



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile  
Chile

Salvo G., Lilian; Melipillán A., Roberto

Predictores de suicidalidad en adolescentes

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 46, núm. 2, junio, 2008, pp. 115-123

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527712003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Predictores de suicidalidad en adolescentes

## Predictors of suicidality in adolescents

Lilian Salvo G.<sup>1</sup> y Roberto Melipillán A.<sup>2</sup>

**Background:** The suicidality has increased in adolescents. Its prevention requires to detect suicide ideation, suicide attempts and associated factors. **Objectives:** To determine the contribution of the self-esteem, impulsivity, family cohesion, family adaptability, social support in the prediction of suicidality in adolescents. **Subjects and Methods:** The Suicidality Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Impulsivity Scale, Olson Family Cohesion and Adaptability Scale and the Multidimensional scale of perceived social support of Zimet were administered to 763 high school students. For statistical analysis, t student, Pearson coefficient of correlation and multiple linear regression analyses, was used. **Results:** 19.1% committed suicidal attempts and 7.9% had thought many times to finish with their life. Difference in the relation between gender and suicidality was founded t (751): -6.69;  $p < 0.001$ , being greater in women. Age ( $r: 0.12$ ;  $p < 0.01$ ) and impulsivity ( $r: 0.28$ ;  $p < 0.001$ ) is related directly to suicidality; self-esteem ( $r: -0.49$ ;  $p < 0.001$ ), family cohesion ( $r: -0.36$ ;  $p < 0.001$ ) and social support ( $r: -0.34$ ;  $p < 0.001$ ) inversely. The predictors explains 33.8% of the suicidality ( $R^2: 0.338$ ); they contribute in sequence of importance: self-esteem ( $\beta: -0.33$ ;  $sr.^2: 0.08$ ;  $p < 0.001$ ), gender ( $\beta: -0.19$ ;  $sr.^2: 0.033$ ;  $p < 0.001$ ), impulsivity ( $\beta: 0.17$ ;  $sr.^2: 0.025$ ;  $p < 0.001$ ), family cohesion ( $\beta: -0.14$ ;  $sr.^2: 0.011$ ;  $p < 0.001$ ), social support ( $\beta: -0.11$ ;  $sr.^2: 0.008$ ;  $p < 0.01$ ) and age ( $\beta: -0.07$ ;  $sr.^2: 0.005$ ;  $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The adolescents with less self-esteem, greater impulsivity, with problems of family cohesion and less social support present greater suicidality.

**Key words:** Suicidality adolescent, predictor suicidality, suicide ideation, attempted suicide.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46 (2): 115-123

### Introducción

El suicidio y los intentos de suicidio han aumentado en la población adolescente de numerosos países, llegando a considerarse un problema de salud pública<sup>1-4</sup>. En Chile, el suicidio está representando una proporción creciente de las muertes entre los adolescentes. En los años ochenta representaba alrededor del 5,5% del to-

tal de fallecimientos entre los 10 y los 24 años y; en el año 2003 dicha cifra alcanzó al 15,9%, en el mismo rango de edad<sup>5</sup>. En nuestro país, son escasos los estudios publicados en relación con la prevalencia de intentos suicidas en población general de adolescentes. Al respecto, Salvo *et al* (1998), comunicaron un 7,2% de intento de suicidio, en los últimos 12 meses, en estudiantes de enseñanza media de Concepción<sup>6</sup> y; Haquin *et al*

Recibido: 6 de junio de 2008

Aceptado: 7 de julio de 2008

<sup>1</sup> Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Herminda Martín. Chillán.

<sup>2</sup> Psicólogo. Universidad del Desarrollo. Concepción.

(2004), encontraron que un 18% de una muestra de alumnos de 7° básico a 4° de enseñanza media de Calama habían intentado suicidarse<sup>7</sup>.

Se considera que la suicidalidad es un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida. Por lo anterior, en la prevención del suicidio es innegable el papel de la detección de las ideas y de los intentos suicidas, así como de sus factores asociados<sup>8-10</sup>.

Numerosas variables biológicas, psicológicas y sociales han sido investigadas como factores que se relacionan con la suicidalidad de los adolescentes. Algunas de ellas, como género, depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas han sido ampliamente estudiadas<sup>1-3,6,11-17</sup>. Otras, como personalidad, ansiedad, violencia, abuso en la infancia, familia con antecedente de suicidalidad y/o de enfermedades psiquiátricas, les siguen en orden de frecuencia de estudio<sup>1,2,15-17</sup>. En cambio, la autoestima, impulsividad, tipo de funcionamiento familiar y el apoyo social, han sido generalmente citadas, pero menos exploradas<sup>15,18,19</sup>.

La presente investigación abordará la relación de algunos factores psicológicos, familiares y sociales con la suicidalidad (ideas suicidas más intentos de suicidio) en adolescentes. Ésta se realizará en adolescentes no consultantes, escolarizados, por varias razones. En primer lugar, porque la gran mayoría de los sujetos de ese grupo de edad están cursando estudios de enseñanza media<sup>5</sup>; y, los colegios ofrecen la posibilidad de actuar sobre ellos en forma sistemática, de modo que conociendo su realidad, a futuro se pueden planificar estrategias preventivas<sup>19,20</sup>. En segundo lugar, porque es conocido el hecho de que los jóvenes en riesgo, aún después de un intento, rara vez consultan a un médico<sup>19,21,22</sup>. Y por último, porque en nuestro país la mayoría de la información en relación al tema proviene de muestras clínicas, existiendo escasos estudios publicados de suicidalidad en población general de adolescentes<sup>6,7,23,24</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar la relación existente entre factores psicológicos, fami-

liares y sociales y la suicidalidad en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Chillán. Específicamente, describir la ideación e intento de suicidio; evaluar la relación entre autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social y suicidalidad; así como determinar la contribución relativa de esas variables en la predicción de la suicidalidad en los adolescentes.

De acuerdo con los objetivos y los fundamentos teóricos existentes, se plantean las siguientes hipótesis: 1) Los adolescentes con menores niveles de autoestima presentan mayor suicidalidad; 2) Los con mayores niveles de impulsividad exhiben mayor suicidalidad; 3) Los con problemas de cohesión familiar presentan más suicidalidad; 4) Los con problemas de adaptabilidad familiar presentan más suicidalidad; 5) Los adolescentes que perciben menor apoyo social presentan más suicidalidad.

## Sujetos y Métodos

**Participantes:** Se efectuó una investigación cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional. El universo lo constituyeron todos los estudiantes de 1° a 4° enseñanza media diurna, de colegios municipales, administrados por corporación, particulares subvencionados y particulares, de la comuna de Chillán ( $n = 13.825$ ). El estudio se realizó en una muestra cuyo tamaño ( $n = 763$ ) se determinó por fórmula de muestreo aleatorio simple, con nivel de confianza de 95% y margen de error muestral máximo de 5%, elegida al azar, por etapas y estratificada por conglomerado.

**Instrumentos:** Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Escala de Suicidalidad: Diseñada por Okasha et al<sup>25,26</sup>, autoadministrada, tipo likert, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideas suicidas y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Cada ítem está graduado en cuatro categorías. La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos. En este estudio, la escala obtu-

vo un *Coeficiente alfa de Cronbach* de 0,87 y; los ítems revelaron una adecuada capacidad discriminativa.

2. Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>27-29</sup>: Desarrollada por Rosenberg para evaluar la autoestima en adolescentes. Es un autoreporte, tipo likert, de 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Cada ítem consta de cinco posibles respuestas. La puntuación total va entre 10 y 50 puntos. El *Coeficiente alfa de Cronbach* fue de 0,82 y sus ítems tuvieron adecuada capacidad discriminativa.

3. Escala de Impulsividad: Basada en las conductas impulsivas descritas en el DSM-IV<sup>30,31</sup>. Puede ser auto o heteroadministrada. Se empleó el autoreporte, en formato tipo likert. Incluye 7 ítems: despilfarro, conducción irresponsable, uso de sustancias, robo en tiendas, comidas copiosas, falta de control de la ira, conductas suicidas y automutilantes impulsivas. Cada uno puntúa entre 1 a 5 puntos. El ítem de conducción irresponsable fue adaptado para hacerlo más relevante al grupo en estudio. No se incluyó el ítem de las conductas suicidas. Obtuvo un *Coeficiente alfa de Cronbach* de 0,61 y la evaluación de la capacidad discriminativa de sus ítems fue adecuada.

4. Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson<sup>32</sup>: Cuestionario autoadministrado de 20 ítems. Los ítems impares evalúan la cohesión y los pares la adaptabilidad familiar. A cada pregunta se le asigna un puntaje de 1 a 5. El *Coeficiente alfa de Cronbach* fue 0,81. Sus ítems mostraron una adecuada capacidad discriminativa.

5. Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet<sup>33,34</sup>: Compuesta por 12 ítems, recoge información del apoyo social percibido en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Las respuestas corresponden a una escala de acuerdo que va desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. El *Coeficiente alfa de Cronbach* fue de 0,89 y sus ítems tuvieron una adecuada capacidad discriminativa.

**Procedimientos:** Para la recolección de información se diseñó un cuestionario anónimo, autoaplicado, que fue ensayado en muestra piloto. Se

solicitaron las autorizaciones respectivas. La aplicación de los instrumentos fue supervisada por profesionales de salud mental capacitados. Los alumnos respondieron voluntariamente el cuestionario.

**Análisis de los datos:** Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 11.0. Se determinó la confiabilidad de las escalas likert a través de la evaluación de la consistencia interna con el *Coeficiente alfa de Cronbach*; y la capacidad discriminativa de los ítems de cada escala. Se efectuó: a) análisis descriptivo a través de distribución de frecuencias y estadísticos de resumen; b) análisis bivariado empleando la prueba *t de student para muestras independientes* y *coeficiente de correlación producto momento de Pearson*; c) análisis multivariado por medio de análisis de regresión lineal múltiple. Se estableció nivel de significación estadística de 0,05.

## Resultados

Los resultados de este estudio revelan que el 51,2% de los adolescentes eran de género femenino y el 48,8% de género masculino. La edad estuvo comprendida entre los 14 y los 19 años, con un promedio de 16 años.

Se encontró que, en los últimos doce meses, el 19,1% de los adolescentes había intentado suicidarse (25,2% de las mujeres y 13,0% de los varones). Del total de intentadores, el 50% había realizado dos o más intentos de suicidio. El 77,2% de los adolescentes presentó ideas suicidas, de diferente nivel de severidad (pensamientos que la vida no vale la pena (VNP), deseos de estar muerto (DEM), pensamientos de terminar con su vida (PTV)) y con superposición entre los distintos niveles. Al revisar en el total de la muestra la frecuencia de cada tipo de idea, se observó que VNP alcanzó a 69,5%, DEM fue de 64,1% y PTV llegó a 43,3%. Cuando en el total de adolescentes se consideró el número de veces que se presentó cada idea (nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces), pudo apreciarse que el 13,2% pensó muchas veces que la vida no vale la pena, el 15,9%

deseo muchas veces estar muerto y el 7,9% muchas veces pensó terminar con su vida. Tanto las ideas como los intentos de suicidio fueron más frecuentes en el género femenino que en el masculino. Del total de adolescentes con ideas suicidas, el 56% eran mujeres y el 44% varones. Del total de intentadores de suicidio, el 66% eran de género femenino y el 34% masculino.

La relación entre género y suicidalidad se estudió a través de la prueba *t de student para muestras independientes*. El análisis de los datos permitió concluir que existe diferencia significativa entre ambos grupos,  $t(751) = -6,69$ ;  $p < 0,001$ . Los adolescentes de género femenino presentaron puntajes significativamente superiores en suicidalidad en comparación con adolescentes masculinos (Mujeres,  $M = 4,37$ ,  $DE = 2,95$ ; Hombres,  $M = 2,81$ ,  $DE = 3,50$ ). La diferencia en los promedios alcanzó a  $-1,56$  (95% IC  $-2,02$  a  $-1,10$ ). El tamaño del efecto correspondió a  $g = -0,45$  (Kline, 2005<sup>35</sup>) lo cual representa un efecto mediano (Cohen, 1992<sup>36</sup>).

Para determinar si existía relación entre las variables independientes edad, autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social; y la variable dependiente suicidalidad, se utilizó el *coeficiente de correlación producto momento r de Paerson*. Los resultados, que se muestran en la Tabla 1, permiten plantear que tanto la edad como la impulsividad se relacionan significativamente y en forma lineal di-

recta con la suicidalidad. Y la autoestima, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y apoyo social también se relacionan de modo significativo, pero en forma lineal inversa con la suicidalidad. Se observó una relación muy intensa entre autoestima y suicidalidad, una relación de mediana intensidad entre impulsividad, cohesión familiar y apoyo social; y una relación de baja intensidad entre adaptabilidad familiar y suicidalidad en los adolescentes.

Para someter a estudio las hipótesis se llevó a cabo un *análisis de regresión lineal múltiple jerárquico* entre la suicidalidad (variable criterio) y la autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y apoyo social (variables predictoras). Adicionalmente, se incorporaron las variables género y edad como variables de control para el modelo. En cuanto a la capacidad explicativa global del modelo, se obtuvo que el conjunto de variables explica el 33,8% de la variable criterio ( $R^2$  ajustado = 0,338). Las variables sociodemográficas, género y edad explican el 6,9% de la suicidalidad ( $R^2$  ajustado = 0,069) y el grupo formado por las variables autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y apoyo social dan cuenta del 26,9% de la suicidalidad.

El *análisis de varianza* para determinar la significación estadística del conjunto de variables predictoras permitió concluir que existe relación lineal estadísticamente significativa entre el conjunto de variables predictoras y la variable criterio. Toda vez que obtiene un valor en el estadístico  $F = 29,25$  ( $gl1 = 2$ ,  $gl2 = 760$ ),  $p < 0,001$  para el modelo 1; y  $F = 56,62$  ( $gl1 = 7$ ,  $gl2 = 755$ ),  $p < 0,001$  para el modelo 2, en el análisis de varianza.

La contribución de las variables predictoras a la capacidad explicativa del modelo y la importancia relativa de cada una sobre las variaciones en los valores de la suicidalidad se muestra en la Tabla 2. En estos análisis se aprecia que 6 de las 7 variables predictoras incluidas en el modelo resultan ser estadísticamente significativas en su contribución a la explicación de los cambios en los valores de la suicidalidad, toda vez que géne-

**Tabla 1. Coeficientes, niveles de significación e intensidad de la relación entre las variables predictoras y la suicidalidad (n = 763)**

Variables	<i>r</i>	<i>p</i>	Intensidad de la relación
Edad	0,12	0,001	Baja
Autoestima	-0,49	0,000	Muy intensa
Impulsividad	0,28	0,000	Mediana
Cohesión familiar	-0,36	0,000	Mediana
Adaptabilidad familiar	-0,13	0,000	Baja
Apoyo social	-0,34	0,000	Mediana

Tabla 2. Coeficientes y niveles de significación para las variables incluidas en el modelo (n = 763)

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados $\beta$	$t$	$sr^2$
	B	Error estándar			
Género	0,398	0,065	0,187	6,151***	0,0328
Edad	0,062	0,027	0,070	2,332*	0,0048
Autoestima	-0,053	0,006	-0,327	-9,589***	0,0801
Impulsividad	0,048	0,009	0,169	5,433***	0,0256
Cohesión	-0,021	0,006	-0,136	-3,623***	0,0114
Adaptabilidad	0,002	0,006	0,011	0,343	0,0001
Apoyo social	-0,014	0,005	-0,112	-3,093**	0,0083

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$ 

ro, autoestima, impulsividad y cohesión familiar presentan  $p < 0,001$ , apoyo social  $p < 0,01$  y edad  $p < 0,05$ . Se observó además, que género femenino, edad e impulsividad tuvieron una relación directa con suicidalidad; en cambio, autoestima, cohesión familiar y apoyo social se relacionaron inversamente con dicha variable. La adaptabilidad familiar no se relacionó significativamente con suicidalidad. Por lo tanto, se confirman las hipótesis que plantean que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad; y se rechaza la hipótesis que plantea que los adolescentes con problemas de adaptabilidad familiar tienen mayor suicidalidad. Tal como se observa también en la Tabla 2, el orden de importancia en la contribución relativa a la explicación de la variable criterio fue primero autoestima ( $B = -0,33$ ;  $sr^2 = 0,08$ ), luego género ( $B = 0,19$ ;  $sr^2 = 0,033$ ), seguido por impulsividad ( $B = -0,17$ ;  $sr^2 = 0,025$ ), posteriormente cohesión familiar ( $B = -0,14$ ;  $sr^2 = 0,011$ ), apoyo social ( $B = -0,11$ ;  $sr^2 = 0,008$ ) y finalmente edad ( $B = -0,07$ ;  $sr^2 = 0,005$ ).

## Discusión

El porcentaje de intentos de suicidio e ideas suicidas encontrado es superior a lo publicado

en estudios nacionales previos (1998 en Concepción y 2003 en Calama)<sup>6,24</sup>, realizados también en alumnos de enseñanza media, empleando la misma escala de suicidalidad. Si bien no conocemos la prevalencia en años anteriores en Chillán, este mayor porcentaje podría deberse a un aumento de la prevalencia a través del tiempo. Comparar la frecuencia de la suicidalidad con estudios extranjeros no es fácil dado las diferencias en las definiciones de ideas suicidas e instrumentos utilizados. Sin embargo, cabe señalar que el porcentaje de intentos de suicidio es mayor que lo reportado en estudiantes secundarios de EEUU<sup>37</sup>, Australia, Inglaterra y Hong Kong<sup>21</sup>. Es preocupante el porcentaje de intentos de suicidio; y que el 50% de los intentadores hayan cometido dos o más tentativas suicidas, si recordamos que el antecedente de suicidio se relaciona con suicidalidad futura<sup>11</sup>. Tal como se esperaba, el género femenino y la edad se asociaron con suicidalidad<sup>3,15,38</sup>.

La asociación de autoestima con suicidalidad es concordante con otros estudios<sup>27,39</sup>. Se han propuesto distintas teorías para explicar la relación entre baja autoestima y conducta suicida. Al respecto, Baumeister ha propuesto la “teoría del escape”<sup>19</sup>. Pero, estimamos que sería importante estudiar la relación de baja autoestima con depresión y desesperanza, variables con gran valor predictivo para la suicidalidad en adolescentes. La asociación entre impulsividad y suicidalidad



también es avalado por estudios en pacientes hospitalizados<sup>15</sup>. Para intentar explicar su mecanismo se puede recurrir a los trabajos de Litman et al<sup>15</sup>, a las patologías comórbidas<sup>15</sup> y a la predisposición biológica<sup>11</sup>. La asociación entre menor cohesión familiar y suicidalidad permite plantear que las familias desvinculadas o desprendidas tendrían más riesgo de que sus hijos presenten ideas suicidas o cometan intentos de suicidio<sup>11</sup>. La adaptabilidad familiar se asoció significativamente con la suicidalidad en el análisis bivariado, pero dejó de serlo en el análisis de regresión múltiple, lo cual indica que su efecto era compartido con otras variables. En relación al apoyo social, hay concordancia con lo descrito<sup>11,19,40</sup>, en tanto que el menor apoyo familiar, como el menor apoyo de los amigos y otros significativos se asocia con mayor riesgo suicida. Sería interesante comprobar si la percepción del apoyo social está relacionada con el funcionamiento real del apoyo social o se vincula más a las características personales. Por otro lado, dado los puntos de confluencia entre apoyo social y soledad sería importante realizar estudios para constatar la influencia de la soledad en la suicidalidad.

En cuanto al análisis de regresión múltiple, el estudio procuró elaborar un modelo para predecir el riesgo de suicidalidad a partir del conjunto de variables género, edad, autoestima, impulsividad, cohesión, adaptabilidad familiar y apoyo social. La capacidad explicativa global del modelo resultó aceptable (33,8%), si se tiene presente que el fenómeno estudiado es multideterminado y que en el estudio no se incorporaron variables predictoras que han demostrado tener alta asociación con suicidalidad en adolescentes; como lo son la depresión, los trastornos por consumo de alcohol o sustancias y los intentos de suicidio previos. No se incorporaron por estar ampliamente abordadas y evaluadas por múltiples investigaciones.

Con los resultados obtenidos y con los conocimientos existentes es indicativo que para la prevención se debe, además de detectar y tratar las enfermedades psiquiátricas y la suicidalidad previa, favorecer el desarrollo de la autoestima, for-

talear el desarrollo de los impulsos, mejorar la cohesión familiar, permitiendo el apoyo social externo. Aún así, es preciso continuar investigando y evaluando con un enfoque multidisciplinario esta conducta autodestructiva. Los resultados corroboran la idea que es durante la adolescencia donde cobra importancia central la definición de un sentido o imagen personal positiva, el logro de una adecuada integración de los impulsos, la pertenencia a una estructura familiar con capacidad de cohesión y adaptación a los cambios propios del adolescente y la inserción a una sociedad que provea apoyo social. El no alcanzar un desarrollo armónico en estas áreas puede repercutir de manera significativa en un mayor grado de suicidalidad en los adolescentes.

Esta investigación cuenta con limitaciones. No participaron en la investigación los alumnos inasistentes a clases. La escala de suicidalidad no posee punto de corte y la de impulsividad es más aplicable en población clínica, pero no se encontró otra validada en nuestro país. Sería recomendable realizar estudios para delimitar entre ideas suicidas con y sin repercusión clínica y validar escala de impulsividad para uso en población general. Además, es necesario profundizar en las variables ya estudiadas y abordar otros aspectos psicológicos, familiares y sociales aún no explorados.

## Conclusiones

Se puede concluir que de las siete variables predictoras seis presentaron relaciones estadísticamente significativas con la suicidalidad. Estas correspondieron a género, edad, autoestima, impulsividad, cohesión familiar y apoyo social percibido. El modelo planteado tuvo una capacidad explicativa global de un 33,8%. Y el análisis de la contribución relativa a la explicación de la suicidalidad mostró el siguiente orden de importancia: autoestima, género, impulsividad, cohesión familiar, apoyo social percibido y edad.

Las mujeres presentan mayor grado de suicidalidad (ideas e intentos suicidas) que los hom-

bres. La edad y la impulsividad se relacionan directamente con la suicidalidad. La autoestima, cohesión familiar y apoyo social percibido se relacionan inversamente con la suicidalidad.

Se puede establecer que un adecuado desarrollo de los adolescentes sin riesgos de suicidalidad, se ve influenciado en gran medida por la propia imagen que tengan de sí mismos, por el grado de impulsividad, sus mecanismos de autocontrol e integración de la demanda impulsiva, así como por el tipo y calidad de la relación que experi-

mentan con otros significativos como lo son su familia y los integrantes de su contexto social.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a todas aquellas personas que colaboraron en esta investigación, especialmente a los adolescentes de enseñanza media de la comuna de Chillán, sin su participación este estudio no habría podido realizarse.

## Resumen

**Introducción:** La suicidalidad ha aumentado en adolescentes. Su prevención requiere detectar ideas suicidas, intentos de suicidio y factores asociados. **Objetivos:** Determinar la contribución de autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de suicidalidad en adolescentes. **Sujetos y Métodos:** Se administró la escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet a 763 estudiantes de enseñanza media. En el análisis se empleó prueba *t* de student, coeficiente de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple. **Resultados:** 19,1% cometió intentos suicidas y 7,9% había pensado muchas veces en terminar con su vida. Existe diferencia en la relación entre género y suicidalidad *t* (751): -6,69;  $p < 0,001$ , siendo mayor en mujeres. Edad ( $r: 0,12$ ;  $p < 0,01$ ) e impulsividad ( $r: 0,28$ ;  $p < 0,001$ ) se relacionan directamente con suicidalidad; autoestima ( $r: -0,49$ ;  $p < 0,001$ ), cohesión familiar ( $r: -0,36$ ;  $p < 0,001$ ) y apoyo social ( $r: -0,34$ ;  $p < 0,001$ ) inversamente. Los predictores explican 33,8% de la suicidalidad ( $R^2$  ajustado: 0,338); contribuyendo en el siguiente orden de importancia: autoestima ( $\beta: -0,33$ ;  $sr^2: 0,08$ ;  $p < 0,001$ ), género ( $\beta: -0,19$ ;  $sr^2: 0,033$ ;  $p < 0,001$ ), impulsividad ( $\beta: 0,17$ ;  $sr^2: 0,025$ ;  $p < 0,001$ ), cohesión familiar ( $\beta: -0,14$ ;  $sr^2: 0,011$ ;  $p < 0,001$ ), apoyo social ( $\beta: -0,11$ ;  $sr^2: 0,008$ ;  $p < 0,01$ ) y edad ( $\beta: -0,07$ ;  $sr^2: 0,005$ ;  $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** Los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad.

**Palabras clave:** Suicidalidad adolescentes, predictores suicidalidad, ideación suicida, intentos suicidas.

## Referencias

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40 supl 7: 24-51.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Disponible en URL: <http://www.psych.org/>
3. Basco W. Teens at risk: A focus on adolescent sui-



- cide. Pediatric Academic Societies 2006 Annual Meeting. Disponible URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/540353>
4. World Health Organization. Suicide prevention. Disponible en URL: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
5. Ministerio de Salud de Chile. Estadísticas de salud, 2006. Disponible en URL: <http://deis.minsal.cl/index.asp>
6. Salvo L, Rioseco P, Salvo S. Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; 36: 28-34.
7. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75(5): 425-33.
8. Aseltine R, Demartino R. An outcome evaluation of the suicide prevention program. *Am J Public Health* 2004; 94: 446-51.
9. Mann J, Apter A, Bertolete J, Beautrais A, Currier D, Haas A, *et al.* Suicide prevention strategies a systematic review. *JAMA* 2005; 294 (816): 2064-74.
10. Van Heeringen C. Suicide in adolescents. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 supl 2: 1-6.
11. Portzky G, Van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 337-42.
12. Fleming T, Merry S, Robinson E, Denny S, Watson P. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(3): 213-21.
13. Oquendo M, Bongiovi-García M, Galfalvy H, Goldberg P, Grunebaum M, Burke A, *et al.* Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (1): 134-41.
14. Blashki G, Pirkis J, Morgan H, Ciechowski L. Managing depression and suicide risk in men presenting to primary care physicians. *Prim Care Clin Office Pract* 2006; 33: 211-21.
15. Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascaran M, Bousoño M. Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. Barcelona: Ars médica; 2004.
16. Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (4): 386-405.
17. Villar, L. Suicidio en niños y adolescentes. *Rev psiquiatr Psicol Niño Adolesc* 2002; 2 (2): 131-45.
18. Gómez, A. La conducta suicida en la práctica psiquiátrica. Santiago, Chile: Universidad de Chile, 2005.
19. Villardón L. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto, 1993.
20. Halifors D, Brodish P, Khatapoush S, Sánchez V, Cho H, Steckler A. Feasibility of screening adolescent for suicide risk in "real-world" high school settings. *Am J Public Health* 2006; 96 (2): 282-7.
21. Fortune S, Hawton K. Deliberate self-harm in children and adolescents: A research update. *Curr Opin Psychiatry* 2005, 18: 401-6.
22. Swedo S, Rettew D, Kuppenheimer M, Lum D, Dolan S, Goldberger E. Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescents?. *Pediatrics* 1991, 88 (3): 620-9.
23. Gómez A, Núñez C, Lolas F. Ideación suicida e intentos de suicidio en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1992; 19, 6: 265-71.
24. Quinteros P, Grob F. Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* 2003; 14, 1: 4-8.
25. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 409-15.
26. Salvo L, Rioseco P. Informe de Validación Escala de Suicidalidad, realizado con datos tesis "Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media de la comuna de Concepción", U. de Concepción, Chile. 1995. Informe no publicado.
27. Martin G, Richardson A, Bergen H, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J Adolescence* 2005; 28: 75-87.
28. Overholser J, Adams D, Lehnert K, Brinkman D. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34 (79): 919-28.
29. González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C,

- Venegas M. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista Psicología Universidad de Chile* 2002; XI (1): 91-115.
30. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). Barcelona: Masson, S.A. 1997.
  31. Silva H, Jerez S, Paredes A, Montes C, Rentarías P, Ramírez A, *et al.* Efecto diferencial de la fluoxetina en psicopatología de personalidad límite. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41 (4): 271-9.
  32. Zegers B, Larraín M, Polaino-Lorente A, Trapo A, Díez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell, Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41 (1): 39-54.
  33. Zimet G, Dahlem N, Zimet, Farley. Multidimensional scale of perceived social support. 1988. Disponible en URL: <http://www.atkinson.yorku.ca/~psyctest/socsupp.pdf>
  34. Arechavala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería* 2002; 8 (1): 49-55.
  35. Kline R. Beyond significance testing. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
  36. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992; 112: 155-9.
  37. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J, Baldwin C. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (4): 427-34.
  38. Christiansen E, Jansen B F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41 (3): 257-65.
  39. Wilburn V, Smith D. Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence* 2005; 40 (157): 33-45.
  40. Lee M, Wong B, Chow B, McBride-Chang C. Predictors of suicide ideation and depression in hong kong adolescents: perceptions of academic and family climates. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2006; 36 (1): 82-96.

---

Correspondencia:

Dra. Lilian Salvo Garrido

Bulnes 473. Chillán

Fono 42-231500

Fax 42-208336

E-mail: [lsalvog@gmail.com](mailto:lsalvog@gmail.com)