectional analysis of the i-Share study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1957-7>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99-128. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- Malik, S., Kanwar, A., Sim, L. A., Prokop, L. J., Wang, Z., Benkhadra, K., & Murad, M. H. (2014). The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 3, 18. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-18>

- Mann, J. J., Arango, V. A., Avenevoli, S., Brent, D. A., Champagne, F. A., Clayton, P., Currier, D., Dougherty, D. M., Haghghi, F., Hodge, S. E., Kleinman, J., Lehner, T., McMahon, F., Mościcki, E. K., Oquendo, M. A., Pandey, G. N., Pearson, J., Stanley, B., Terwilliger, J., & Wenzel, A. (2009). Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, *65*(7), 556–563. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.021>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., Zitko, P., Irrázaval, M., Luttges, C., & Araya, R. (2018). Remote Collaborative Depression Care Program for adolescents in Araucanía Region, Chile: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(1), e38. <https://doi.org/10.2196/jmir.8021>
- McKeown, R. E., Garrison, C. Z., Cuffe, S. P., Waller, J. L., Jackson, K. L., & Addy, C. L. (1998). Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(6), 612–619. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00011>
- McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, *108*(10), 765–780. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026>

- Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Burke, A., Zelazny, J., Stanley, B., & Mann, J. J. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: Familial and individual antecedents of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(9), 1364–1370.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091522>
- Mellado, C., Méndez-Bustos, P., López-Castroman, J., Vega, C., Olivari, C., & Cárcamo-Vásquez, H. (2021). Apoyo parental, psicopatología e ideación suicida. *Psychology, Society, & Education*, *13*(2), 103-115.
<https://doi.org/10.25115/psye.v13i2.3012>
- Ministerio de Salud (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. MINSAL.
- Ministerio de Salud (2019). Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de Educación Superior.
- Ministerio de Salud (2016). Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020.
- Ministerio de Salud (2021). Herramientas de apoyo para la prevención del suicidio.
- 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. *Depression and Anxiety*, *31*(1), 19–26.

<https://doi.org/10.1002/da.22194>

Miranda, R., & Shaffer, D. (2013). Understanding the suicidal moment in adolescence.

Annals of the New York Academy of Sciences, 1304, 14–21.

<https://doi.org/10.1111/nyas.12291>

Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., & Rajappa, K. (2013). La rumiación y la

desesperanza como mediadores de la relación entre la desregulación de la

emoción percibida y la ideación suicida. *Terapia Cognitiva e Investigación*,

37(4), 786–795. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5>

Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to

2016: Systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ*, 364.

<https://doi.org/10.1136/bmj.194>

Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). *Suicide and*

suicidal behavior. *Epidemiological Review*, 30(1), 133–154.

<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R.

(2010). Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal

behavior. *Psychological Science*, 21(4), 511–517.

<https://doi.org/10.1177/0956797610364762>

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(3), 300-310.

Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics: The bare essentials*. Bc Decker.

Núñez, D., Arias, V., Méndez-Bustos, P., & Fresno, A. (2018). Is a brief self-report version of the Columbia Severity Scale useful for screening suicidal ideation in Chilean adolescents?. *Comprehensive Psychiatry*, 88, 39–48.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.002>

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

O'Connor, R. C., Platt, S. & Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice*. UK: John Wiley y Sons, Ltd.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

O'Connor, R.C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O.J. (2016). The integrated motivational- volitional model of suicidal behavior: An update. *The International Handbook of Suicide Prevention*, 220–240.
<https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch13>

- O'Donnell, L., Stueve, A., Wardlaw, D., & O'Donnell, C. (2003). Adolescent suicidality and adult support: The reach for health study of urban youth. *American Journal of Health Behavior, 27*(6), 633–644. <https://doi.org/10.5993/ajhb.27.6.6>
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 63*(5), 409–415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
- Olivari, C., & Guzmán-González, M. (2017). Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría, 88*(3), 324-331. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300003>
- Ong, E. & Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological Reports, 122*(4), 1192–1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1433–1441. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1433>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2021). Global health estimates: Leading causes of death. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C., & Escamilla-Cejudo, J. A. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: Tendencias en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, *142*(3), 305-313. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000300004>
- Pacheco, B., Lizana, P., & Celhay, I. (2010). Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*, *138*(2), 160-167. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000200003>
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J., & Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet (London, England)*, *374*(9693), 881–892. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, *137*(2), 226-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006>
- Perez-Gramaje, A. F., Garcia, O. F., Reyes, M., Serra, E., & Garcia, F. (2019). Parenting styles and aggressive adolescents: Relationships with self-esteem and personal

maladjustment. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a1>

Pisani, A. R., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D. B., Tu, X., & Wyman, P. A. (2012). Associations between suicidal high school students' help-seeking and their attitudes and perceptions of social environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1312–1324. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9766-7>

Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807–820. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2>

Posner, K., Brent, D., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P. & Mann, J. (2009). *Columbia University Rating Scale on the intensity of suicidal ideation (C-SSRS)*. Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Powers, A., & Casey, B. J. (2015). The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, *14*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004889>

Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla-Cejudo, J. A., & Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *The Journal of Adolescent Health*, *54*(3), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012>

Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(6), 833–839. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9419-2>

Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, *105*(1-3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.013>

Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Sinyor, M., Links, P. S., Tonmyr, L., Skinner, R., Bethell, J. M., Carlisle, C., Goodday, S., Hottes, T. S., Newton, A., Bennett, K., Sundar, P., Cheung, A. H., & Szatmari, P. (2014). Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, *4*(4), 120–132. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120>

- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health, 4*(3), 218-25. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12*(2), 9-16.
- Rindskopf, D. (2012). Generalized linear models. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 3. Data analysis and research publication* (pp. 191–206). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13621-009>
- Roh, B. R., Jung, E. H. & Hong, H. J. (2018). A comparative study of suicide rates among 10-19 year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investigation, 15*(4), 376–383. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>
- Rojas, G., Martínez, V., Martínez, P., Franco, P., & Jiménez-Molina, Á. (2019). Improving mental health care in developing countries through digital technologies: A mini narrative review of the Chilean case. *Frontiers in Public Health, 7*, 391. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00391>
- Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated

- health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547–557. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.547>
- Roskar, S., Podlesek, A., Zorko, M., Tavcar, R., Dernovsek, M. Z., Groleger, U., Mirjanic, M., Konec, N., Janet, E., & Marusic, A. (2010). Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: Follow-up study. *Croatian Medical Journal*, 51(3), 237–242. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.237>
- Roy, A., & Janal, M. (2005). Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: Separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 367–371. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00647.x>
- Rueter, M. A., Holm, K. E., McGeorge, C. R., & Conger, R. D. (2008). Adolescent suicidal ideation subgroups and their association with suicidal plans and attempts in young adulthood. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(5), 564–575. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.564>
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 2, 119-144. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

- Sadek, A., Anam, A., Rashid, M., Akber, E., & Khan, N. (2019). Suicide kills more peoples than any form of violence. *Mediscope, 6*(2), 87–92.
<https://doi.org/10.3329/mediscope.v6i2.43158>
- Salazar, J. A. A., Sapuy, L. P. L., Romero, A. R., & Ramírez, J. A. C. (2018). Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. In *Cultura del Cuidado, 13*(1), 70–89. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2016v13n1.2139>
- Salvo, G., & Melipillán, A. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 46*(2), 115-123.
- 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.
- Sánchez-Cabada, M. E., Elizalde-Monjardin, M., & Salcido-Cibrián, L. J. (2020). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud, 32*(1), 49-56.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. (2015). Variables demográficas y psicosociales que modulan el riesgo de suicidio en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 579-590.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.10>

- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Sanci, L., Lewis, D., & Patton, G. (2010). Detecting emotional disorder in young people in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 318–323.
<https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e32833aac38>
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Abd El-Salam, H. F. (2016). Perception of parental bonds and suicide intent among Egyptian adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(1), 15–22.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12130>
- Sherer, M. (2007). Advice and help-seeking intentions among youth in Israel: Ethnic and gender differences. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 34(3), 53–76.
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr, & Silverman, M. M. (2016). Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide & life-threatening behavior*, 46(3), 352–362.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>
- Silva, S. A., Silva, S. U., Ronca, D. B., Gonçalves, V. S. S., Dutra, E. S., & Carvalho, K. M. B. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 15(4), e0232007.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>

- Silva, D., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33–42.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1275- 1282.
- Somerville, L. H., & Casey, B. J. (2010). Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2010.01.006>
- Soole, R., Kõlves, K., & De Leo, D. (2014). Factors related to childhood suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 292–300.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000267>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417–463.
[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(00)00014-2)
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2016). Comprensión del suicidio entre los adultos mayores: Una revisión de las teorías psicológicas y sociológicas del suicidio. *Envejecimiento y Salud Mental*, 20 (2),

113-122. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1012045>

Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, *28*(4), 839–855. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006916>

Steele, M., & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, *52*(6), 21S-33S.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Treatment for suicidal ideation, self-harm, and suicide attempts among youth* (SAMHSA Publication No. PEP20-06-01-002). National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. <http://store.samhsa.gov>

Swee, G., Shochet, I., Cockshaw, W., & Hides, L. (2020). Emotion regulation as a risk factor for suicide ideation among adolescents and young adults: The mediating role of belongingness. *Journal of Youth and Adolescence*, *49*, 2265–2274. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01301-2>

Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A. L., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., & Vetró, A. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(4), 640–652.

<https://doi.org/10.1007/s10802-007-9119-2>

- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H., & Margraf, J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.08.001>
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., & Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública, 36*(2), 124–133.
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine, 41*(12), 2527–2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 47*(2), 95–104.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England), 387*(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)002342](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)002342)

- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews*, 5(1), 74.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Turton, H., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100136.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100136>
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & 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(3), 320-328.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
- Valois, R. F., Zullig, K. J., & Hunter, A. A. (2015). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9829-8>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vargas, H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(1), 19.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.1539>

- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & 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.
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in Developing Countries (2): Risk Factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *26*(3), 112–119. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.3.112>
- Vijayakumar, L., Kumar, M. S., & Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(3), 197–202. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283459242>
- Viñas, F., Canals, J., Gras, M. E., Ros, C., & Domènech-Llaberia, E. (2002). Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, *5*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005795>
- Wagner, B. M., & Zimmerman, J. H. (2006). Developmental influences on suicidality among adolescents: Cognitive, emotional, and neuroscience aspects. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 287–308). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-013>
- Wang, M. C., Wong, Y. J., Nyutu, P. N., Spears, A., & Nichols, W. III. (2016). Suicide protective factors in outpatient substance abuse patients: Religious faith and family support. *International Journal for the Psychology of Religion*, *26*(4), 370–

381. <https://doi.org/10.1080/10508619.2016.1174568>

- Wang, M. C., Wong, Y. J., Tran, K. K., Nyutu, P. N., & Spears, A. (2013). Reasons for living, social support, and Afrocentric worldview: Assessing buffering factors related to Black Americans' suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 17*(2), 136–147. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776454>
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry, 27*(2), 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological assessment, 21*(4), 616–621. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
- Wenzel, A., Berchick, E. R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 132*(3), 375–382. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.006>
- West, B. A., Swahn, M. H., & McCarty, F. (2010). Children at risk for suicide attempt and attempt-related injuries: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. *The Western Journal of Emergency Medicine, 11*(3), 257–263.

- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American journal of psychiatry*, *168*(5), 495–501.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Wilson, C. J., Bushnell, J. A., & Caputi, P. (2011). Early access and help seeking: Practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*, *5*(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00238.x>
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: Properties of the general help seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *39*(1), 15-28.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L., & Dalley, A. (2010). Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(4), 343–356. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9436-6>
- World Health Organization (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. World Health Organization.
- World Health Organization (2021a). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization.
- World Health Organization (2021b). *Mental health of adolescents*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization (2021c). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization.

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, *9*(4), 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>

Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., de Wilde, E. J., De Leo, D., & Fekete, S. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, *32*(4), 875–891. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.010>

Zaborskis, A., Sirvyte, D., & Zemaitiene, N. (2016). Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: A cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health* *16*(554), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3211-x>

Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., & Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 793–798. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00016>

Zlotnick, C., Wolfsdorf, B. A., Johnson, B., & Spirito, A. (2003). Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 149–157.

9. ANEXOS

Anexo 1

Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de ideas suicidas (C- SSRS Chile/Spanish 5.1)

Este cuestionario busca identificar la presencia y el grado de ideación/realización de eventuales intentos de suicidio. Se solicita contestar marcando la alternativa que corresponda.

Ideación suicidio personal
<p>1. ¿Has tenido un comportamiento autodestructivo (autolesiones) no suicida? *</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>2. ¿Has deseado estar muerto o has deseado poder dormir y no despertar? *</p> <p>La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido/a y no despertar.</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sí, durante el último mes</p> <p><input type="radio"/> Sí, alguna vez en tu vida</p>
Ideas suicidas
<p>3. ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? *</p> <p>Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, “He pensado en suicidarme”) sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).</p> <p><input type="radio"/> No <i>Skip to question 14.</i></p> <p><input type="radio"/> Si, durante el último mes</p> <p><input type="radio"/> Si, alguna vez en tu vida</p>

Ideas Suicidas Con Método:
<p>4. ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?</p> <p>El/la participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un/a participante que diría: “He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”).</p> <p><input type="radio"/> No.</p> <p><input type="radio"/> Sí, durante el último mes</p> <p><input type="radio"/> Sí, alguna vez en tu vida</p>
<p>5. ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado, la intención de llevarlas a cabo?</p> <p>Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el/la participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de “Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”.</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sí, durante el último mes</p> <p><input type="radio"/> Sí, alguna vez en tu vida</p>
<p>6. ¿Has comenzado a elaborar o elaborado los detalles sobre cómo suicidarte?</p> <p>Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el/la participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sí, durante el último mes</p> <p><input type="radio"/> Sí, alguna vez en tu vida</p>
<p>7. ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sí, durante el último mes</p>

Sí, alguna vez en tu vida

Pregunta de Comportamiento Suicida

8. **¿Has hecho algo, has comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar tu vida? ***

Ejemplos: juntar pastillas, conseguir un arma de fuego, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacar pastillas pero no tragarlas, tomar una arma de fuego pero luego ha cambiado de idea o alguien se la ha quitado de sus manos, subir al techo pero sin saltar. O si realmente ha tomado pastillas, ha tratado de disparar un arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.

- No
- Sí, durante el último mes
- Sí, alguna vez en tu vida

Antecedentes personales

9. **¿Has realizado un intento de suicidio? ¿Cuántos intentos llevas durante toda tu vida? ***

Si más de 3 veces, escribir en "Otro" el número de intentos declarados del paciente.

- No
- Si, una vez
- Si, 2 veces
- Si, 3 veces
- Otro:

Anexo 2

Cuestionario DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones al paciente y marque la opción (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a él/ella DURANTE LA SEMANA PASADA. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. La escala de calificación es la siguiente:

0 No me aplicó

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

	0. Nada	1. Un poco	2. Bastante	3. Mucho
Me costó mucho relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me di cuenta que tenía la boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía sentir ningún sentimiento positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me hizo difícil respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que mis manos temblaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que tenía muchos nervios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que no tenía nada por que vivir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noté que me agitaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me hizo difícil relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí triste y deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que estaba al borde del pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me pude entusiasmar por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que valía muy poco como persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que estaba muy irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve miedo sin razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3

Escala DERS - Dificultades en Regulación Emocional

Señalar, ¿cuánto estás de acuerdo con cada afirmación?

1= Totalmente en desacuerdo, 2= Bastante en desacuerdo, 3= Algo en desacuerdo, 4= Algo de acuerdo, 5= Bastante de acuerdo, 6= Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6
1. Percibo con claridad mis sentimientos						
2. Presto atención a como me siento						
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control						
4. No tengo ni idea de cómo me siento						
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos						
6. Estoy atento/a a mis sentimientos						
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo						
8. Estoy confuso/a sobre lo que estoy sintiendo						
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones						
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera						
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera						
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos						
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control						
14. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas						

15. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control						
16. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera						
17. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil						
18. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera						
19. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme						
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento						
21. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera						
22. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a						
23. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento						
24. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa						
25. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse						

Anexo 4

Escala Parental Breve (EPB)- Subescala de Apoyo (Responsividad) Parental

Piensa en tu MADRE y en tu PADRE y responde: ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (NOTA: En caso de no vivir con sus padres, preguntar sobre sus cuidadores)

4. 1. Puedo contar con su ayuda si tengo problemas

Mark only one oval per row.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
MADRE	<input type="radio"/>				
PADRE	<input type="radio"/>				

5. 2. Se da tiempo para conversar conmigo

Mark only one oval per row.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
MADRE	<input type="radio"/>				
PADRE	<input type="radio"/>				

6. 3. Sé que va a estar conmigo si lo necesito

Mark only one oval per row.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
MADRE	<input type="radio"/>				
PADRE	<input type="radio"/>				

7. 4. Disfruta estando conmigo

Mark only one oval per row.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
MADRE	<input type="radio"/>				
PADRE	<input type="radio"/>				

Anexo 5

Cuestionario General de Búsqueda de ayuda, versión viñeta (GHSQ-V)

A continuación, se describen una serie de situaciones que viven algunos adolescentes, en las cuales se podría requerir solicitar ayuda. Lee con mucha atención, y luego responde según la pauta dada, que tan probable es que, si vivieras una situación como la descrita, tú busques ayuda recurriendo a las distintas personas señaladas en un listado que se propone. Puedes responder desde Muy poco Probable (1) a Muy Probable (7).

Considerando que el 1, significa que es Muy poco Probable que tú busques ayuda desde la persona o fuente de ayuda señalada, y que el 7 indica que es Muy Probable que tú si busques ayuda recurriendo a la persona o fuente de ayuda propuesta. El punto 4, indica que es neutro, es decir que no es ni probable ni improbable que busques ayuda.

1. Situación: En las dos semanas recién pasadas Miguel ha encontrado difícil “parar” un poco o relajarse. También se ha estado sintiendo sobrepasado, “nervioso”, e intolerante. Ha estado sobre-reaccionando ante las cosas que le ocurren.

Si te estuvieras sintiendo como Miguel, ¿Cuán probable sería que busques ayuda de las siguientes personas?

Recuerda que debes contestar considerando como valor 1=Poco probable, como valor 4=Algo neutral y 7=Muy probable, y los números intermedios como más cerca/lejano de la probabilidad de acudir a esa persona o figura para buscar ayuda.

	1	2	3	4	5	6	7
Pololo/a o pareja							
Amigo/a							
Padre/Madre							
Otro pariente o miembro de la familia (tío/a, hermano/a, primo/a, abuelo/a, etc.)							
Psicólogo/a							
Médico general o Doctor							
Psiquiatra							
Orientador/a o algún/a profesor/a de mi establecimiento educacional							
No buscaría ayuda de nadie							

2. Situación: En las dos semanas recién pasadas Daniela ha notado que se ha sentido preocupada o temerosa sin ninguna razón en particular, y sus manos han estado bastante temblorosas aún cuando no ha tomado café o bebidas con cafeína. En unas pocas ocasiones se ha sentido muy cerca de entrar en pánico, y al mismo tiempo se ha dado cuenta de que su boca se le ha secado mucho y que tiene dificultades para respirar. Recuerda que debes contestar considerando como valor 1=Poco probable, como valor 4=Algo neutral y 7=Muy probable, y los números intermedios como más cerca/lejano de la probabilidad de acudir a esa persona o figura para buscar ayuda.

	1	2	3	4	5	6	7
Pololo/a o pareja							
Amigo/a							
Padre/Madre							
Otro pariente o miembro de la familia (tío/a, hermano/a, primo/a, abuelo/a, etc.)							
Psicólogo/a							
Médico general o Doctor							
Psiquiatra							
Orientador/a o algún/a profesor/a de mi establecimiento educacional							
No buscaría ayuda de nadie							

3. Situación: Cristián se ha estado sintiendo inusualmente triste y bajoneado la mayor parte del día, durante cerca de dos semanas. No tiene ganas de comer y ha perdido peso. No puede concentrarse en sus estudios y sus notas han bajado. Ha pospuesto decisiones y siente que hasta las tareas del día a día son demasiadas para él. Para él, la vida no tiene sentido y no se siente valioso como persona.

Recuerda que debes contestar considerando como valor 1=Poco probable, como valor 4=Algo neutral y 7=Muy probable, y los números intermedios como más cerca/lejano de la probabilidad de acudir a esa persona o figura para buscar ayuda.

	1	2	3	4	5	6	7
Pololo/a o pareja							
Amigo/a							
Padre/Madre							

Otro pariente o miembro de la familia (tío/a, hermano/a, primo/a, abuelo/a, etc.)							
Psicólogo/a							
Médico general o Doctor							
Psiquiatra							
Orientador/a o algún/a profesor/a de mi establecimiento educacional							
No buscaría ayuda de nadie							

4. Situación: En las últimas cuatro semanas, Jessica se ha encontrado a sí misma pensando en cuán fácil sería terminar con todo, y al menos una vez por semana durante este tiempo ha pensado en cómo y cuándo quitarse la vida.

Recuerda que debes contestar considerando como valor 1=Poco probable, como valor 4=Algo neutral y 7=Muy probable, y los números intermedios como más cerca/lejano de la probabilidad de acudir a esa persona o figura para buscar ayuda.

	1	2	3	4	5	6	7
Pololo/a o pareja							
Amigo/a							
Padre/Madre							
Otro pariente o miembro de la familia (tío/a, hermano/a, primo/a, abuelo/a, etc.)							
Psicólogo/a							
Médico general o Doctor							
Psiquiatra							

Orientador/a o algún/a profesor/a de mi establecimiento educacional							
No buscaría ayuda de nadie							

5. Situación: En los últimos dos meses Javier se ha encontrado a sí mismo haciendo cosas, cuando toma alcohol, de las que después se arrepiente y que lo han estado metiendo en problemas. Él, cada vez necesita beber más cantidad para sentirse de la misma forma después de tomar. Cuando no está tomando, se ha estado sintiendo cada vez más tenso, triste y confundido. Se está atrasando en sus trabajos universitarios.

Recuerda que debes contestar considerando como valor 1=Poco probable, como valor 4=Algo neutral y 7=Muy probable, y los números intermedios como más cerca/lejano de la probabilidad de acudir a esa persona o figura para buscar ayuda.

	1	2	3	4	5	6	7
Pololo/a o pareja							
Amigo/a							
Padre/Madre							
Otro pariente o miembro de la familia (tío/a, hermano/a, primo/a, abuelo/a, etc.)							
Psicólogo/a							
Médico general o Doctor							
Psiquiatra							
Orientador/a o algún/a profesor/a de mi establecimiento educacional							

No buscaría ayuda de nadie							
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 6**ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Acepto y autorizo a que mi hijo _____ participe de manera libre y voluntaria en el estudio “**TRAYECTORIAS DE IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE LA REGIÓN DEL MAULE**”, financiada por el **FONDO NACIONAL DE DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO – FONDECYT – CONCURSO DE INICIACIÓN EN INVESTIGACIÓN 2017, PROYECTO N° 11170342**, cuyo Investigador Responsable es el **DR. PABLO MÉNDEZ BUSTOS**, psicólogo y académico adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule. El ámbito territorial de la investigación corresponde a los Hospitales de Talca y de Linares y, también, del Centro Comunitario de Salud Mental (C.O.S.A.M) de Talca, sobre la base de que he entendido que:

- a) los riesgos relacionados a este estudio son mínimos;
- b) no hay costos y recibirá dinero para financiar el traslado de Ud. y su hijo (a) al servicio de salud donde se realizarán las entrevistas;
- c) podré retirar a mi hijo de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello perjudique a mí y a mi hijo(a) de ninguna forma.
- d) la información que mi hijo entregará será confidencial y estará resguardada por el Investigador Responsable dentro de su oficina ubicada en la Universidad

Católica del Maule, en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.

- e) los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero la identidad de mi hijo no será revelada y sus datos personales permanecerán resguardados de forma confidencial.
- f) puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de la participación de mi hijo(a) en este estudio.

Fecha: ____/____/____

Nombre y firma del Representante del Participante

Nombre y firma del Investigador Responsable

Se deja constancia en este instante que este documento (consentimiento informado) será firmado a dos copias, quedando una de ellas en manos de la investigadora responsable y la otra copia en manos del participante.

Anexo 7

Asentimiento Informado

Mi nombre es _____

El investigador Dr. Pablo Méndez Bustos me ha invitado a participar en un estudio en el estudio del área de la psicología **FONDECYT DE INICIACIÓN EN INVESTIGACIÓN 2017, PROYECTO N° 11170342**, cuyo Investigador Responsable es el **DR. PABLO MÉNDEZ BUSTOS**, psicólogo y académico adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule. El ámbito territorial de la investigación corresponde a los Hospitales de Talca y de Linares y, también, del Centro Comunitario de Salud Mental (C.O.S.A.M) de Talca.

Marque con un “X”

NO ACEPTO PARTICIPAR en la actividad a la que me ha invitado

ACEPTO PARTICIPAR en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en

cualquier momento, y nadie me retará por ello, tampoco tendré consecuencias negativas por ello.

5. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrá el Investigador Responsable del proyecto y la usará sólo para su investigación. Si mis respuestas fueran publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
6. De tener alguna pregunta sobre la actividad, podré llamar o escribir al Investigador Responsable quien responderá todas mis preguntas y comentarios. El nombre del investigador es **Dr. Pablo Méndez Bustos** y su correo es **pmendez@ucm.cl**, y su número de teléfono es **09-95348197**.
7. Si considero que se ha hecho algo incorrecto durante las entrevistas, me puedo comunicar con el Presidente del Comité de Ética Dr. Marcelo Correa, perteneciente a la Universidad Católica del Maule, al email mcorrea@ucm.cl
8. Si acepto participar en la actividad debo firmar este documento, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.
9. Al finalizar el estudio, el investigador responsable entregará todos los resultados de este estudio y los artículos científicos que sean publicados con los datos entregados.

Nombre y Firma Investigador Responsable

Se deja constancia en este instante que este documento (consentimiento informado) será firmado a dos copias, quedando una de ellas en manos de la investigadora responsable y la otra copia en manos del participante.

ANEXO TABLAS

Tabla 14. *Matriz de Correlaciones entre Variables Continuas de Estudio (Rho de Spearman)*

	1	2	3	4	5	6	7
1- Desregulación emocional	1	-0,18**	-0,19**	-0,014**	0,66**	0,62**	0,65**
2- Búsqueda de ayuda		1	0,17**	0,09	-0,14**	-0,11*	-0,12*
3- Apoyo materno			1	0,22**	-0,19**	-0,16**	-0,16**
4- Apoyo paterno				1	-0,21**	-0,14**	-0,15**
5- Síntomas depresivos					1	0,73**	0,74**
6- Síntomas ansiosos						1	0,82**
7- Síntomas de estrés							1

** Valor de significación menor a 0,01

* Valor de significación menor a 0,05

Tabla 15. *Modelo 5: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,566	0,126	4,504	0,0000	0,320	0,812
Síntomas ansiosos	0,169	0,026	6,592	0,0000	0,119	0,220
Búsqueda de ayuda	-0,182	0,100	-1,822	0,069	-0,379	0,014
Apoyo materno	-0,149	0,043	-3,489	0,001	-0,233	-0,066
Síntomas ansiosos x Apoyo materno	-0,001	0,008	-0,154	0,877	-0,017	0,015
Síntomas ansiosos x Búsqueda de ayuda	-0,007	0,020	-0,347	0,729	-0,046	0,032

Tabla 16. *Modelo 6: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,545	0,124	4,414	0,0000	0,303	0,788
Síntomas de estrés	0,161	0,025	6,430	0,0000	0,112	0,211

Búsqueda de ayuda	-0,171	0,098	-1,740	0,082	-0,364	0,022
Apoyo materno	-0,144	0,042	-3,443	0,001	-0,225	-0,062
Síntomas de estrés x Apoyo materno	-0,001	0,008	-0,174	0,862	-0,018	0,015
Síntomas de estrés x Búsqueda de ayuda	-0,005	0,019	-0,245	0,807	-0,041	0,032

Tabla 17. Modelo 7: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,530	0,122	4,353	0,0000	0,291	0,768
Síntomas ansiosos	0,171	0,025	6,853	0,0000	0,122	0,220
Búsqueda de ayuda	-0,211	0,098	-2,151	0,032	-0,403	-0,019
Apoyo paterno	-0,050	0,022	-2,289	0,022	-0,093	-0,007
Síntomas ansiosos x Apoyo paterno	-0,002	0,004	-0,354	0,723	-0,010	0,007
Síntomas ansiosos x Búsqueda de ayuda	-0,007	0,019	-0,367	0,714	-0,045	0,031

Tabla 18. Modelo 8: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H4)

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,511	0,120	4,265	0,0000	0,276	0,746
Síntomas de estrés	0,164	0,024	6,837	0,0000	0,117	0,211
Búsqueda de ayuda	-0,204	0,096	-2,134	0,033	-0,392	-0,017
Apoyo paterno	-0,044	0,021	-2,108	0,035	-0,086	-0,003
Síntomas de estrés x Apoyo paterno	0,001	0,004	0,201	0,841	-0,007	0,009
Síntomas de estrés x Búsqueda de ayuda	-0,007	0,018	-0,401	0,688	-0,043	0,028

Tabla 19. *Modelo 9: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,616	0,145	4,241	0,001	0,331	0,900
Síntomas depresivos	0,178	0,030	5,999	0,001	0,120	0,237
Desregulación emocional	0,016	0,006	2,543	0,011	0,004	0,028
Síntomas depresivos X Desregulación emocional	0,0001	0,001	0,070	0,944	-0,002	0,002

Tabla 20. *Modelo 10: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,592	0,136	4,363	0,001	0,326	0,858
Síntomas ansiosos	0,103	0,028	3,633	0,001	0,474	0,159
Desregulación emocional	0,024	0,006	4,272	0,001	0,013	0,036
Síntomas ansiosos X Desregulación emocional	-0,001	0,001	-1,168	0,243	-0,003	0,001

Tabla 21. *Modelo 11: Regresión Logística sobre Ideación Suicida (H5)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	0,535	0,135	3,976	0,001	0,271	0,799
Síntomas de estrés	0,094	0,029	3,312	0,001	0,039	0,150
Desregulación emocional	0,025	0,006	4,401	0,001	0,014	0,037
Síntomas de estrés X Desregulación emocional	-0,0003	0,001	-0,345	0,730	-0,002	0,002

Tabla 22. *Modelo 12: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,844	0,123	-6,854	0,001	-1,085	-0,603
Síntomas depresivos	0,112	0,020	5,501	0,001	0,072	0,151
Búsqueda de ayuda	-0,201	0,096	-2,086	0,037	-0,390	-0,012
Apoyo materno	-0,075	0,035	-2,162	0,031	-0,143	-0,007
Síntomas depresivos x Apoyo materno	-0,003	0,006	-0,482	0,630	-0,014	0,008
Síntomas depresivos x Búsqueda de ayuda	-0,017	0,016	-1,063	0,288	-0,048	0,014

Tabla 23. *Modelo 13: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,808	0,121	-6,706	0,001	-1,044	-0,572
Síntomas ansiosos	0,105	0,023	4,652	0,001	0,061	0,149
Búsqueda de ayuda	-0,225	0,095	-2,372	0,018	-0,412	-0,039
Apoyo materno	-0,089	0,033	-2,746	0,006	-0,153	-0,026
Síntomas ansiosos x Apoyo materno	0,004	0,006	0,658	0,510	-0,007	0,015
Síntomas ansiosos x Búsqueda de ayuda	-0,012	0,017	-0,705	0,481	-0,044	0,021

Tabla 24. *Modelo 14: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,823	0,121	-6,805	0,001	-1,061	-0,586
Síntomas de estrés	0,105	0,023	4,541	0,001	0,060	0,150
Búsqueda de ayuda	-0,214	0,095	-2,243	0,025	-0,401	-0,027
Apoyo materno	-0,071	0,035	-2,008	0,045	-0,140	-0,002
Síntomas de estrés x Apoyo materno	-0,005	0,006	-0,723	0,470	-0,017	0,008

Síntomas de estrés x Búsqueda de ayuda	-0,008	0,017	-0,470	0,639	-0,041	0,025
-------------------------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	-------

Tabla 25. Modelo 15: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,851	0,123	-6,902	0,001	-1,092	-0,609
Síntomas depresivos	0,113	0,020	5,560	0,001	0,073	0,152
Búsqueda de ayuda	-0,219	0,095	-2,294	0,022	-0,406	-0,032
Apoyo paterno	-0,023	0,021	-1,088	0,277	-0,063	0,018
Síntomas depresivos x Apoyo paterno	-0,004	0,003	-1,208	0,227	-0,011	0,003
Síntomas depresivos x Búsqueda de ayuda	-0,016	0,016	-1,037	0,300	-0,047	0,015

Tabla 26. Modelo 16: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,816	0,120	-6,809	0,001	-1,051	-0,581
Síntomas ansiosos	0,105	0,022	4,743	0,001	0,062	0,149
Búsqueda de ayuda	-0,243	0,094	-2,597	0,009	-0,427	-0,060
Apoyo paterno	-0,035	0,020	-1,757	0,079	-0,074	0,004
Síntomas ansiosos x Apoyo paterno	-0,004	0,004	-1,178	0,239	-0,012	0,003
Síntomas ansiosos x Búsqueda de ayuda	-0,010	0,016	-0,583	0,560	-0,041	0,022

Tabla 27. Modelo 17: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H4)

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,823	0,121	-6,824	0,001	-1,059	-0,586
Síntomas de estrés	0,108	0,023	4,718	0,001	0,063	0,153
Búsqueda de ayuda	-0,231	0,095	-2,441	0,015	-0,417	-0,046
Apoyo paterno	-0,033	0,020	-1,624	0,104	-0,072	0,007

Síntomas de estrés x Apoyo paterno	-0,004	0,004	-0,983	0,326	-0,011	0,004
Síntomas de estrés x Búsqueda de ayuda	-0,008	0,017	-0,469	0,639	-0,041	0,025

Tabla 28. *Modelo 18: Regresión Logística sobre Intento Suicida (H5)*

Variable	Coeff	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-0,730	0,136	-5,386	0,001	-0,996	-0,465
Síntomas de estrés	0,066	0,029	2,286	0,022	0,009	0,122
Desregulación emocional	0,022	0,006	3,675	0,001	0,010	0,034
Síntomas de estrés X Desregulación emocional	-0,002	0,001	-1,574	0,116	-0,003	0,001

