

Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos en adolescentes con intento de suicidio no violento: estudio prospectivo

Gökalp Cengiz¹ , Yakup Yeşil¹ , Abdurrahman Avar Özdemir¹ 

RESUMEN

Introducción. El suicidio es una grave preocupación para la salud pública mundial y la cuarta causa de muerte entre individuos de 15-29 años. En Turquía, la tasa cruda de suicidio ha mostrado un aumento consistente en los años recientes. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes atendidos en un departamento de emergencias pediátrico luego de un intento no violento de suicidio e identificar los factores de riesgo asociados.

Métodos. Estudio prospectivo de pacientes de menos de 18 años atendidos por un intento no violento de suicidio. Se registraron las características demográficas y clínicas, los antecedentes psiquiátricos de los niños y sus familias, las dinámicas familiares y el uso de sustancias. Se utilizaron instrumentos estandarizados: escala de evaluación familiar, subescala de comunicación (Family Assessment Device—Communication subscale), escala de vínculos de amistad de los adolescentes (Adolescent Friendship Attachment Scale), escala de estilo parental (Parenting Style Scale) y escala de Beck para ideación suicida (Beck Scale for Suicide Ideation).

Resultados. De 101 pacientes, el 82,2 % fueron mujeres, con edad media de $15,5 \pm 1,3$ años. El 44,6 % utilizaron su propia medicación; las drogas antiinflamatorias no esteroideas (19,6 %) fueron las más frecuentes. Se identificaron diagnósticos psiquiátricos en el 31,6 %, intentos anteriores de suicidio en el 43,6 % y uso de tabaco o alcohol en el 35,5 %. La mala comunicación familiar se observó en el 73,3 % de las familias y el estilo parental autoritario en el 35,6 %. El uso de sustancias predijo la ideación suicida recurrente, mientras que los intentos anteriores y la mala comunicación familiar predijeron una mayor gravedad de la ideación suicida (OR: 3,093; p: 0,025), (OR: 4,267; p: 0,003), (OR: 3,218; p: 0,011).

Conclusión. Los adolescentes que usan sustancias, los intentos anteriores de suicidio y la mala comunicación familiar representan un riesgo aumentado en forma significativa de ideación suicida grave o recurrente.

Palabras clave: niño; suicidio; intento de suicidio; factores de riesgo; trastornos relacionados con sustancias.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10855>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10855.eng>

Cómo citar: Cengiz G, Yeşil Y, Özdemir AA. Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos en adolescentes con intento de suicidio no violento: estudio prospectivo. Arch Argent Pediatr. 2025;e202510855. Primero en Internet 26-DIC-2025.

¹ Departamento de Pediatría, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Estambul, Turquía.

Correspondencia para Yakup Yeşil: yakyes2934@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflictos de Intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 13-8-2025

Aceptado: 3-11-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El suicidio, definido como el acto intencional de terminar con la propia vida, es un tema importante para la salud pública mundial; causa cerca de 703 000 muertes por año y se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en todo el mundo.¹ La conducta suicida se relaciona con factores complejos como desesperación, necesidades insatisfechas, problemas de salud mental y física, y eventos estresantes de la vida. Nunca es causado por un solo factor por lo cual su explicación y predicción son altamente desafiantes.^{2,3}

Los intentos de suicidio en general se pueden categorizar como violentos (ahorcamiento, uso de armas de fuego, salto desde la altura o autoinmolación) y no violentos (ingestión de drogas, químicos o gas). Los métodos no violentos son más frecuentes entre los adolescentes y con frecuencia reflejan una conducta impulsiva asociada con factores psicosociales y familiares.⁴ Los intentos de suicidio son infrecuentes antes de los 15 años, pero cada vez más prevalentes durante la adolescencia y la adultez. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la cuarta causa principal de muerte entre los adolescentes de 15-19 años.¹ Informes de Estados Unidos de América indican un aumento importante de los índices de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes.⁵ En Turquía, en particular en la última década, el suicidio afectó con la mayor frecuencia al grupo de individuos entre 15-24 años.⁶ La aparición de intentos y grupos de suicidios entre niños y adolescentes ha colocado al frente de las estrategias de salud pública la prevención del suicidio entre los jóvenes, lo que ha impulsado el desarrollo de intervenciones específicas e iniciativas políticas.

El objetivo de este estudio fue evaluar las características sociodemográficas y clínicas, las dinámicas familiares y los factores de riesgo asociados, en adolescentes atendidos en el departamento pediátrico de emergencias luego de un intento no violento de suicidio.

MÉTODOS

Este estudio prospectivo se desarrolló entre mayo de 2023 y noviembre de 2024 en el Departamento Pediátrico de Emergencias del Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, en Estambul, Turquía. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital (KAEK/2023.04.46), y se obtuvo el

consentimiento informado de las familias de todos los pacientes.

En este estudio, los pacientes que fueron atendidos por intentos no violentos de suicidio se evaluaron en forma prospectiva. Los criterios de inclusión fueron, tener menos de 18 años, presentar un intento no violento de suicidio, tener un informe forense oficial y poseer una historia clínica completa.

Los datos registrados fueron la edad del paciente, sexo, estado laboral y educacional, nivel socioeconómico, número de hermanos, nivel educacional de los padres, estado civil, antecedentes de intentos previos de suicidio, enfermedades psiquiátricas en la familia, uso de tabaco y alcohol, nombre y cantidad de los medicamentos ingeridos, si las medicaciones eran del paciente, tiempo hasta el ingreso al hospital, necesidad de cuidados intensivos, resultados del tratamiento y diagnósticos.

Evaluación de factores de riesgo

Se utilizaron varios instrumentos estandarizados para identificar los factores de riesgo asociados con la conducta suicida. El dispositivo de evaluación familiar (Family Assessment Device, FAD) se utilizó para evaluar la comunicación. Es una herramienta designada para medir cuán bien funciona una familia a través de varios dominios.⁷ Los padres completaron 9 preguntas de la subescala de comunicación. Los puntajes oscilaron entre un mínimo de 9 y un máximo de 36. Según los puntajes totales, las familias se categorizaron en las que tenían una comunicación saludable (9-18 puntos) o no saludable (19-36 puntos) La escala de vínculos de amistad de los adolescentes (Adolescent Friendship Attachment Scale, AFAS) se empleó para medir la calidad de las relaciones con los pares en términos de estilos de apego. La escala incluye 23 ítems y consiste en 3 subdimensiones: apego seguro, apego evitativo y apego ansioso o ambivalente.⁸ Los estilos parentales se midieron con la escala de estilo parental (Parenting Style Scale); se reconocen 4 grupos: permisivo/negligente, democrático, protector y autoritario.^{9,10} Para medir la gravedad de la ideación suicida se utilizó la escala Beck para ideación suicida (Beck Scale for Suicide Ideation, BSS). La escala oscila entre 0 y 38, con valores más altos para los pensamientos suicidas graves.¹¹ Los pacientes se agruparon según sus puntajes totales: grupo 1 (0-13 puntos), grupo 2 (14-26 puntos) y grupo 3 (27-38 puntos). Todos los instrumentos usados

en el estudio tienen una versión en idioma turco y propiedades psicométricas aceptables.¹²⁻¹⁵

Análisis estadístico

El análisis de poder se realizó con el G*Power 3.1. Suponiendo un tamaño de efecto medio ($w = 0,3$), una potencia del 80 % y un nivel alfa de 0,05, el tamaño de muestra mínimo requerido se calculó como 88. El análisis estadístico se hizo con la versión SPSS 26.0. Las estadísticas descriptivas se presentaron como frecuencias y porcentajes en las variables categóricas y como medias y desviación estándar, y valores mínimos y máximos para las variables continuas. Para la comparación categórica se usaron los test de chi-cuadrado y exacto de Fisher. El test de Shapiro-Wilk se usó para evaluar la normalidad. La relación entre las variables se analizó con el test de regresión logística. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se evaluaron 101 casos de intoxicación por intento de suicidio: 83 (82,2 %) fueron mujeres, 18 (17,8 %) fueron hombres, con edad media de $15,5 \pm 1,3$ años. El 91 % eran estudiantes y 10 trabajaban. Luego de la presentación 8 (7,9 %) recibieron cuidados intensivos, 5 (4,9 %) se atendieron en la sala de pediatría y 88 (87,1 %) fueron tratados y egresaron de la unidad de emergencias.

En 45 casos (44,6 %) los pacientes usaron su propia medicación. Las más frecuentes fueron las drogas antinflamatorias no esteroideas (AINE) (n: 28; 19,6 %), analgésicos (n: 26; 18,2 %), antipsicóticos (n: 21; 14,7 %) y antidepresivos (n: 19; 13,3 %). El tiempo medio desde la ingestión hasta la llegada al hospital fue de $3,8 \pm 4,8$ horas. Los síntomas se presentaron en 57 pacientes (56,7 %), principalmente náuseas/vómitos (n: 24; 42,2 %). El uso de tabaco y/o alcohol fue reportado en 38 casos (35,5 %). En 63 pacientes (62,4 %) no se encontraron patologías médicas; 32 (31,6 %) tenían diagnóstico psiquiátrico: trastorno depresivo mayor (n: 10), trastorno bipolar (n: 9), ansiedad (n: 8), trastornos por déficit de atención (n: 4) y anorexia nerviosa (n: 1). Otros diagnósticos (n: 6) incluyeron fiebre mediterránea familiar, arritmia, epilepsia y migraña. Los intentos anteriores de suicidio se registraron en 44 pacientes (43,6 %). El número de hermanos osciló entre 1 y 7. El nivel socioeconómico fue bajo en 36 casos, moderado en 44 y alto en 21 (*Tabla 1*). El estrés

emocional y los problemas familiares fueron las razones más citadas para la autoagresión; los problemas financieros fueron menos mencionados (*Tabla 2*).

En 29 familias (24,8 %), los padres estaban divorciados. El 45,5 % de las madres y el 35,6 % de los padres tenía educación primaria completa o menor. En 59 familias (58,4 %), al menos uno de los padres fumaba o consumía alcohol. En 31 familias (30,7 %) se diagnosticó un trastorno psiquiátrico, al menos en uno de sus miembros, con mayor frecuencia, la madre (n: 18; 58 %). La mala comunicación familiar se registró en 74 casos (73,3 %). Los estilos parentales fueron autoritario (36; 35,6 %), protector (17; 16,8 %) y democrático (16; 15,8 %) (*Tabla 3*). La mala comunicación familiar fue más frecuente en el grupo autoritario (31; 86,1 %) seguido del protector (14; 82,3 %), permisivo/negligente (20; 62,5 %) y democrático (9; 56,2 %). Las diferencias entre los grupos fueron significativas para el estilo autoritario ($p: 0,046$).

La gravedad de la ideación suicida se evaluó con la BSS: grupo 1 (baja, n: 28; 27,7 %), grupo 2 (moderada, n: 25; 24,8 %) y grupo 3 (alta, n: 48; 47,5 %). La AFAS no mostró diferencias significativas entre los estilos de vínculos de amistad evitativo (n: 24; 23,7 %), ansioso/ambivalente (n: 35; 34,7 %) y seguro (n: 42; 41,6 %) ($p: 0,064$). No se encontraron diferencias significativas en relación con trastorno psiquiátrico, uso de sustancias, antecedentes familiares psiquiátricos, estado civil parental o nivel socioeconómico. La gravedad de la ideación suicida estuvo significativamente asociada con intentos previos de suicidio ($p < 0,001$) y en el límite con la mala comunicación familiar ($p: 0,05$) (*Tabla 4*). La regresión logística ordinal identificó los intentos previos (OR: 4,267; $p: 0,003$) y la mala comunicación familiar (OR: 3,218; $p: 0,011$) como predictores significativos.

La ideación suicida recurrente se observó en 27 pacientes (26,7 %) mientras que 74 (73,3 %) no la presentaron. La gravedad de la ideación suicida difirió en forma significativa entre ambos grupos ($p: 0,022$). Entre los pacientes con ideación suicida, 2 (7,4 %) se clasificaron en el grupo 1 (baja gravedad), 9 (33,3 %) en el grupo 2 (gravedad moderada) y 16 (59,3 %) en el grupo 3 (alta gravedad). En contraste, entre los pacientes sin ideación suicida recurrente, 26 (35,2 %) fueron del grupo 1, 17 (22,9 %) del grupo 2 y 31 (41,9 %) del grupo 3. El consumo de tabaco o alcohol se presentó en 16 (59,3 %) de

TABLA 1. Características clínicas, demográficas y toxicológicas de los pacientes

		<i>n (%) / media ± DE / (mín.-máx.)</i>
Edad (años)		$15,5 \pm 1,3$ (12-17)
Sexo		
	Masculino	18 (17,8)
	Femenino	83 (82,2)
Ocupación		
	Estudiante	91 (90,1)
	Empleado	10 (9,9)
Tiempo desde el intento de suicidio (horas)		$3,8 \pm 4,8$ (1-33)
Prescripción de la medicación		
	Al paciente	45 (44,6)
	A otra persona	56 (55,4)
Clase de droga		
	Antinflamatorio no esteroideo	28 (19,6)
	Analgésico	26 (18,2)
	Psicotrópico	40 (39,6)
	Antibiótico, antiparasitario	19 (18,8)
	Vitaminas, minerales	8 (7,9)
	Drogas neurológicas	17 (16,8)
	Agentes cardiovasculares	2 (1,4)
	Antidiabéticos	2 (1,4)
	Antirreumáticos	1 (0,7)
Presentación clínica		
	Sintomático	57 (56,5)
	Asintomático	44 (43,5)
Evolución		
	Egreso	88 (87,1)
	Hospitalización	13 (12,9)
Enfermedad psiquiátrica preexistente		
	Sí	32 (31,6)
	No	69 (68,4)
Intento previo de suicidio		
	Sí	44 (43,6)
	No	57 (56,4)
Consumo de tabaco/alcohol		
	Sí	38 (37,6)
	No	63 (62,4)
Nivel socioeconómico		
	Bajo	36 (35,6)
	Moderado	44 (43,6)
	Alto	21 (20,8)
Número de hermanos		$2,8 \pm 1,3$ (1-7)

TABLA 2. Motivos autoreportados y factores motivacionales para el intento de suicidio

Motivaciones	Casos	
	n	%
Estrés emocional interno	31	30,7
Problemas familiares	28	27,7
Problemas con el sexo opuesto	15	14,9
Problemas con sus pares	11	10,9
Ansiedad por exámenes	10	9,9
Dificultades financieras	6	5,9
Total	101	100

TABLA 3. Características sociodemográficas y psicológicas familiares de los adolescentes con intento de suicidio

Característica	n (%)	
Estado civil de los padres	Casados	76 (75,2)
	Divorciados	25 (24,8)
Nivel de educación de la madre	Escolaridad primaria	46 (45,5)
	Escolaridad secundaria	40 (39,6)
	Universitaria	15 (14,9)
Nivel de educación del padre	Escolaridad primaria	36 (35,6)
	Escolaridad secundaria	52 (51,5)
	Universitario	13 (12,9)
Consumo de tabaco/alcohol	Sí	42 (41,6)
	No	59 (58,4)
Enfermedad psiquiátrica en la familia	Sí	31 (30,7)
	No	70 (69,3)
Intento previo de suicidio en la familia	Sí	23 (22,8)
	No	78 (77,2)
Comunicación familiar	Buena	27 (26,7)
	Mala	74 (73,3)
Estilo parental	Autoritario	36 (35,6)
	Permisivo/negligente	32 (31,7)
	Protector	17 (16,8)
	Democrático	16 (15,8)

TABLA 4. Factores de riesgo clínicos, conductuales y familiares asociados con la gravedad de la ideación suicida

	Gravedad de la ideación suicida (n/%)				p
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	
Intento previo de suicidio	4 (3,9)	11 (10,9)	29 (28,7)	44 (43,6)	<0,001
	24 (23,7)	14 (13,8)	19 (18,8)	57 (56,4)	
Enfermedad psiquiátrica preexistente	7 (6,9)	6 (5,9)	19 (18,8)	32 (31,7)	0,193
	21 (20,8)	20 (19,8)	28 (27,7)	69 (68,3)	
Consumo de tabaco/alcohol	7 (6,9)	8 (7,9)	23 (22,8)	38 (37,6)	0,158
	21 (20,8)	17 (16,8)	25 (24,7)	63 (62,4)	
Comunicación familiar	12 (11,9)	7 (6,9)	8 (7,9)	27 (26,7)	0,050
	16 (15,8)	18 (17,8)	40 (39,6)	74 (73,3)	
Enfermedad psiquiátrica en la familia	4 (3,9)	11 (11,9)	16 (15,8)	31 (30,6)	0,066
	24 (23,7)	15 (14,8)	31 (30,6)	70 (69,3)	
Estado civil de los padres	3 (2,9)	7 (6,9)	15 (14,8)	25 (24,7)	0,115
	25 (24,7)	18 (17,8)	33 (32,6)	76 (75,3)	
Nivel socioeconómico	11 (10,9)	10 (9,9)	15 (14,8)	36 (35,6)	0,636
	13 (12,8)	11 (11,9)	20 (19,8)	44 (43,6)	
	4 (3,9)	4 (3,9)	13 (12,8)	21 (20,8)	

los casos con ideación suicida recurrente versus 22 (29,7 %) de los casos sin ideación (p: 0,007). La ideación suicida recurrente se observó en 19 (43,2 %) de los 44 pacientes con antecedentes de intentos previos de suicidio, comparado con 8 de los 57 pacientes (14 %) de los que no tenían ese antecedente (OR: 3,093; p: 0,025).

Durante el seguimiento, 60 pacientes (59, %) concurrieron a las consultas ambulatorias; 20 tuvieron un diagnóstico psiquiátrico: 8 (40 %) trastorno depresivo mayor, 4 (20 %) trastorno bipolar, 4 (20 %) ansiedad, 2 (10 %) psicosis y 2 (10 %) trastorno de déficit de atención/ hiperactividad.

DISCUSIÓN

De acuerdo con datos de la OMS, el suicidio representó el 1,3 % de la mortalidad global en 2019.¹ En Turquía, el Instituto Turco de Estadística (TUIK) informó que las muertes por suicidio subieron de 1802 en 2000 a 4146 en 2022 con un índice crudo de suicidios del 2,8 al 4,88 por 100 000 habitantes.¹⁶ Aunque es preocupante, los intentos de suicidio son 10-20 veces más frecuentes que los suicidios consumados.¹⁷

Mientras que la OMS informó un 36 % de descenso global de los índices de suicidio por edad desde 2000 a 2019, los índices en Estados Unidos aumentaron un 17 %. En 2019 el suicidio fue la segunda causa principal de muerte entre los 15-24 años.^{1,5} En Australia representa el 31,8 % de las muertes entre los 15-17 años, el 33,1 % entre los 18 y 24 años y el 2 % en niños de menos de 14 años. Los índices de suicidio son bajos en niños de menos de 12 años, pero tienden a aumentar hasta los 15 años y se estabilizan después de los 17.^{1,17,18} En Turquía, los datos de 2022 del TUIK muestran un 2 % de muertes por suicidio por debajo de los 15 años y un 9,9 % entre los 15-19 años.¹⁹ Esta tendencia se alinea con nuestro estudio donde la edad media fue de 15,5 ± 1,3 años.

En este grupo de edad, pueden contribuir a la conducta suicida el aumento de las psicopatologías en los adolescentes, el estrés académico, la incertidumbre de las carreras, las obligaciones militares en los hombres, la escasa experiencia de vida, el mal manejo de las crisis y los temas relacionados con los pares. Las diferencias de género en la conducta suicida, emergen típicamente durante la adolescencia. Mientras que los hombres tienen índices más altos de suicidio consumado, las mujeres tienen

intentos con mayor frecuencia.^{17,20,21} En línea con investigaciones previas, el 82 % de nuestros casos fueron mujeres. Esta disparidad puede relacionarse con la relucencia de los varones a expresar su estrés emocional, la preferencia por métodos más letales y las influencias sobre los roles tradicionales de los géneros. En Turquía, los métodos más comunes entre los que murieron por suicidio a los 15-19 años, fueron el ahorcamiento (30,2 %), las armas de fuego (25,6 %), el salto desde la altura (2,2 %) y la ingestión de químicos o drogas (15,9 %).¹⁹ Los intentos no fatales incluyen con mayor frecuencia la intoxicación con drogas con medicamentos accesibles en el hogar, en particular antinflamatorios no esteroideos, paracetamol y antidepresivos.^{22,23} En nuestro estudio los intentos de suicidio incluyen la ingestión de drogas, las más frecuentes, la medicación psicotrópica y los antinflamatorios no esteroideos. Notablemente, el 44,6 % de los pacientes usaron su propia medicación. La facilidad de acceso a las drogas que deberían ser supervisadas por los padres es preocupante. Estudios previos han relacionado la baja educación parental con los casos de intoxicación.²⁴ En nuestra muestra, el 45,5 % de las madres y el 35,6 % de los padres completaron solamente la educación primaria. Esta alta proporción resalta la importancia crítica de la educación parental en la prevención de dichos incidentes.

En nuestro estudio, el 35,6 % de las familias tenían ingresos iguales o debajo del salario mínimo, aunque solo el 5,9 % de los pacientes relacionaron su autoagresión con dificultades financieras. No se encontró relación significativa entre el nivel de ingresos y la gravedad de la ideación suicida. De acuerdo con los informes de la OMS, aunque los índices de suicidio entre los jóvenes varían a través de los países, aproximadamente el 80 % de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos o medios, en parte porque la mayoría de la población mundial vive en estas regiones.¹ Aunque la dificultad económica es un factor de riesgo en los países en desarrollo, los altos índices de suicidio en sociedades prósperas y diferentes resultados en investigaciones sugieren que la relación entre ingresos y suicidios es compleja y está modelada por una dinámica social más amplia.

Los factores de riesgo familiares conocidos son el divorcio de los padres, las enfermedades psiquiátricas y la mala relación padres-hijos.^{25,26} En Turquía, el índice de divorcio es del

2,19/1000.²⁷ En nuestro estudio, el 24,8 % de los casos tenían padres divorciados, por encima del promedio nacional, y el índice de divorcios fue significativamente más alto en el grupo 3 donde la gravedad de la ideación suicida fue mayor. Los trastornos psiquiátricos dentro de la familia pueden deteriorar la cohesión emocional; la salud mental materna es la que más afecta el desarrollo psicosocial del niño.²⁶ En nuestro estudio, el 22,8 % tenía antecedentes de suicidio en la familia y las enfermedades psiquiátricas estaban presente en 31 familias (30,7 %) con el 58 % de las madres afectadas.

Las estructuras familiares autoritarias o negligentes son factores de riesgo reconocidos que contribuyen a vínculos inseguros.²⁸ En este estudio, los estilos autoritario y permisivo/negligente fueron los más prevalentes. Los problemas familiares fueron la razón referida con más frecuencia para la conducta suicida (27,7 %) y la mala comunicación familiar se identificó en el 73,3 % de los casos. En las familias con estilo parental autoritario, la mala comunicación y la mayor gravedad de la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en comparación con otros estilos parentales. Además, el análisis de regresión logística mostró que la mala comunicación familiar fue un predictor significativo de la gravedad de la ideación suicida (OR: 3,218). Estos hallazgos claramente resaltan la contribución de la problemática parental y la comunicación familiar disfuncional en el desarrollo de conductas suicidas.

Investigaciones previas mostraron que los trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad y la desregulación emocional, como también los antecedentes de intentos previos de suicidio, se asocian con frecuencia a la ideación suicida. Se encontró el antecedente de intento de suicidio en el 25-33 % de los individuos involucrados en conductas suicidas, y su presencia es un predictor fuerte de riesgo futuro.^{26,28,29} En nuestro estudio, el 31,6 % de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico preexistente, el más frecuente la depresión, y el 43,6 % tenía al menos un antecedente de intento previo de suicidio. Los pacientes con una historia de intentos de suicidio eran significativamente más propensos a tener ideación suicida recurrente en comparación con aquellos sin esos antecedentes. Además, en forma similar a la mala comunicación familiar, el antecedente de intento previo de suicidio se identificó como un predictor significativo de la gravedad de la ideación suicida

(OR: 4,267). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que indican que los individuos con antecedentes de intentos de suicidio tienen un riesgo sustancialmente más alto y muestran una mayor gravedad en los pensamientos suicidas posteriores.

Entre los niños, las relaciones dificultosas con los pares se asocian con conductas problemáticas más tarde en la vida, como la agresión, el consumo de sustancias y la delincuencia. También las dificultades en la interacción con los pares y círculos sociales cercanos se han relacionado con conductas suicidas.³⁰ Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos una relación significativa entre la gravedad de la ideación suicida y los estilos de vínculos con los pares. Futuros estudios pueden considerar el uso de instrumentos alternativos enfocados en las relaciones para medir mejor los aspectos cualitativos de las interacciones entre pares en los adolescentes.

El consumo de sustancias dentro de la familia impacta en forma negativa en la comunicación y, a través del modelado de las conductas, puede llevar a incrementar el consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes. Los intentos repetidos de suicidio se reportaron con mayor frecuencia entre individuos que consumen sustancias.^{2,31} En nuestro estudio, el consumo de tabaco y/o alcohol se identificó en el 37,6 % de los casos y en el 58,4 % de los padres. En pacientes con ideación suicida muy grave, el consumo de tabaco/alcohol se encontró en el 47,5 %. Tanto la ideación suicida recurrente como el intento previo de suicidio se asociaron con el consumo de tabaco/alcohol. En forma adicional, el análisis de regresión logística mostró que el consumo de tabaco/alcohol fue un predictor significativo de ideación suicida recurrente (OR: 3,093). Estos resultados confirmaron que, el consumo de una sustancia que puede aumentar la agresión alterando el proceso cognitivo y el juicio, es un factor importante de riesgo, especialmente en adolescentes con trastornos psiquiátricos subyacentes.

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer término, los hallazgos no pueden generalizarse a todos los segmentos socioculturales de la población. Segundo, el diseño transversal no permite un seguimiento a largo plazo del paciente.

CONCLUSIONES

La mala comunicación familiar, el estilo parental autoritario, los trastornos psiquiátricos

y el consumo de sustancias están fuertemente asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Además, los intentos previos de suicidio y la mala comunicación familiar surgen como factores de riesgo clave que aumentan su gravedad. Por eso, las intervenciones psiquiátricas precoces dirigidas a las dinámicas familiares disfuncionales y al consumo de sustancias se deberían considerar como componentes esenciales de las estrategias multidimensionales para prevenir las conductas suicidas en los jóvenes de riesgo. ■

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Suicide Worldwide In 2019: Global Health Estimates. WHO; 2021. [Consulta: 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240026643>
2. Pengpid S, Peltzer K. Factors associated with single and multiple suicide attempts in adolescents attending school in Argentina: national cross-sectional survey in 2018. *BJPsych Open*. 2022;8(4):e128. doi: 10.1192/bjo.2022.524.
3. Prades-Caballero V, Navarro-Pérez JJ, Carbonell Á. Factors Associated with Suicidal Behavior in Adolescents: An Umbrella Review Using the Socio-Ecological Model. *Community Ment Health J*. 2025;61(4):612-28. doi: 10.1007/s10597-024-01368-2.
4. Moradi A, Mosafarkhani E, Nikbakht F, Amiri Z, Vafaei Najar A. Assessing the Risk Factors of Violent and Non-violent Suicide Attempt Methods: A Population-based Cross-sectional Study. *Iran J Med Sci*. 2024;49(12):761-8. doi: 10.30476/ijms.2024.100382.3262.
5. Curtin SC, Heron M. Death Rates Due to Suicide and Homicide Among Persons Aged 10-24: United States, 2000-2017. *NCHS Data Brief*. 2019;(352):1-8.
6. Yıldırım E, Öztürk M. 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. *DEU Tıp Derg*. 2021;35:23-32. doi: 10.5505/deutfd.2021.52385.
7. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*. 1983;9(2):171-80. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x.
8. Baiocco R, Pallini S, Santamaria F. The development and validation of an Italian short form of the Adolescent Friendship Attachment Scale. *Meas Eval Couns Dev*. 2014;47(4):247-55. doi: 10.1177/0748175614538060.
9. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM (Eds). *Handbook of Child Psychology*: Vol 4. New York: Wiley; 1983:1-101.
10. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Dev*. 1991;62(5):1049-65. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x.
11. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52. doi: 10.1037/0022-006x.47.2.343.
12. Öngel Atar A, Yalçın Ö, Uygun E, Çiftçi Demirci A, Erdoğan A. The Assessment of Family Functions, Dyadic Adjustment, and Parental Attitude in Adolescents with Substance Use Disorder. *Noro Psikiyatr Ars*. 2016;53(1):38-44. doi:10.5152/npa.2015.8750.
13. Ercan H. Ergenler için Arkadaşa Bağlanma Ölçeğinin psikometrik özellikleri ve uyarlama çalışması. *J Acad Soc Sci Stud*. 2016;(45):187-200. doi:10.9761/JASSS3054.
14. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçǖünün güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000;7(3):160-72.
15. Özçelik HS, Ozdel K, Dogan Bulut S, Orsel S. The reliability and validity of the Turkish version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). *Bull Clin Psychopharmacol*. 2015;25(2):141-50. doi: 10.5455/bcp.20141214105009.
16. TÜİK Veri Portalı. Nüfus ve demografi. [Consulta: 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dit=2>
17. Suicide Prevention Resource Center. Suicidal Thoughts and Suicide Attempts. [Consulta: 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://sprc.org/about-suicide/scope-of-the-problem/suicidal-thoughts-and-suicide-attempts/>
18. Australian Institute of Health and Welfare. Suicide and self-harm among young people – Suicide & self-harm monitoring. [Consulta: 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/suicide-self-harm-monitoring/population-groups/young-people>
19. TÜİK Kurumsal. Ölüm ve ölüm nedenleri. [Consulta: 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
20. Barrigon ML, Cegla-Schvartzman F. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;46:89-115. doi:10.1007/7854_2020_165.
21. Öztürk M, Köylü R, Köylü Ö, Öztürk ENY. İntihar Girişimi Nedeniyle Takip Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Laboratuvar Bulguları ve Tıbbi Durumları ile Depresyon Skorunun Değerlendirilmesi. *Med Rec*. 2020;2(3):70-5. doi: 10.37990/medr.774851.
22. Devrimci-Ozguen H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):324-29. doi: 10.1177/070674370304800508.
23. Dağ ÖÖ, Yeşil Y, Özdemir AA. Acute poisoning in the pediatric emergency department: A 5-year analysis. *Cerrahpaşa Med J*. 2024;48(3):201-6. doi: 10.5152/cjm.2024.23106.
24. Kazanasmaz H, Kazanasmaz Ö, Çalık M. Epidemiological and sociocultural assessment of childhood poisonings. *Turk J Emerg Med*. 2019;19(4):127-31. doi: 10.1016/j.tjem.2019.06.001.
25. Lindström M, Rosvall M. Parental separation in childhood, social capital, and suicide thoughts and suicide attempts: A population-based study. *Psychiatry Res*. 2015;229(1-2):206-13. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.034.
26. Bratu EA, Moroianu LA, Isailă OM, Pleșea-Condratovic C, Avram OE, Drima E. Parental Mental Health and Suicidal Behavior as Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2025;14(19):6860. doi: 10.3390/jcm14196860.
27. TÜİK Kurumsal. Evinme ve Boşanma İstatistikleri. [Consulta: 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evinme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2024-54194>
28. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, Vila-Grifoll M, Palao-Vidal D. Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9892. doi: 10.3390/ijerph19169892.
29. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:540. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00540.
30. Calear AL, Batterham PJ, Werner-Seidler A, Maston K, Torok M, O'Dea B, et al. Multilevel risk and protective factors for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. Published online August 4, 2025. doi:10.1111/jcpp.70024.

31. Wang PW, Yen CF. Adolescent substance use behavior and suicidal behavior for boys and girls: a cross-sectional

study by latent analysis approach. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):392. doi: 10.1186/s12888-017-1546-1.