

Conducta suicida en adolescentes chilenos: Un análisis multidimensional centrado en factores psicológicos, clínicos y sociofamiliares

Pablo Méndez-Bustos^{1,a}. <https://orcid.org/0000-0002-9026-6974>

Alejandra Tapia^{2,b}. <https://orcid.org/0000-0003-0762-7618>

Jorge Lopez-Castroman^{3,4,5,c}. <https://orcid.org/0000-0003-0618-0690>

Jaime Fuster-Villaseca^{6,d,*}. <https://orcid.org/0000-0003-1903-7631>

Suicidal Behavior in Chilean Adolescents: A Multidimensional Analysis Focused on Psychological, Clinical, and Socio-Familial Factors

RESUMEN

La conducta suicida es un problema de salud pública mundial, particularmente en adolescentes, siendo una de las principales causas de muerte en este grupo etario. En Chile, el suicidio adolescente ha aumentado alarmantemente en las últimas décadas, destacándose factores psicológicos, clínicos y sociofamiliares como elementos clave. Sin embargo, los modelos teóricos existentes presentan limitaciones al aplicarse en contextos socioculturales específicos. **Objetivo:** Explicar la conducta suicida en una muestra clínica de adolescentes chilenos, integrando factores psicológicos, clínicos y sociofamiliares. **Métodos:** Se realizó un estudio no experimental de corte transversal en 388 adolescentes (59,3% mujeres; edad promedio: 15,63 años) ingresados al sistema de salud en la Región del Maule. Se aplicaron instrumentos validados, incluyendo BIS-11, DASS-21, DERS, ISI, GHSQ-V y C-SSRS, para evaluar impulsividad, regulación emocional, sintomatología ansiosa-depresiva y riesgo suicida. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple para identificar predictores significativos de ideación e intento suicida. La calidad de los modelos fue evaluada mediante análisis ROC. **Resultados:** En el modelo de ideación suicida, se identificaron como predictores significativos la responsividad materna, sintomatología depresiva, antecedentes familiares de enfermedades mentales, historial de hospitalización por intento de suicidio y victimización por bullying y abuso sexual. En el modelo de intento suicida, fueron relevantes no tener hermanos, impulsividad no planificada, interferencia emocional, hospitalizaciones previas por salud mental,

¹Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

²Departamento de Estadística, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

³Departamento de Psiquiatría, Salud Pública, Radiología, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, España.

⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Madrid, España.

⁵Departamento de Psiquiatría de Adultos, Hospital Universitario de Nîmes. Nîmes, Francia.

⁶Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule. Curicó, Chile.

^aDoctor en Psicología Clínica y de la Salud.

^bDoctora en Estadística.

^cDoctor en Psiquiatría.

^dDoctor en Psicología.

*Correspondencia: Jaime Fuster-Villaseca / jaimefusterv@gmail.com

Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule, Carmen 684, Curicó, Chile.

Financiamiento: este estudio fue realizado gracias a financiamiento otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT N°11170342) del Gobierno de Chile.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 17 de diciembre de 2024.
Aceptado: 20 de marzo de 2025.

ideación suicida e intenciones serias de intento. Los modelos mostraron un adecuado desempeño predictivo con áreas bajo la curva (AUC) de 0,89 y 0,94 respectivamente. **Conclusiones:** Los hallazgos destacan la multidimensionalidad de la conducta suicida adolescente, evidenciando la interacción de factores individuales y contextuales. Estos modelos contribuyen a la comprensión del fenómeno y podrían orientar intervenciones preventivas focalizadas y políticas públicas dirigidas a este grupo vulnerable. Se sugiere ampliar el análisis a diferentes regiones y poblaciones para validar y enriquecer los resultados. **Palabras clave:** Adolescentes; Factores de Riesgo; Ideación Suicida; Intento de suicidio.

ABSTRACT

Suicidal behavior is a global public health issue, particularly among adolescents, where it stands as one of the leading causes of death in this age group. In Chile, adolescent suicide rates have alarmingly increased over recent decades, with psychological, clinical, and socio-familial factors emerging as key contributors. However, existing theoretical models face limitations when applied to specific sociocultural contexts. **Aim:** To explain suicidal behavior in a clinical sample of Chilean adolescents, integrating psychological, clinical and socio-familial factors. **Methods:** A non-experimental cross-sectional study was carried out in 388 adolescents (59.3% female; mean age: 15.63 years) admitted to the healthcare system in the Maule Region. Validated instruments were applied, including the BIS-11, DASS-21, DERS, ISI, GHSQ-V, and C-SSRS, to assess impulsivity, emotional regulation, anxious-depressive symptoms, and suicide risk. Multiple logistic regression models were fitted to identify significant predictors of suicidal ideation and attempts. Model quality was assessed through ROC analysis. **Results:** For the suicidal ideation model, significant predictors included maternal responsiveness, depressive symptoms, family history of mental illness, prior hospitalization due to suicide attempts, and victimization through bullying and sexual abuse. In the suicidal attempt model, relevant factors were the absence of siblings, unplanned impulsivity, emotional interference, previous hospitalizations for mental health, suicidal ideation, and serious intent to attempt suicide. The models demonstrated adequate predictive performance with areas under the curve (AUC) of 0.89 and 0.94, respectively. **Conclusions:** The findings highlight the multidimensional nature of adolescent suicidal behavior, revealing the interplay between individual and contextual factors. These models contribute to understanding the phenomenon and could guide targeted preventive interventions and public policies aimed at this vulnerable group. Expanding the analysis to different regions and populations is suggested to validate and enrich the results.

Keywords: Adolescents; Risk Factors; Suicidal Ideation; Suicide Attempt.

La conducta suicida constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en jóvenes, siendo actualmente la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años y la tercera en el grupo de 15 a 29 años en todo el mundo¹.

En Chile, el panorama no es diferente, el suicidio en adolescentes se ha convertido en una problemática prioritaria en salud mental, con tasas que aumentaron un 220% entre 2000 y 2015 en el grupo de 10 a 19 años². Datos del Ministerio de Salud (MINSAL) indican que, en entre el año 2000 y 2017, la tasa promedio de suicidio en jóvenes de 10 a 19 años fue de 5.4 por cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento en comparación con años anteriores³. Este aumento es alarmante y refleja la necesidad de comprender los múltiples factores que inciden en la conducta suicida en adolescentes chilenos, entre ellos los psicológicos, clínicos y sociofamiliares^{4,5}.

Si bien modelos como el interpersonal-psicológico⁶ y el de diátesis-estrés⁷, intentan explicar la conducta suicida, presentan limitaciones cuando se aplican a poblaciones específicas o en contextos socioculturales diversos⁸. Estos modelos suelen centrarse en factores individuales, omitiendo variables contextuales y socioculturales, las cuales resultan fundamentales en la comprensión del fenómeno del suicidio en grupos específicos^{9,10}.

En el caso de Chile, investigaciones recientes destacan la relevancia de factores como el escaso apoyo social, la disfunción familiar, los antecedentes de bullying, la violencia intrafamiliar y el acceso limitado a servicios de salud mental^{4,11,12,13,14}, todos ellos elementos que podrían desempeñar un papel significativo en la conducta suicida en adolescentes.

Las investigaciones previas en Chile se han centrado, principalmente, en estudios descriptivos, transversales y epidemiológicos^{15,16,17,18}, lo cual destaca la necesidad de generar modelos explicativos que consideren la complejidad de la conducta suicida adolescente, así como la gran cantidad de factores asociados con este fenómeno.

Comprender los factores relacionados con la conducta suicida es fundamental para desarrollar estrategias de prevención e intervenciones eficaces que aborden este importante problema de salud mental entre los jóvenes chilenos. En base a los

antecedentes presentados, el presente estudio tiene como objetivo explicar la conducta suicida en una muestra clínica de adolescentes chilenos, para lo cual se desarrollaron dos modelos logísticos múltiples, uno para la ideación suicida y otro para el intento de suicidio.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio con diseño no experimental, de corte transversal y alcance explicativo.

Participantes

Participaron del estudio 388 adolescentes entre 10 a 21 años ingresados al sistema de atención primaria y secundaria de salud de la Región del Maule entre el 01/03/2018 y 31/08/2018.

Entre los criterios de exclusión se consideró a personas sin capacidad de leer y/o escribir, que rechazaron participar del estudio, que su madre y/o padre o tutor no entregaron su consentimiento, o que padecían una enfermedad médica invalidante y/o sintomatología psicótica activa. Finalmente, la muestra de estudio quedó conformada por 388 pacientes, 59,3% mujeres y 40,7% varones, de 10 a 21 años y con una media de 15,63 años (D.E.= 1,98). De estos el 44,1% reportó provenir de una familia monoparental, mientras que el 7,2% vive sin sus padres. Por su parte, el 82,5% menciona ser heterosexual y el 51,8% se identifica como católico.

Instrumentos

En la investigación se utilizó, en primer lugar, un cuestionario sociodemográfico que permitió recopilar información sobre variables tales como edad, sexo, orientación sexual, creencias religiosas, características de la estructura familiar, antecedentes personales y familiares de salud mental, hospitalizaciones, y tratamientos médicos y/o psicológicos recibidos, entre otros. Asimismo, se recabaron datos clínicos de los adolescentes, con el objetivo de obtener información sobre violencia intrafamiliar, maltrato psicológico, bullying, acoso y/o abuso sexual, y abuso de sustancias. Además del cuestionario sociodemográfico y la revisión de las fichas clínicas, se aplicó un protocolo de evaluación diseñado específicamente para este estudio², el

cual considera los siguientes instrumentos:

BIS-11: esta escala permite evaluar la impulsividad, se encuentra validada en Chile para población adolescente¹⁹.

DASS-21: escala para evaluar la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y estrés, validada en población chilena²⁰.

ISI: esta escala fue diseñada como screening para determinar de manera rápida la significancia clínica del insomnio²¹.

GHSQ-V: cuestionario que evalúa la probabilidad de buscar ayuda ante la presencia de problemas de salud (estrés, ansiedad, depresión, ideación suicida, abuso de sustancias, psicosis y una enfermedad física) adaptado y validado para población chilena²².

DERS: escala que mide dificultades en la regulación emocional, validada en población chilena²³. Consta de 5 subescalas (descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional y confusión emocional) y un total de 25 ítems²⁴.

C-SSRS Chile/Spanish 5.1: este instrumento es tipificado como una entrevista clínica semiestructurada que evalúa el riesgo suicida, consta de un formato mixto, con preguntas de respuestas abiertas, cerradas y tipo Likert^{25,26,27}.

Procedimiento

Inicialmente, se realizó la presentación del proyecto a los equipos de salud mental de la Región del Maule que participaron del estudio, como el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Talca, el Hospital Regional de Talca, el Hospital Base de Linares, Hospital de Curicó, Hospital de Cauquenes, además de los CESFAM Valentín Letelier, San Juan de Dios, Luis Navarrete y Oscar Bonilla pertenecientes a la comuna de Linares. Los profesionales de los centros de salud fueron quienes informaron y difundieron antecedentes generales del estudio entre los pacientes. Posteriormente, los pacientes que aceptaron la invitación fueron informados de forma verbal y escrita sobre los aspectos esenciales de la investigación, así como su finalidad, beneficios e implicancias clínicas. Luego, se les solicitó el asentimiento a los adolescentes interesados por participar, junto al consentimiento

informado, el que debía estar firmado por la madre y/o padre o tutor responsable. Los profesionales de los centros de salud fueron quienes realizaron la evaluación de los pacientes en las sesiones de control de estos, para lo cual se aplicó la batería de instrumentos antes mencionada.

Implicancias Éticas

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad Católica del Maule, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki²⁸ y la Ley 20.120 que regula la investigación biomédica en Chile²⁹. Asimismo, los participantes completaron los asentimientos y consentimientos informados como prueba de la voluntariedad y conocimiento de las implicancias de su participación en el estudio.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos utilizando la distribución de frecuencias y estadísticos de resumen. Posteriormente, se ajustó un modelo de regresión logística múltiple para ideación suicida con cada uno de los subtipos de variables (sociofamiliares, psicológicas y clínicas), seleccionando predictores por Step AIC³⁰ y considerando como posibles candidatas a las variables con valores $p < 0,10$. Luego se repitió este mismo procedimiento, considerando como variable respuesta el antecedente de intento de suicidio. Los predictores obtenidos en cada caso fueron considerados como candidatos para ajustar dos modelos de regresión logística múltiple (modelos finales), uno para ideación suicida y otro para intento de suicidio, seleccionando nuevamente los predictores mediante Step AIC y considerando a estos significativos si el valor $p < 0,05$. Para evaluar el desempeño predictivo de cada uno de los modelos finales, se calculó el área bajo la curva Receiver Operating Characteristic (ROC), además de las medidas de sensibilidad, especificidad y porcentaje de clasificación correcta. Para cada ajuste de los modelos obtenidos, se realizaron los análisis diagnósticos respectivos para su validación estadística³⁰. Este procedimiento se llevó a cabo tanto para las respuestas de ideación suicida como de intento de suicidio, variables respuestas que se obtuvieron a través de la información extraída del

instrumento C-SSRS Chile/Spanish 5.1^{25,26,27}. Los datos fueron analizados utilizando el software R/RStudio^{31,32}.

Resultados

Modelos logísticos múltiples iniciales

Los modelos finales se construyeron con las variables significativas que resultaron del ajuste de regresión logística múltiple, para cada uno de los subtipos. Estas covariables significativas fueron consideradas como candidatas para construir los modelos finales que incorporan los tres subtipos.

En los modelos para ideación suicida resultaron significativas las covariables género, orientación sexual, creencia religiosa, responsividad materna y paterna, impulsividad cognitiva, impulsividad no planificada, rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional, además de presentar sintomatología depresiva, ausencia de búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental, tener antecedentes familiares de enfermedad asociada a salud mental, contar con historial de hospitalización por intento de suicidio, así como haber sido víctima de bullying y acoso/abuso sexual.

A su vez, en los modelos para intento de

suicidio cargaron significativamente las covariables género, orientación sexual, pertenecer a una familia compuesta por más de 5 integrantes y no tener hermanos, además de impulsividad no planificada, rechazo emocional, interferencia emocional, utilizar fuentes informales de búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental y responsividad materna, así como tener historial de hospitalización por patologías de salud mental, haber tenido o estar actualmente con tratamiento farmacológico, presentar sintomatología depresiva, ideación suicida, haber pensado en cómo llevar a cabo un intento suicida, tener intenciones serias de realizar un intento y haber comenzado a preparar un intento suicida.

Modelos logísticos múltiples finales

Como se observa en la tabla 1, para el modelo final de ideación suicida resultaron significativas las covariables responsividad materna, presentar sintomatología depresiva, tener antecedentes familiares de enfermedad asociada a salud mental y de hospitalización por intento de suicidio, además de poseer historial de victimización por bullying y acoso/abuso sexual.

Tabla 1. Modelo final para ideación suicida.

Predictores	Estimación	Error estándar	Valor z	p
Impulsividad cognitiva	0,054	0,036	1,481	0,138
Rechazo emocional	0,029	0,016	1,842	0,065
Desatención emocional	0,040	0,026	1,522	0,128
Sin búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental	0,160	0,098	1,632	0,103
Responsividad materna	-0,116	0,045	-2,582	0,009
Antecedente familiar de salud mental	0,761	0,284	2,675	0,007
Hospitalización por intento de suicidio	4,092	1,073	3,814	<0,001
Victimización por bullying	0,618	0,288	2,145	0,032
Victimización por acoso o abuso sexual	1,185	0,457	2,594	0,009
Sintomatología depresiva	0,186	0,033	5,605	<0,001

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en la tabla 2 se muestra el modelo final para intento de suicidio, en el cual las covariables que resultaron significativas fueron no tener hermanos, impulsividad no planificada, interferencia emocional, tener antecedentes de hospitalizaciones por salud mental y presencia de ideación suicida, además de haber pensado en cómo llevar a cabo un intento suicida, tener intenciones serias de realizar un intento y haber comenzado a preparar un intento suicida.

Para los dos modelos finales se verificó la ausencia de multicolinealidad, ratificándose una adecuada calidad de los modelos de regresión logística múltiple.

El desempeño predictivo de los modelos se evaluó mediante el análisis de las curvas ROC. Los resultados indican que tanto el modelo para

ideación suicida como el modelo para intento de suicidio presentan un desempeño predictivo satisfactorio. En este sentido, los modelos con efectos principales arrojaron coeficientes AUC de 0,89 y 0,94, respectivamente (Figuras 1 y 2), valores que se consideran adecuados al superar el umbral establecido de 0,7³³.

Adicionalmente, otras métricas, como la sensibilidad y la especificidad, respaldan el adecuado desempeño predictivo de los modelos. Para el modelo de ideación suicida, se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad de 0,798 y 0,800, respectivamente, mientras que para el modelo de intento de suicidio estos valores fueron de 0,860 y 0,857. Cabe destacar que dichos indicadores se consideran apropiados cuando la suma de sensibilidad y especificidad es igual o superior a 1,5³⁴.

Tabla 2. Modelo final para intento suicida.

Predictores	Estimación	Error estándar	Valor z	p
Género	-0,569	0,387	-1,473	0,141
Sin hermanos	1,335	0,654	2,040	0,041
Tres o más hermanos	0,179	0,379	0,473	0,636
Impulsividad no planeada	-0,073	0,034	-2,131	0,033
Interferencia emocional	0,079	0,034	2,314	0,021
Historial de hospitalización por salud mental	2,947	0,553	5,332	<0,001
Tratamiento farmacológico	-0,662	0,352	-1,882	0,060
Ideación suicida	3,790	0,633	5,982	<0,001
Pensamientos de cómo llevar a cabo un intento	-1,096	0,519	-2,109	0,035
Intenciones serias de realizar un intento	-1,234	0,472	-2,613	0,009
Ha realizado acciones para preparar el intento suicida	3,758	0,532	7,068	<0,001

Fuente: elaboración propia.

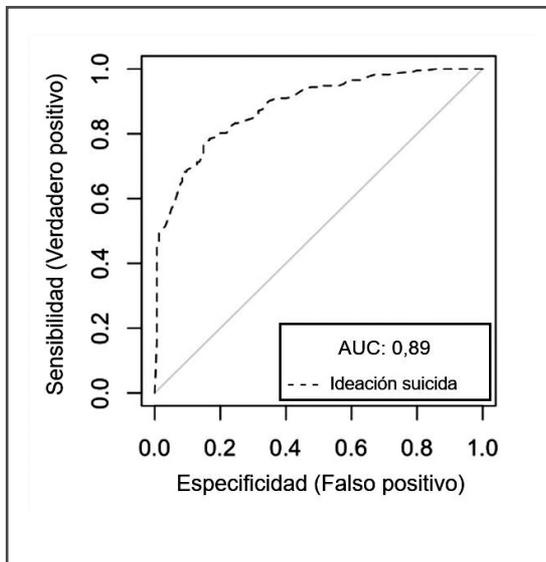


Figura 1: Análisis de la curva ROC para modelo de ideación suicida.

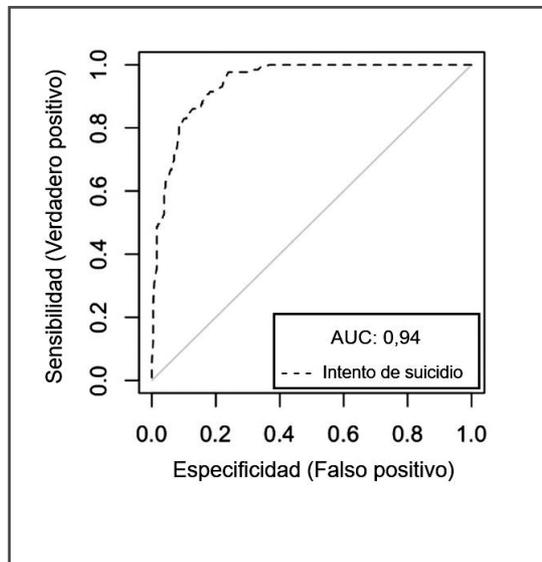


Figura 2: Análisis de la curva ROC para modelo de intento de suicidio.

Discusión

El presente estudio confirma la influencia de factores sociofamiliares, psicológicos y clínicos en la conducta suicida de adolescentes chilenos. Los modelos finales muestran que variables como la responsividad materna, la impulsividad no planificada y la exposición a bullying y abuso sexual, destacan como predictores significativos de ideación e intentos suicidas. Estos resultados respaldan la multidimensionalidad del fenómeno, evidenciando cómo las interacciones entre variables individuales y contextuales moldean el riesgo suicida. La adecuada capacidad predictiva de los modelos refuerza su utilidad para la comprensión y prevención del suicidio adolescente.

Este trabajo aporta modelos explicativos que integran múltiples variables dentro del contexto sociocultural chileno, reforzando la importancia de aspectos como la dinámica familiar, el impacto de los trastornos psicopatológicos, los factores de riesgo psicosocial como el bullying y el abuso sexual, así como la influencia de la impulsividad y la regulación emocional en la conducta suicida adolescente³⁵.

Los hallazgos de este estudio concuerdan con investigaciones previas que destacan la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo de suicidio en adolescentes³⁶. Además, los resultados respaldan la evidencia existente que vincula la victimización por bullying y el abuso sexual con un incremento en el riesgo de suicidio en esta población^{37,38}. Investigaciones anteriores han demostrado que la exposición a estas formas de victimización no solo exacerba los problemas de salud mental preexistentes, sino que también contribuye al aumento de ideación suicida y desregulación emocional^{39,40}. Esto puede atribuirse, en parte, a la intensificación de sentimientos de desesperanza y a la presencia de trastornos como la depresión y el estrés postraumático, los cuales actúan como factores mediadores en la relación entre la victimización y el riesgo suicida^{41,42}.

Además de los hallazgos mencionados, el presente estudio añade elementos relevantes al identificar la responsividad materna y la interferencia emocional como elementos diferenciadores y relevantes en la muestra estudiada, poniendo de manifiesto la importancia de considerar la diná-

mica familiar y las dificultades en la regulación emocional en futuros estudios.

La responsividad materna, caracterizada por calidez emocional y un equilibrio en el control parental, es un factor crucial en la prevención del suicidio adolescente⁴³. En la literatura se señala que una menor afectividad y una mayor sobreprotección materna se asocian con una mayor ideación y severidad de conductas suicidas en la adolescencia^{44,45}. Además, se ha demostrado que la sintomatología depresiva en las madres compromete su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades socioafectivas de sus hijos, actuando como un mediador significativo en el aumento del riesgo suicida, especialmente en adolescentes con depresión^{46,47}. En este sentido, fortalecer la percepción de un vínculo materno positivo, reducir la sobreprotección, abordar la depresión materna y fomentar un funcionamiento familiar más saludable constituyen estrategias fundamentales para la prevención del suicidio en esta población^{47,48}.

Por su parte, la interferencia emocional también se erige como un elemento relevante de este estudio, dando cuenta de las dificultades que presentan los adolescentes para gestionar sus emociones de manera efectiva, lo que puede afectar su bienestar psicológico y su funcionamiento en la vida diaria^{49,50}. En adolescentes, este fenómeno se ha relacionado con mayor riesgo suicida, debido a la falta de habilidades emocionales para afrontar el estrés, el rechazo social o la depresión⁵¹. La literatura sugiere que promover estilos de afrontamiento adaptativos y mejorar la inteligencia emocional frente a experiencias negativas, son componentes clave a considerar en las estrategias de prevención del suicidio^{52,53}.

La evidencia de esta investigación también es consistente con estudios chilenos, donde se identifican variables como el género, la depresión y los antecedentes de violencia como factores de riesgo para la conducta suicida adolescente^{2,3}.

La información extraída de los modelos resultantes puede servir de insumo para guiar políticas públicas y diseñar intervenciones focalizadas en grupos de alto riesgo, como adolescentes con

historial de abuso o dinámicas familiares disfuncionales. Adicionalmente, la incorporación de predictores emocionales y conductuales podrían facilitar evaluaciones clínicas más precisas y la implementación de estrategias preventivas en centros de salud y establecimientos educacionales.

Entre las principales fortalezas del estudio, se destaca el análisis conjunto de factores psicológicos, sociofamiliares y clínicos, permitiendo una comprensión más rigurosa de la conducta suicida en adolescentes. No obstante, el estudio enfrenta limitaciones inherentes a su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables. Además, la utilización de una muestra clínica de la región del Maule puede limitar la generalización de los resultados a población no clínica o pertenecientes a otras regiones del país.

Se sugieren futuras investigaciones que consideren diseños longitudinales para evaluar la evolución de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes. Adicionalmente, es fundamental extender el modelo a muestras de otras regiones de Chile, considerando también la diversidad étnica y cultural, así como las diferencias significativas que existen en las tasas de suicidio en las distintas regiones del país^{3,54}. El uso de tecnologías como el análisis de redes sociales podría enriquecer los modelos explicativos, incorporando variables dinámicas y contextuales.

En resumen, este estudio proporciona una caracterización integral de la conducta suicida en adolescentes chilenos, destacando la interacción de factores sociofamiliares, psicológicos y clínicos. Los hallazgos subrayan la importancia de abordar el fenómeno del suicidio en este grupo desde una perspectiva multidimensional, con esto se busca fortalecer las estrategias preventivas y reducir la carga de este importante problema en el sistema de salud pública.

Agradecimientos

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

Referencias

1. WHO. Suicida. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Méndez-Bustos P, Fuster-Villaseca J, Lopez-Castroman J, Jiménez-Solomon O, Olivari C, Baca-García E. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and attempts in adolescents with psychiatric disorders in Chile: Study protocol. *BMJ Open*. 2022; 12(2): e051749. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-051749>
3. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco C, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: Riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021; 45(e4): 1-9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53353>
4. Zulic-Agramunt CM, Guzmán-Guzmán IP, Delgado-Floody P, Cerda MB, De La Fuente PG, Meza M, et al. Psychosocial Factors and Sociodemographic Characteristics Associated with Suicidality Risk in Chilean Adolescents. *Children*. 2022; 9(8): 1185.
5. Paz-Soto P, Games-Díaz L, Ramírez-Santana M. Characterization of suicidal behavior in Coquimbo, Chile, between 2018 and 2020. *Medwave*. 2024; 24(2): e2770-e2770.
6. Joiner TE, Jeon ME, Lieberman A, Janakiraman R, Duffy ME, Gai AR, et al. On prediction, refutation, and explanatory reach: A consideration of the Interpersonal Theory of Suicidal Behavior. *Prev Med (Baltim)*. 2021; 152: 106453.
7. Mann J, Waternaux C, Haas G, Malone K. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156(2): 181-189.
8. Solís-Espinoza M, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R. Suicide risk model based on the interpersonal theory of suicide: Evidence in three regions of Mexico. *Interacciones*. 2023; 9: e284.
9. De-Melo-Neto VL, Melo JF, Silva LM. Association Study of Suicidal Behavior, Early Trauma, and Psychological Pain in Depressed Women. *European Psychiatry*. 2024; 67(S1): S790-S790.
10. Baharikhoo P, Kolla NJ. Microglial Dysregulation and Suicidality: A Stress-Diathesis Perspective. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 1-14.
11. Inostroza C. Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Chile: Una comparación con la evidencia internacional. *Gobierno y Administración Pública*. 2021; (2): 123137.
12. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med Chil*. 2009; 137(2): 226-233 [citado 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19543644/>
13. Sahli J, Mannai J, Zedini C, Limam M, Merzougui L, Ajmi T, et al. Suicidal ideation among Tunisian adolescents and the association with adverse life experiences. *Eur J Public Health*. 2019; 29(Supplement_4): 311.
14. Hong JS, Zhang S, Burlaka V, Yoshihama M, Yan Y, Voisin DR. From Exposure to Violence between Mother and Her Intimate Partner to Suicidality Experienced by Urban Adolescents in Chicago's Southside. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(15): 7870.
15. Barriga L. Caracterización de la gravedad del intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en un hospital público de Chile. *Invest Clin*. 2023; 64(4): 451-459.
16. Bustos A, Pereda N, Suárez-Soto E. Mental Health and Suicidal Behaviour in Chilean Youth during the Covid-19 Pandemic. *Actas Esp Psiquiatr*. 2024; 52(4): 453-463.
17. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017; 22(1): 33-42.
18. Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A, Gallardo-Peralta L, Cuadra-Fernandez P, Trujillo P, Vega N. The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents. *Front Psychol*. 2023; 14: 1-10.
19. Salvo L, Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2013; 51(4): 245-254. [citado 25 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Antúnez Z, Vinet E. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*. 2012; 30(3): 49-55. [citado 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Fernández-Mendoza J, Rodríguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Med*. 2012; 13(2): 207-210. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945711003480>
22. Olivari C, Guzmán-González M. Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(3): 324-331. [citado 23 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Guzmán-González M, Trabucco C, Urzúa A, Garrido L, Leiva J. Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*. 2014; 32(1): 19-29. [citado 25 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Guzmán-González M, Mendoza-Llanos R, Garrido-Rojas L, Barrientos J, Urzúa A. Propuesta de valores de referencia para la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población adulta chilena. *Rev*

- Med Chil.* 2020; 148(5): 644-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500644&lng=en&nrm=iso&tling=en
25. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *Pediatr Emerg Care.* 2015; 31(2): 88-94.
 26. Núñez D, Arias V, Méndez-Bustos P, Fresno A. Is a brief self-report version of the Columbia severity scale useful for screening suicidal ideation in Chilean adolescents? *Compr Psychiatry.* 2019; 88(1): 39-48. [citado 23 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X18301792>
 27. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry.* 2011; 168(12): 1266-1277. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
 28. World Medical Association [WMA]. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2024. Disponible en: <https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/&pdfName=wma-declaration-of-helsinki>
 29. Bachelet M. Ley N 20.120: Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72(2).
 30. Agresti A. *An Introduction to Categorical Data Analysis.* 3a ed. Hoboken, NJ, USA: Wiley; 2019.
 31. RStudio Team. *RStudio: Integrated Development for R.* Boston, MA: RStudio, PBC; 2020.
 32. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing.* Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2023.
 33. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression.* 3a ed. Hoboken, NJ, USA: Wiley; 2013. (Wiley Series in Probability and Statistics). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118548387>
 34. Power M, Fell G, Wright M. *Principles for high-quality, high-value testing.* Evidence Based Medicine. 2013; 18(1): 5-10.
 35. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 29(6): 759-776.
 36. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(3): 1784.
 37. Lim KX, Rijdsdijk F, Hagenaars SP, Socrates A, Choi SW, Coleman JRI, et al. Studying individual risk factors for self-harm in the UK Biobank: A polygenic scoring and Mendelian randomisation study. Mann JJ, editor. *PLoS Med.* 2020; 17(6): e1003137. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1003137>
 38. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019; 64(2): 265-283. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-018-1196-1>
 39. Yoon Y, Cederbaum JA, Schwartz A. Childhood sexual abuse and current suicidal ideation among adolescents: Problem-focused and emotion-focused coping skills. *J Adolesc.* 2018; 67(1): 120-128.
 40. Girard M, Hébert M, Godbout N, Cyr M, Frappier J. A Longitudinal Study of Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: Depressive Symptoms and Affect Dysregulation as Predictors. *J Trauma Stress.* 2021; 34(6): 1132-1138.
 41. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12–15 Years From 48 Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019; 58(9): 907-918.
 42. Cuesta I, Montesó-Curto P, Metzler Sawin E, Jiménez-Herrera M, Puig-Llobet M, Seabra P, et al. Risk factors for teen suicide and bullying: An international integrative review. *Int J Nurs Pract.* 2021; 27(3): e12930.
 43. Chattopadhyay S, Joshi S. Perceived parental warmth and parental control among adolescents with suicidal ideation. *International Journal of Indian Psychology.* 2020; 8(2): 888-894.
 44. Freudenstein O, Zohar A, Apter A, Shoval G, Weizman A, Zalsman G. Parental bonding in severely suicidal adolescent inpatients. *European Psychiatry.* 2011; 26(8): 504-507.
 45. Van Meter AR, Paksarian D, Merikangas KR. Social Functioning and Suicide Risk in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2019; 48(2): 273-287.
 46. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver KR. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *J Adolesc.* 1998; 21(4): 445-457.
 47. Psychogiou L, Ahun MN, Boivin M, Tremblay RE, Orri M, Côté SM. The mediating role of adolescents' loneliness and social withdrawal in the association between maternal depressive symptoms and suicidality in adolescence: A 20-year population-based study. *Dev Psychopathol.* 2022; 34(3): 1045-1053.
 48. Greene-Palmer FN, Wagner BM, Neely LL, Cox DW, Kochanski KM, Perera KU, et al. How Parental Reactions Change in Response to Adolescent Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research.* 2015; 19(4): 414-421.
 49. Li J, Hao Y, Zhang W, Li X, Hu B. Effective Connectivity Based EEG Revealing the Inhibitory Deficits for Distracting Stimuli in Major Depression Disorders. *IEEE Trans Affect Comput.* 2023; 14(1): 694-705.
 50. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship Between Emotion Regulation and Suicide Ideation and Attempt in Adults and Adolescents: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research.* 2022; 26(4): 1702-1735.
 51. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion

- regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. Psychiatry Res. 2019; 271: 230-238. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178117318498>*
52. Nikfallah R, Barekat A. *The mediating role of emotion regulation difficulties and experiential avoidance in the relationship between defense mechanisms and suicidal ideation in adolescents. Journal of Applied Psychology. 2022; 16(1): 202-183.*
53. Quintana-Orts C, Mérida-López S, Rey L, Neto F, Extremera N. *Untangling the Emotional Intelligence-Suicidal Ideation Connection: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents. J Clin Med. 2020; 9(10): 3116.*
54. Bustamante F, Ramirez V, Urquidi C, Bustos V, Yaseen Z, Galynker I. *Trends and Most Frequent Methods of Suicide in Chile Between 2001 and 2010. Crisis. 2016; 37(1): 21-30.*