

Conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y calidad de vida en adolescentes chilenos

FABIOLA VILUGRÓN ARAVENA^{1,a}, TEMÍSTOCLES MOLINA^{2,b},
MARÍA EUGENIA GRAS PÉREZ^{3,c}, SÍLVIA FONT-MAYOLAS^{3,d}

¹Departamento de Salud, Comunidad y Gestión, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

²Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida. Universidad de Girona. Cataluña, España.

^aNutricionista, Magíster en Ciencias de la Nutrición, Doctora en Psicología, Salud y Calidad de Vida, Universidad de Girona. Cataluña, España.

^bEstadístico, Magíster en Bioestadística.

^cDoctora en Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Cataluña, España.

^dDoctora en Psicología. Universidad de Girona. Cataluña, España.

Trabajo financiado con los fondos del Convenio de Desempeño UPA 1301 "Generación de conocimiento compartido: un modelo replicable de innovación social para el desarrollo territorial de Playa Ancha".

La organización que financió el estudio no tuvo influencia en el diseño, recolección, interpretación de datos, preparación o aprobación del manuscrito.

Recibido el 5 de octubre de 2020, aceptado el 25 de abril de 2022.

Correspondencia a:

Fabiola Vilugrón Aravena
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Playa Ancha,
Independencia N° 2002, Valparaíso,
Chile.
fabiola.vilugron@upla.cl

Suicidal behavior, psychoactive substances use and quality of life in chilean adolescents

Background: Suicidal behavior is a public health problem, and adolescents are one of the main risk groups. **Aim:** To analyze the association among suicidal behavior, consumption of psychoactive substances, and Health Related Quality of Life (HRQoL) in adolescents attending schools in Valparaiso, Chile. **Material and Methods:** Five hundred-fifty adolescents enrolled in a public school participated in the study. HRQoL was evaluated through KIDSCREEN-27, while suicidal behavior and the consumption of psychoactive substances were measured with the Global School-based Student Health Survey (GSHS). **Results:** The prevalence of suicidal behavior was higher in women and in those who used tobacco or marijuana in the last month. Respondents with a bad perception of physical well-being reported a higher frequency of suicidal ideation than those with a good perception (Odds ratio (OR): 2.24; 95% confidence: 1.49-3.36). Likewise the frequency of suicidal ideation was higher in those with a bad perception of psychological well-being (OR: 3.87; 95%CI: 2.09-7.71), and a bad perception of autonomy and relation with parents (OR:2.46; 95%CI: 1.34-4.54). Suicide planning was also associated with dimensions of autonomy and relation with parents (OR: 2.32; 95% CI: 1.23-4.38) and dimensions of friends and social support (OR: 1.86; 95%CI:1.05-3.28). Suicide attempt was associated with the dimensions of friendship and social support (OR: 1.83; 95%CI: 1.02-3.28) and school environment (OR: 1,92; 95%CI: 1,23-3,01). **Conclusions:** Suicide ideation is associated with worse physical and psychological well-being. Suicide planning and suicide attempt is associated with a worse perception about the relation with parents or friends, social support, and school environment.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1036-1045)

Key words: Adolescent; Cannabis; Quality of Life; Suicidal Ideation; Tobacco Use.

La conducta suicida se define como una diversidad de comportamientos utilizados por los individuos para infligirse deliberadamente daños corporales fatales o no fatales¹. Estos incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio

y cometer un suicidio propiamente dicho².

A nivel mundial, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años³. Según los últimos datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud⁴, Chile se encuentra entre los países con las tasas más elevadas de muertes

por suicidio de América Latina y el Caribe (5,87 por 100.000 háb.). Adicionalmente, la Encuesta Mundial de Salud Escolar⁵ aplicada a estudiantes de 11 a 16 años (n = 25.599), reporta prevalencias de ideación suicida de 19,2% (14,6% hombres vs. 35,8% mujeres) y planificación suicida de 14,8% (10,6% hombres vs. 26,3% mujeres). Si bien la ideación suicida y los intentos de suicidio no letales son mucho más frecuentes en adolescentes mujeres, el intento suicida con resultado de muerte es tres veces mayor en hombres⁵⁻⁶. Para Gómez, Silva y Amon⁷ cualquier intento de suicidio no letal eleva significativamente el evento de muerte por suicidio y se ha estimado que entre 10% y 15% de aquellos que intentan suicidarse, finalmente mueren por esta causa, dos tercios de ellos antes de los siguientes 15 años⁸.

La Teoría Interpersonal del Suicidio de Van Orden y cols. (2010)⁹ postula que el deseo suicida es causado por la presencia simultánea de dos constructos interpersonales: la pertenencia frustrada (soledad, falta de conexiones sociales, ausencia de relaciones de cuidado recíproco) y la carga percibida (autopercepción de ser una carga para los demás). Además, señala que la capacidad de suicidio es independiente del deseo de participar en una conducta suicida, e implica una mayor tolerancia al dolor físico generado por la autolesión y un menor miedo a la muerte. En esta teoría, el maltrato infantil y los trastornos mentales son factores independientes que ejercen influencia sobre el deseo suicida.

Entre de los factores de riesgo asociados con una mayor conducta suicida en adolescentes se encuentran las enfermedades mentales¹⁰, baja autoestima, desesperanza, depresión e ideación suicida reciente¹¹, adversidad y violencia familiar¹², patrón de apego inseguro¹³, sentimientos de soledad, acontecimientos vitales estresantes, relaciones personales y sociales insatisfactorias¹⁴, estigmatización¹⁵ y ser víctima de acoso cibernético y escolar¹⁶. Estos factores también han sido relacionados con un mayor consumo de sustancias psicoactivas¹⁷⁻²¹.

El intento de suicidio con desenlace fatal es considerado un problema prioritario de salud pública, siendo la adolescencia una etapa crucial para la implementación de intervenciones que podrían resultar en años de vida potencialmente salvados²²⁻²⁴. En este contexto, adquiere importancia el concepto de calidad de vida relacionado

con la salud (CVRS) debido a que abarca aquellos aspectos de la calidad de vida (CV) que pueden ser claramente demostrados que afectan la salud, ya sea física o mental de los adolescentes²⁵⁻²⁶.

Recientemente, Faure y cols.²⁷ reportaron en adolescentes chilenos una asociación directa entre el riesgo suicida y las dimensiones de la escala EQ- ED-5L de dolor/malestar (OR: 2,5; IC95% 1,1-6,1) y ansiedad/depresión (OR: 2,2; IC95% 1,3-3,6). Goldney, Fisher, Wilson y Cheok²⁸ evidenciaron en población australiana de 15 años y más que aquellos con ideación suicida obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en las dimensiones del cuestionario SF-36 de rol emocional (dificultades con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales), salud mental, relaciones sociales, bienestar psicológico y en el puntaje general. Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín²⁹ informaron que adolescentes con conducta suicida tuvieron mayor posibilidad de percibir una CV inferior. Balazs, Miklosi, Halasz, Horváth, y Szentiványi³⁰ reportaron, en adolescentes húngaros, que aquellos con problemas emocionales y con los compañeros de escuela informaron una menor percepción de su CV y un mayor riesgo suicida.

A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales comportamientos asociados a la conducta suicida³¹ y que su consumo puede afectar el bienestar psicológico, la autopercepción, la relación con los padres y vida familiar y la percepción del entorno escolar de los adolescentes³², hasta donde sabemos, no existen estudios que analicen si ambos comportamientos podrían relacionarse con la CVRS en adolescentes chilenos. Es importante considerar que en el país la prevalencia reportada en el último mes por la población escolar para el consumo de tabaco y marihuana es alrededor de 15% mientras que para el consumo de alcohol es cercana a 30%³³.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el objetivo de esta investigación fue analizar la asociación entre la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de la CVRS en adolescentes escolarizados de Valparaíso, Chile.

Materiales y Método

Este artículo informa parte de los resultados obtenidos en un estudio mayor de tipo transversal analítico que investiga la asociación entre los com-

portamientos de riesgo y CVRS en adolescentes escolarizados, realizado en un establecimiento de educación secundaria con dependencia administrativa de la Municipal de Valparaíso en el año 2015, como ha sido reportado previamente³². Los criterios de inclusión fueron tener entre 15 y 18 años cumplidos y contar con el consentimiento firmado de los padres o tutores previo a la aplicación del cuestionario.

El tamaño muestral se calculó asumiendo una población de 1.347 adolescentes, una prevalencia estimada de $p = 0,331$ definida a partir de las prevalencias de los comportamientos de riesgo en adolescentes de Chile⁵, un intervalo de confianza de 95% y un error de muestreo de 4%, obteniéndose un $n = 457$. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo por conglomerado, para ello cada curso de 1º a 4º de enseñanza media (EM) fue considerado un conglomerado ($n = 38$). Del total se escogieron 18 utilizando una tabla de números aleatorios.

Los participantes respondieron un cuestionario auto administrado en línea, disponible en las aulas de computación del establecimiento educacional. Esta actividad se realizó en presencia del profesor a cargo y la investigadora responsable, quién presentó el objetivo de la investigación y respondió las consultas. El tiempo promedio de aplicación por curso fue de 35 minutos.

Variable dependiente

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Se determinó con el cuestionario KIDSCREEN-27 validado para niños y adolescentes chilenos³⁴. Este cuestionario se desarrolló como una medida de autoinforme que recoge información sobre la percepción subjetiva de la CVRS de niños y adolescentes entre 8 y 18 años durante la última semana. Está compuesto por 27 ítems agrupados en 5 dimensiones (Tabla 1)³⁵. Las respuestas se presentan en una escala de Likert de 5 puntos que evalúa la frecuencia (desde nunca = 1, hasta siempre = 5) o la intensidad de la respuesta (desde nada en absoluto = 1, hasta muchísimo = 5). Esta versión informó un alfa de Cronbach para el cuestionario completo de 0,890, similar al resultado obtenido en nuestro estudio (0,913).

Variables independientes

Conducta suicida: Se determinó con la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS)³⁶: los

ítems aplicados fueron “Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?”, “Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?”, Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?”. Cada ítem se categorizó y recodificó considerando los criterios recomendados por CDC³⁷ (Tabla 1).

Consumo de sustancias psicoactivas: Se consultó usando tres ítems de los Módulos de Alcohol, Cigarrillos y otro tipo de tabaco y Drogas del GSHS: “Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?”, “Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?”, “Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has usado/consumido marihuana?”. Cada ítem se categorizó y recodificó considerando los criterios recomendados por SENDA³³ (Tabla 2).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: sexo que se codificó como hombre = 0, mujer = 1; y la edad que se consultó en años cumplidos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra. Se evaluó la asociación entre la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y el sexo utilizando el test χ^2 . Los puntajes de cada dimensión del Cuestionario KIDSCREEN-27 se calcularon utilizando el análisis Rash, transformados a valores T estandarizados a una media de 50 y una desviación estándar de 10. Se utilizó como punto de corte el percentil 25 y se categorizó en superiores al percentil 25 versus el resto de la puntuación³⁸.

Mediante modelos de regresión logística se calcularon *Odds Ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%³⁹ para determinar la asociación entre los puntajes de las dimensiones de CVRS, la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas: Modelo 0: Regresión logística simple y Modelo 1: Regresión logística múltiple ajustadas por edad y sexo (Método de selección de variables Backward). Para evaluar la bondad del ajuste de los modelos se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Esta investigación se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Playa Ancha (03/2015). Los padres o tutores firmaron un consentimiento informado por escrito

Tabla 1. Dimensiones del instrumento KIDSCREEN-27

Dimensiones	Descripción	Ítems
Bienestar físico	Explora el nivel de actividad física, energía y condición física del niño / adolescente, así como el grado en que se siente mal y se queja de mala salud	En general ¿Cómo dirías que es tu salud? ¿Te has sentido bien y en buen estado físico? ¿Has estado físicamente activo/a (ej. Corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)? ¿Has sido capaz de correr sin dificultad? ¿Te has sentido lleno/a de energía?
Bienestar psicológico	Examina el bienestar psicológico del niño/adolescente incluyendo las emociones positivas y la satisfacción con la vida, así como la ausencia de sentimientos como la soledad y la tristeza	¿Has disfrutado de la vida? ¿Has estado de buen humor? ¿Lo has pasado bien? ¿Te has sentido triste? ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada? ¿Te has sentido solo/a? ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?
Autonomía y relaciones con los padres	Explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente y el padre o cuidador, si se siente amado y apoyado por la familia. También examina el nivel de autonomía percibido del niño/adolescente, así como la calidad percibida de sus recursos financieros	¿Has tenido suficiente tiempo para ti? ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre? ¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para ti? ¿Tu mamá y/o papá te han tratado de forma justa? ¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido? ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as? ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?
Amigos y apoyo social	Considera las relaciones sociales con amigos y compañeros. Explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente y sus compañeros, así como su apoyo percibido	¿Has pasado tiempo con tus amigos/as? ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as? ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes? ¿Has podido confiar en tus amigos/as?
Entorno escolar	Explora la percepción de un niño/adolescente sobre su capacidad cognitiva de aprendizaje y concentración y sus sentimientos sobre la escuela. Explora su visión sobre la relación con sus profesores	¿Te has sentido feliz en el colegio? ¿Te ha ido bien en el colegio? ¿Has sido capaz de poner atención? ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?

y posteriormente, los adolescentes autorizados aceptaron o rechazaron participar mediante el asentimiento informado. Las respuestas fueron anónimas.

Resultados

Participaron 550 de 614 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. 556 fueron

autorizados por sus padres o tutores por medio del consentimiento informado y 6 decidieron no participar mediante el asentimiento informado. La edad promedio fue $16,07 \pm 0,98$ años (rango 15-18 años), 59,8% fueron mujeres. El 52,0% cursaba 1° o 2° EM (18,8% y 32,2% respectivamente), mientras que 48% cursaba 3° y 4° EM (33,8% y 14,2% respectivamente). El 39,0% reportó haber consumido alcohol en el último mes, seguido por el consumo de tabaco (32,9%) y de marihuana

Tabla 2. Variables de la conducta suicida y de consumo de sustancias psicoactivas

Grupo de variables	Variable	Ítem	Codificación
Conducta suicida	Ideación suicida	Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?	No = 0 - No haber considerado seriamente la posibilidad de suicidarse durante los últimos 12 meses; Si = 1- Haber considerado seriamente la posibilidad de suicidarse durante los últimos 12 meses
	Planificación suicida	Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?	No = 0 - No haber hecho algún plan de cómo intentar suicidarse durante los últimos 12 meses; Si = 1- Haber hecho algún plan de cómo intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
	Intento de suicidio	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?	No = 0 - No haber intentado realmente suicidarse durante los últimos 12 meses; Si = 1- Haber intentado realmente suicidarse 1 o más veces durante los últimos 12 meses
Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de alcohol en el último mes	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?	No = 0- No haber consumido alcohol durante los últimos 30 días; Si = 1- Haber consumido alcohol uno o más días
	Consumo de tabaco en el último mes	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?	No = 0- No haber consumido tabaco durante los últimos 30 días; Si = 1- Haber consumido tabaco uno o más días durante los últimos 30 días
	Consumo de marihuana en el último mes	Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces has usado marihuana?	No = 0- No haber consumido marihuana durante los últimos 30 días; Si = 1- Haber consumido marihuana 1 o más días durante los últimos 30 días

(30,9%), sin diferencias según sexo³². Con respecto a la conducta suicida, 27,5% reportó ideación suicida, 23,1% planificación suicida y 20,9% intento de suicidio. Estas prevalencias fueron significativamente mayores en mujeres ($p < 0,001$) (Tabla 3) y en adolescentes que informaron consumir tabaco o marihuana en el último mes (Tabla 4).

El análisis de regresión logística múltiple (Tabla 5) muestra que la razón entre adolescentes que tuvieron una percepción deficiente del bienestar físico y psicológico versus aquellos con percepción favorable es 2,24 veces mayor en quienes reportaron ideación suicida en comparación con aquellos sin esta conducta (OR: 2,24; 95% IC: 1,49-3,36); y entre adolescentes que tuvieron una percepción deficiente del bienestar psicológico versus aquellos con percepción favorable es 3,87 veces mayor en quienes reportaron ideación suicida en comparación con aquellos sin esta

conducta (OR: 3,87; 95% IC: 2,09-7,17).

La razón entre adolescentes que tuvieron una percepción deficiente de la autonomía y de las relaciones con los padres versus aquellos con percepción favorable es 2,46 veces mayor en quienes reportaron ideación suicida (OR: 2,46; 95% IC: 1,34-4,54), 2,32 veces mayor en quienes reportaron planificación suicida (OR: 2,32; 95% IC: 1,23-4,38) y 1,70 veces mayor en los que consumen tabaco (OR: 1,70; 95% IC: 1,11-2,60) en comparación con aquellos sin estas conductas.

La razón entre adolescentes que tuvieron una percepción deficiente de los amigos y apoyo social versus aquellos con percepción favorable es 1,86 veces mayor en quienes reportaron planificación suicida (OR: 1,90; 95% IC: 1,05-3,28) y 1,83 veces mayor en quienes reportaron intento de suicidio (OR: 1,83; 95% IC: 1,02-3,28) en comparación con aquellos sin estas conductas.

Tabla 3. Comparación de la prevalencia de la conducta suicida de adolescentes escolarizados según sexo (n = 550)

Variables	Total (n = 550)		Hombres (n = 221)		Mujeres (n = 329)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ideación suicida	151	27,5	37	16,7	114	34,7	0,001
Planificación suicida	127	23,1	30	13,6	97	29,5	0,001
Intento de suicidio	115	20,9	25	11,3	90	27,4	0,001

Tabla 4. Comparación de la prevalencia de la conducta suicida de adolescentes escolarizados según el consumo de sustancias psicoactivas (n = 550)

Variables	Consumo de alcohol en el último mes			Consumo de tabaco en el último mes			Consumo de marihuana en el último mes		
	Sí	No	p	Sí	No	p	Sí	No	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ideación suicida	69 (32,1)	82 (24,5)	0,051	68 (40,0)	83 (21,8)	0,001	68 (37,6)	83 (22,5)	0,001
Planificación suicida	57 (26,5)	70 (20,9)	0,127	54 (31,8)	73 (19,2)	0,001	59 (32,6)	68 (18,4)	0,001
Intento de suicidio	52 (24,2)	63 (18,8)	0,130	57 (33,5)	58 (15,3)	0,001	53 (29,3)	62 (16,8)	0,001

Finalmente, la razón entre adolescentes que tuvieron una percepción deficiente del entorno escolar versus aquellos con percepción favorable es 1,92 veces mayor en quienes reportaron intento de suicidio (OR: 1,92; 95% IC: 1,22-3,01) y 1,67 veces mayor en quienes reportaron consumo de marihuana en el último mes (OR: 1,67; 95% IC: 1,05-2,65) en comparación con aquellos sin estas conductas.

Discusión

Los resultados del presente estudio sugieren que la prevalencia de conducta suicida en adolescentes escolarizados de Valparaíso es superior a la publicada en la GSHS⁵. Es importante reconocer que los establecimientos educacionales con dependencia administrativa municipal presentan una mayor concentración de estudiantes con un alto nivel de vulnerabilidad⁴⁰, lo que coincide con los factores de riesgo asociados con la conducta suicida como la baja autoestima¹¹, adversidad familiar¹², acontecimientos vitales estresantes¹⁴ y estigmatización¹⁵.

Nuestros hallazgos señalan que aquellos adolescentes que informaron haber consumido marihuana o tabaco en el último mes son más propensos a la conducta suicida. La evidencia sugiere que el consumo de marihuana en adolescentes sanos con riesgo de depresión y desesperanza se asocia significativamente con intentos de suicidio y muerte por suicidio, siendo más propensos a usar esta sustancia para modular estados afectivos negativos¹⁸. Asimismo, el consumo de tabaco se asocia con una serie de factores psicopatológicos, incluidas la depresión, la ansiedad, las respuestas al estrés, la ideación suicida. Esta sustancia sería usada por los adolescentes para lidiar con sus problemas emocionales²⁰⁻²¹.

En nuestro estudio, la prevalencia de conducta suicida no difiere según el consumo de alcohol en el último mes. Salvo y Castro²⁴, por el contrario, informaron que la soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol se relacionan directamente con la conducta suicida. Esta diferencia podría atribuirse al instrumento de medición aplicado, sugiriendo con ello que la conducta suicida estaría relacionada con el consumo excesivo de alcohol

Tabla 5. Regresión logística entre las dimensiones del KIDSCREEN-27, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados (n = 550)

Variables	Bienestar físico		Bienestar psicológico		Autonomía y relaciones con los padres		Amigos y apoyo social		Entorno escolar	
	Modelo 0	Modelo 1	Modelo 0	Modelo 1	Modelo 0	Modelo 1	Modelo 0	Modelo 1	Modelo 0	Modelo 1
Ideación suicida	2,58*** (1,74-3,84)	2,24*** (1,49-3,36)	6,29*** (4,14-9,56)	3,87*** (2,09-7,17)	5,08*** (3,38-7,64)	2,46** (1,34-4,54)	2,47*** (1,65-3,71)	-	1,81** (1,21-2,70)	-
Planificación suicida	2,28*** (1,52-3,24)	-	5,35*** (3,48-8,21)	-	5,12*** (3,35-7,82)	2,32** (1,23-4,38)	2,74*** (1,79-4,17)	1,86* (1,05-3,28)	1,74* (1,14-2,65)	-
Intento de suicidio	1,83** (1,20-2,79)	-	4,87*** (3,14-7,54)	-	4,30*** (2,79-6,63)	-	2,79*** (1,81-4,31)	1,83* (1,02-3,28)	2,01** (1,31-3,11)	1,92** (1,22-3,01)
Consumo de alcohol en el último mes	-	-	-	-	-	-	-	-	2,17*** (1,49-3,17)	-
Consumo de tabaco en el último mes	1,72** (1,18-2,50)	-	1,80** (1,21-2,68)	-	2,25*** (1,52-3,31)	1,70* (1,11-2,60)	-	-	1,87** (1,27-2,76)	-
Consumo de marihuana en el último mes	1,48* (1,02-2,15)	-	-	-	1,67** (1,14-2,46)	-	-	-	2,40*** (1,64-3,54)	1,67* (1,05-2,65)
Edad	-	-	-	-	-	1,28* (1,03-1,57)	-	-	1,36** (1,13-1,64)	1,28* (1,05-1,56)
Sexo	2,61 (1,77-3,85)	2,28*** (1,53-3,41)	2,73*** (1,77-4,20)	2,25*** (1,40-3,60)	1,96** (1,32-2,93)	1,62* (1,04-2,53)	-	-	-	-
Hosmer-Lemeshow	-	0,9164	-	0,6886	-	0,9070	-	0,0317	-	0,7549

Nota: OR, Odds ratio; IC: Intervalo de confianza. CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, punto de corte corresponde al percentil 25 (0 = CVRS mayor puntuación, 1 = CVRS menor puntuación. Variables de conducta suicida: Ideación suicida (0 = No, 1 = Si). Planeación suicida (0 = No, 1 = Si). Intento de suicidio (0 = No, 1 = Si). Variables de consumo de sustancias psicoactivas: Consumo de alcohol en el último mes (0 = No, 1 = Si). Consumo de tabaco en el último mes (0 = No, 1 = Si). Consumo de marihuana en el último mes (0 = No, 1 = Si). Modelo 0: Regresión logística simple y Modelo 1: Regresión logística múltiple ajustadas por edad y sexo (Método de selección de variables Backward). *p < 0,05, **p < 0,01 y ***p < 0,001.

más que con el consumo de esta sustancia en el último mes.

Adicionalmente, reportamos una mayor susceptibilidad a presentar conducta suicida en mujeres que en hombres. Este resultado es consistente con estudios que informan una mayor frecuencia de síntomas depresivos, ideación y planeación suicida en mujeres que en sus homólogos masculinos^{6,10,11,19}.

Por otra parte, nuestros resultados sugieren que los adolescentes con ideación suicida presentan una percepción deficiente del bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres. Estos hallazgos concuerdan con los reportes de Faure y cols.²⁷ y de Goldney y cols.²⁸ quienes informaron una asociación directa entre el riesgo suicida y una percepción deficiente de las dimensiones de la CV. Respecto a la planificación suicida, nuestros resultados coinciden parcialmente con los reportados por Hidalgo-Rasmussen y cols.²⁹ quienes encontraron asociaciones significativas entre esta conducta y una percepción deficiente de la CV global.

Nuestros resultados evidencian asociaciones entre la percepción deficiente en la relación con los amigos, apoyo social y del entorno escolar en aquellos con reporte de intento de suicidio. Sandoval y cols.¹⁵ llegaron a similares resultados y encontraron un mayor riesgo suicida en aquellos que informaron ser víctimas de bullying. Asimismo, Balazs y cols.³⁰ señalan que los problemas emocionales y las dificultades con el grupo de iguales se asociaron con una menor CV y con un mayor nivel de riesgo suicida. Al respecto, Valdivia y cols.¹¹ evidenciaron una asociación entre el intento de suicidio, la ausencia de los padres y el funcionamiento familiar en niveles disfuncionales.

Una de las limitaciones del estudio fue la falta de representatividad de la muestra debido a que estuvo conformada solo por adolescentes matriculados en un establecimiento educacional de Valparaíso. Además, al tratarse de un estudio transversal, no permite inferir causalidad entre las variables.

Agradecimientos: Los autores agradecen al equipo psicosocial, estudiantes y profesores del establecimiento educacional por su cooperación en este estudio.

Referencias

1. Miller AB, Prinstein MJ. Adolescent Suicide as a Failure of Acute Stress-Response Systems. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019; 15: 425-50. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625
2. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1 (1): 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
3. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53628/9789275323304_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consultado el 01 de noviembre de 2021].
5. Organización Mundial de la Salud. Datasets for Chile: Global school-based student health survey (GSHS). 2005. Disponible en: <http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/chiledataset/en/> [Consultado el 02 de agosto de 2019].
6. Florenzano R, Valdés M. El adolescente y sus conductas de riesgo. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago 2013.
7. Gómez A, Silva H, Amon R. El suicidio, teoría y clínica. Ed. Mediterráneo, Santiago 2018.
8. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achta K, Lönnqvist J. Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry.* 2004; 161 (3): 562-3. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.562.
9. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev.* 2010; 117 (2): 575-600. doi:10.1037/a0018697.
10. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *RPCNA.* 2016; 3 (1): 9-18.
11. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile.* 2015; 143 (3): 320-8. doi: 10.4067/S0034-98872015000300006
12. Zygo M, Pawłowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann Agric Environ Med.* 2019; 26 (2): 329-36. doi: 10.26444/aaem/93817.
13. Leyton F, Barker M, Cáceres R, Morán J, Martínez V. Contribución de la medición del modelo de apego en la

- estimación del riesgo suicida en adolescentes. Revisión de la literatura. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2017; 28 (2): 39-48.
14. Sánchez-Reruel D, Robres-Bello M. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo* 2014; 35 (2): 181-92.
 15. Sandoval R, Vilela MA, Mejia CR, Caballero J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Rev Chil Pediatr.* 2018; 89 (2): 208-15. doi: 10.4067/s0370-41062018000100209
 16. Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents. *Crisis.* 2019; 40 (2): 100-14. doi: 10.1027/0227-5910/a000536.
 17. Dávila C, Luna M. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Rev. Chil. Pediatr.* 2019; 90 (6): 606-16. doi:10.32641/rchped.v90i6.1012
 18. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Temple EC, Amore M, Borgwardt S et al. The Association between cannabis use, mental illness, and suicidal behavior: What is the role of hopelessness? *Front Psychiatry* 2013; 4: 125. doi:10.3389/fpsy.2013.00125
 19. Martínez F, Bara TS, Picharski GL, Cordeiro ML. Association of cigarette smoking with anxiety, depression, and suicidal ideation among brazilian adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019; 15: 2799-808. doi: 10.2147/NDT.S217069
 20. Green M, Turner S, Sareen J. Smoking and suicide: biological and social evidence and causal mechanisms. *J Epidemiol Community Health.* 2017; 71 (9): 839-40. doi:10.1136/jech-2016-207731
 21. Salvo L, Castro A. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Rev Med Chile.* 2013; 141 (4): 428-34. doi: 10.4067/S0034-98872013000400002
 22. Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int.* 2020; 117 (15): 261-7. doi:10.3238/arztebl.2020.0261
 23. Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Sebastián-Enesco C, Fonseca-Pedrero E. Suicidal Behavior in Adolescents: A Latent Class Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (8): 2820. doi:10.3390/ijerph17082820
 24. Cha CB, Franz PJ, Guzmán EM, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018; 59 (4): 460-82. doi:10.1111/jcpp.12831
 25. Simon A, Chan K, Forrest C. Assessment of children's health-related quality of life in the United States with a multidimensional index. *Pediatrics.* 2008; 121 (1): e118-e26. doi: 10.1542/peds.2007-0480
 26. Rajmil L, Herdman M. Avances y retos en la medida de calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil y adolescente. *An Pediatr. (Barc)* 2019; 90 (5): 261-2. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.01.011
 27. Faure MI, Urquidí C, Bustamante F, Florenzano R, Ampuero K, Terán L, et al. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo suicida en adolescentes: estudio transversal. *Rev. Chil. Pediatr.* 2018; 89 (3): 318-24. doi: 10.4067/S0370-41062018005000103
 28. Goldney RD, Fisher L, Wilson DH, Cheok F. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Med J Aust.* 2001; 175 (10): 546-9. doi: 10.5694/j.1326-5377.2001.tb143717.x
 29. Hidalgo-Rasmussen C, Hidalgo-San Martín A. Suicidal-related behaviors and quality of life according to gender in adolescent Mexican high school students. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20 (11): 3437-45. doi: 10.1590/1413-812320152011.18692014.
 30. Balazs J, Miklosi M, Halasz J, Horváth L, Szentiványi D, Vida P. Suicidal Risk, Psychopathology, and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents. 2018; 9: 17. doi: 10.3389/fpsy.2018.00017.
 31. Cañon S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018; 20 (80): 387-97.
 32. Vilugrón F, Hidalgo-Rasmussen C, Molina T, Gras M, Font-Mayolas S. Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados. *Rev Med Chile* 2017; 145: 1525-34. doi: 10.4067/s0034-98872017001201525
 33. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017. 8° Básico a 4° Medio. Disponible en <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/01/ENPE-2019-30-12-20.pdf> [Consultado el 21 de noviembre de 2021].
 34. Molina T, Montaña R, González E, Sepúlveda R, Hidalgo-Rasmussen C, Martínez V, et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Rev Med Chile.* 2014; 142 (11): 1415-21. doi: 10.4067/S0034-98872014001100008
 35. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, Klasen F. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res.* 2014; 23: 791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3
 36. Centers for Disease Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey (GSHS), Santiago:

2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/gshs/index.htm>. [Consultado el 15 de enero de 2018].
37. Centers for Disease Control and Prevention. Encuesta Mundial de Salud escolar Argentina. 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf. Buenos aires: 2014. [Consultado el 10 de noviembre de 2019].
38. Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni M, KIDSCREEN Group. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *J Adolesc Health*. 2006; 38 (5): 511-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.022
39. Cerda J, Vera C, Rada G. *Odds ratio*: aspectos teóricos y prácticos. *Rev Med Chile*. 2013; 141 (10): 1329-35. doi: 10.4067/S0034-98872013001000014.
40. Ministerio de Educación. Reporte Nacional de Chile: Revisión OCDE para mejorar la efectividad del uso de recursos en las escuelas. 2016. Disponible en <https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2017/07/Reporte-Nacional-OCDE-Efectividad-uso-de-recursos.pdf>. [Consultado el 10 de julio de 2020].