

RELACIÓN ENTRE CONDUCTA SUICIDA Y SÍNTOMAS INTERIORIZADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Victoria Soto-Sanz¹, José A. Piqueras¹, Mariola García-Olcina¹, María Rivera-Riquelme¹, Jesús Rodríguez-Marín¹ y Jordi Alonso^{2,3,4}

¹Universidad Miguel Hernández; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mediques; ³CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ⁴Universidad Pompeu Fabra (España)

Resumen

El suicidio en niños y adolescentes es un grave problema de salud. La presencia de sintomatología interiorizada está asociada con conducta suicida. El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre esta sintomatología y las conductas de suicidio en esa población. 1499 participantes (8-18 años) completaron un protocolo *online*. Se aplicaron análisis de regresión y análisis de procesos de mediación (modelo 4). El 11,90% de niños y el 21,30% de los adolescentes presentaron conductas de suicidio. Los mayores valores de *odd ratio* se encontraron con las variables de depresión mayor (DM) (OR= 3,56; IC 95%= 2,53-4,10) y trastorno de pánico/agorafobia (TPA) (OR= 3,09; IC 95%= 2,05-4,66). El modelo 4 con DM mediando entre TPA y la conducta suicida, explicó un 17% de la varianza de la conducta suicida en adolescentes. Según los datos, los adolescentes con sintomatología interiorizada (en concreto síntomas de TPA y DM) tienen mayor riesgo de conducta suicida. Por tanto, es necesario impulsar programas para detectar de forma temprana la sintomatología emocional ansiosa y depresiva para prevenir el suicidio.

PALABRAS CLAVE: *conducta suicida, problemas interiorizados, pánico, depresión, niños, adolescentes.*

Abstract

Suicide in children and adolescents is a serious health problem. The presence of internalizing symptomatology is associated with suicidal ideation and behavior. Our aim was to investigate this association. A total of 1499 participants completed an online questionnaire. Regression analysis was used to investigate the association between internalizing symptomatology and suicidal behavior and conditional process analysis (model 4). The prevalence of suicidal behavior in Spanish children and adolescents was 11.9% and 21.3%, respectively. In multivariate analysis, the highest *odd ratio* values were found for major depression (MD) (OR= 3.56, 95% CI= 2.53-4.10) and panic disorder/Agoraphobia (PDA) (OR= 3.09, 95% CI= 2.05-4.66). The regression model with DM showed that PDA symptoms had a significant indirect effect, through depression symptoms, on suicide behaviors, accounting for 17% of the total variance explained in adolescents. Therefore, it is necessary to implement early identification and intervention programs to address anxious and depressive symptomatology and prevent suicide in adolescents.

KEY WORDS: *suicidal behavior, internalizing problems, panic, depression, children, adolescents.*

Introducción

El suicidio es un serio problema de salud pública y la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años (*World Health Organization*, 2016). En Estados Unidos, la tasa de mortalidad por suicidio es la segunda causa entre edades de 10 a 19 años de edad, debido a un aumento del 56% entre 2007 y 2016 (Curtin, Heron, Miniño y Warner, 2018). En España, según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2017, la tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes fue de 0,19 en los menores de 15 años y de 2,23 para el grupo de entre los 15 y los 19 años. Específicamente, en niños de 9 a 12 años, en el estudio de Voltas *et al.* (2019), en la prevalencia de ideación suicida en niños (9 a 12 años) fue del 15 al 18% durante las tres fases del estudio, donde el porcentaje en la primera fase se corresponde con prevalencia vida. En cuanto a los adolescentes, en Auerbach *et al.* (2018) los datos de 14348 estudiantes de primer año de universidad del estudio Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, Encuestas mundiales internacionales sobre salud mental en los estudiantes universitarios (*World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative*), reflejaron un 27,9% en conducta suicida durante los últimos 12 meses.

En este grupo etario, numerosos estudios incluyen diversos factores de riesgo, como; la presencia previa de conductas suicidas (pensamientos o intentos) (Castellví, Lucas-Romero, *et al.*, 2017; Nock *et al.*, 2008; Tabares *et al.*, 2019), la exposición a eventos traumáticos estresantes (abuso o victimización, antecedentes previos de trastornos emocionales, de conducta, de abuso de sustancias) (Castellví, Miranda-Mendizábal, *et al.*, 2017; Evans, Hawton y Rodham, 2004; Gili *et al.*, 2019; Mars *et al.*, 2014; Nrugham, Larsson y Sund, 2008; Roberts, Roberts y Xing, 2010). En concreto, un metanálisis reciente (Soto-Sanz *et al.*, 2019) concluye que la sintomatología interiorizada (síntomas ansiosos y depresivos) es la que se relaciona más estrechamente con los intentos de suicidio en la población de entre los 12 y los 26 años. Además, es durante la adolescencia cuando más aumentan las tasas de depresión y ansiedad, correspondiéndose con un 12,6% de prevalencia vida en depresión y un 32,4% en los trastornos de ansiedad (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen, 2012). Con relación a los síntomas de depresión, en población adolescente, son las chicas las que presentan síntomas de depresión significativamente mayores que los chicos (Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015). En población infantil, estos síntomas también se han revelado como predictores del riesgo suicida, siendo los depresivos más relacionados con el suicido en niños y los de ansiedad en niñas (Voltas, Hernández-Martínez, Arijia y Canals, 2019).

Sin embargo, aunque haya evidencias sobre la relación entre depresión y riesgo de suicidio, un estudio reciente señala que los síntomas depresivos no predicen directamente el suicidio en individuos no clínicos (Campos *et al.*, 2016; Lamis, Ballard, May y Dvorak, 2016). Por ello, puesto que la sintomatología interiorizada parece estar asociada con el riesgo de suicidio, es de interés estudiar el papel que pueden tener los diferentes síntomas de interiorizados con relación al riesgo de suicidio. Sin embargo, debido a la dificultad que supone en ocasiones la

recogida de información sobre conducta suicida en niños y adolescentes (Gould *et al.*, 2005; Shaffer *et al.*, 2004), son pocos los estudios que relacionan esta variable con sintomatología interiorizada. En consecuencia, el objetivo de este estudio es aportar datos sobre la influencia de los síntomas interiorizados en la presencia de conductas suicidas (ideación o intento) en niños y adolescentes.

Por tanto, la detección temprana de la conducta suicida y de síntomas interiorizados, puede favorecer la detección e identificación temprana de un futuro riesgo de suicidio en adolescentes. Finalmente, debido a la dificultad de la recogida de información sobre conducta suicida en niños y adolescentes (Gould *et al.*, 2005; Shaffer *et al.*, 2004) son pocos los estudios que relacionan esta variable con sintomatología interiorizada. En consecuencia, el objetivo de este estudio es investigar la relación de la presencia de conductas suicidas (ideación o intento) con la presencia de sintomatología interiorizada a través de la evaluación *online*.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 1523 niños y adolescentes que fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio de la provincia de Alicante (centro, norte, sur, este y oeste) mediante la participación de ocho centros de enseñanza primaria, secundaria y bachiller (cuatro públicos y cuatro privados). Del total de participantes evaluados, 13 de ellos no cumplimentaron el protocolo ya que no asistieron a clase el día de la evaluación y 11 de ellos eran mayores de 18 años ($n= 24$), por lo que fueron eliminados. Finalmente participaron 1499 niños y adolescentes (el 49,7% chicas) entre 8 y 18 años ($M= 12,70$, $DT= 2,78$).

Instrumentos

- a) "Escala de riqueza familiar" (*Family Affluence Scale*, FAS; Currie *et al.*, 1997). Con la FAS se recogió información sobre la edad, sexo, nacionalidad y estatus socioeconómico (SES), donde se evalúa el poder adquisitivo de la familia a través de cuatro ítems.
- b) "Escala detectaweb-malestar" (García-Olcina, Piqueras y Martínez-González, 2014). Es una escala de cribado para la detección de trastornos emocionales vía *online*. Consiste en 30 ítems que evalúan depresión mayor (DM), distimia (D), trastorno de pánico/agorafobia (TPA), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno ansiedad por separación (TAS), fobia social (FS), fobia específica (FE) y conducta suicida (ideación, planes e intentos a lo largo de la vida) a través de los ítems "¿Alguna vez has pensado en quitarte la vida?", "¿Alguna vez has pensado en alguna forma para intentar quitarte la vida?" y "¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?" con una escala de respuesta Likert de cuatro puntos (0= nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= siempre). Estudios previos apoyan su fiabilidad ($\alpha= 0,87$) y validez ($r= 0,81$) (García-

- Olcina *et al.*, 2014; Piqueras, Garcia-Olcina, *et al.*, 2017). Para este estudio se utilizó la puntuación obtenida en conducta suicida, formada por tres ítems que cuestionan si se ha presentado ideación, planes y/o intentos de suicidio (rango de puntuación entre 0 y 9).
- c) “Escala revisada de ansiedad y depresión infantil” (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*, RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000), versión española breve de 30 ítems (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010). La RCADS-30 proporciona la evaluación específica de seis tipos de síntomas de ansiedad y depresión (TPA, FS, TAS, TAG, TOC y DM) y una puntuación global para niños y adolescentes (Piqueras, Martín-Vivar, Sandin, San Luis y Pineda, 2017). La escala de respuesta está entre 0 y 3 (nunca, a veces, a menudo y siempre, respectivamente). Ha mostrado excelentes propiedades psicométricas, equivalentes a la versión completa, con poblaciones españolas ($\alpha = 0,87$), incluso en su uso con adolescentes a través de redes sociales (de la Torre-Luque, Balle, Fiol-Veny, Bornas y Sese, 2019). En este estudio se utilizó la puntuación obtenida en TPA, FS, TAS, TAG y DM, que son los síntomas correspondientes a algunos de los trastornos de ansiedad y depresión según el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013).

Procedimiento

Este estudio forma parte del Proyecto DetectaWeb, un programa de detección temprana de la salud mental vía *online*. Se trata de un estudio transversal, observacional y multicéntrico en niños y adolescentes de centros de educación primaria y secundaria de España. El Proyecto DetectaWeb cuenta con la aprobación del Comité de ética de proyectos de investigación (Órgano Evaluador de Proyectos, OEP) del Vicerrectorado de investigación y desarrollo tecnológico de la Universidad Miguel Hernández (números de referencia de DPS-JPR-001-10 y DPS. JPR.02.14) (para más detalle véase Piqueras, Garcia-Olcina, *et al.*, 2017).

Análisis de los datos

El tratamiento estadístico de los datos recogidos se realizó mediante el software SPSS v. 24 para Apple (IBM, 2016). La normalidad de la muestra se evaluó a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las desviaciones a la normalidad para la asimetría (*skeweness*) por la concentración de datos en la media (kurtosis) y el análisis de valores atípicos (*outliers*) mediante la representación gráfica de los resultados (diagramas de cajas).

El análisis de la consistencia interna se realizó de acuerdo con los valores de referencia de George y Mallery (2003) en los cuales el alfa de Cronbach se considera cuestionable entre 0,61 y 0,70, entre 0,71 y 0,80 aceptable, entre 0,81 y 0,90 buenos y, superiores a 0,90 se consideran excelentes.

En primer lugar, se realizaron análisis de la frecuencia de puntuación distinta a 0 en la escala de conductas suicidas, según sexo y edad considerando adolescentes a los mayores o iguales a 12 años (*American Academy of Pediatrics*, 2015). En segundo lugar, se llevaron a cabo análisis de la frecuencia de cada grupo

Con relación al padecimiento de sintomatología y haber obtenido puntuación distinta a 0 en la escala de conductas suicidas. Para ello, todas las puntuaciones obtenidas en la escala RCADS se dicotomizaron. De manera que, los adolescentes y niños se dividieron dependiendo de si la puntuación obtenida era menor a 1,5 desviaciones típicas de la media (sin sintomatología emocional) o por encima (con sintomatología emocional). En tercer lugar, se llevaron a cabo los cálculos de *odd ratio* (OR) univariada de la sintomatología, sexo y edad con relación a la escala de conductas suicidas y análisis multivariados para controlar el efecto de la edad y el sexo con relación a la sintomatología emocional.

Finalmente, se utilizó la herramienta de computación PROCESS de SPSS (Hayes, 2013) para llevar a cabo el análisis de procesos de mediación (modelo 4). De manera que, utilizando la puntuación continua de las variables, se estimaron los coeficientes de regresión mediante el análisis de remuestreo (*bootstrapping*) (5000 *resamples*) que origina un sesgo corregido del 95% e intervalos de confianza del efecto directo e indirecto, donde se consideran significativos si cero no está presente entre el intervalo de confianza (IC) inferior y superior. Se consideró significativo cuando el valor era menor a 0,05.

Resultados

En cuanto a la distribución normal de la muestra en las variables estudiadas, no se encontraron datos que indicaran la violación de los supuestos de la normalidad. Aunque se detectaron casos atípicos, se optó por no retirarlos de la muestra por razones de validez ecológica.

En cuanto a la distribución según edad, como se aprecia en la tabla 1, fueron en mayor medida los adolescentes los que contestaron diferente a 0 en la escala de conductas de suicidio. De modo que, de los 1499 niños y adolescentes que participaron en el estudio, el 11,9% de los niños informó sobre algún pensamiento y o intento de suicidio prevalencia vida y el 21,3% en el caso de los adolescentes. En cuanto a la frecuencia de respuestas de chicos y chicas es similar en la mayoría de los ítems.

Tabla 1

Frecuencia de las respuestas a las preguntas sobre el pensamiento, la planificación y los intentos de suicidio, por sexo y edad (N= 1499)

Presencia de conductas suicidas	n (%)	Sexo		Grupo de edad	
		Chicos n (%)	Chicas n (%)	Niños n (%)	Adolescentes n (%)
Nunca (puntuación 0)	1231 (82,1)	620 (82,2)	611 (82,0)	480 (88,1)	751 (78,7)
Conductas suicidas (puntuación 1-9)	268 (17,9)	134 (17,8)	134 (18,0)	65 (11,9)	203 (21,3)
Total	1499 (100,0)	754 (50,3)	745 (49,7)	545 (36,4)	954 (63,6)

Tal y como se puede observar en la tabla 2, la mayoría de la muestra fue de procedencia española (93,6%) y adolescentes (63,6%) con nivel socioeconómico medio (45,1%). Además, la diferencia entre variables sociodemográficas con relación a los porcentajes de conducta suicida, únicamente fue significativa en los niños ($p=0,05$).

En cuanto a la sintomatología interiorizada, es en FS y TAG donde más niños y adolescentes obtuvieron una calificación por encima del punto de corte. En su mayoría, los niños y adolescentes que superaban el punto de corte en alguna de las escalas de RCADS, también presentaron puntuación diferente de 0 en la escala de suicidio, siendo la diferencia de puntuación entre ambos grupos (conductas suicidas) significativa.

Tabla 2

Diferencias en demografía y sintomatología entre niños y adolescentes con y sin conducta suicida

Variables	Conductas suicidas (niños) ^a			Conductas suicidas (adolescentes) ^a		
	n (%)			n (%)		
Categorías	Todos	Si	p	Todos	Si	p
Total	545 (36,4)	65 (11,9)	-	954 (63,6)	203 (21,3)	-
Sexo: Hombre	283 (51,9)	257 (90,8)	<0,05	462 (48,4)	354 (76,6)	ns
Nacionalidad: Otra	20 (3,7)	17 (85,0)	ns	76 (8,0)	61 (80,3)	ns
SES: bajo	79 (14,5)	11 (13,9)	ns	106 (14,3)	30 (22,1)	ns
FS	254 (46,6)	211 (83,1)	<0,001	413 (43,3)	296 (71,7)	<0,0001
DM	113 (20,7)	78 (69,0)	<0,0001	201 (21,2)	107 (53,2)	<0,0001
TP	88 (16,1)	59 (67,0)	<0,0001	99 (10,4)	44 (44,4)	<0,0001
TAS	49 (9,0)	38 (77,6)	<0,03	19 (2,0)	10 (52,6)	<0,01
TAG	345 (63,3)	294 (85,2)	<0,01	501 (52,5)	373 (74,5)	<0,0001
RCADS total	191 (35,0)	150 (78,5)	<0,0001	227 (23,8)	137 (60,4)	<0,0001

Nota: ^a n y % de personas que superan el punto de corte en esa variable y tienen puntuación distinta a 0 en la escala de suicidio; ns= no significativo; SES= nivel socioeconómico; FS= fobia social; DM= depresión mayor; TPA= trastorno de pánico; TAS= trastorno de ansiedad por separación; TAG= trastorno de ansiedad generalizada; RCADS= Escala revisada de ansiedad y depresión infantil (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*).

Por un lado, en la regresión univariada, todas las variables, excepto sexo en adolescentes, fueron significativas y con una relación positiva con las conductas suicidas. En el análisis realizado con las puntuaciones obtenidas a partir de la muestra completa, los mayores valores de odds ratio se obtuvieron en DM (OR= 5,25; IC 95%= 3,94-6,98), TPA (OR= 5,00; IC 95%= 3,60-6,93) y la puntuación total en RCADS (OR= 3,14; IC 95%= 2,39-4,13). Del mismo modo, los mayores valores de OR univariadas en niños y adolescentes, también se dan en las mismas variables, con valores muy similares, tal y como se muestra en la tabla 2. Con relación a la significación, el valor de p para la variable sexo y TAS fue mayor a 0,01, para el resto de variables fue menor.

Por otro lado, tras el análisis multivariado, utilizando las puntuaciones de toda la muestra, de manera similar al análisis univariado, el valor mayor de OR se dio en las variables DM (OR= 3,56; IC 95%= 2,53-4,10) y TPA (OR= 3,09; IC 95%= 2,05-4,66). Sin embargo, en este caso, también fue alto el valor de OR con relación a ser adolescente (OR= 2,45; IC 95%= 1,75-3,42). En este caso, incluyendo la edad, hubo relación estadísticamente significativa entre ser adolescente, DM, TPA y conductas suicidas.

Analizando los grupos de edad por separado, tanto en niños como en adolescentes, DM y TPA mostraron una relación significativa con las conductas suicidas, con valores en OR similares a los obtenidos en el análisis con la muestra completa. En el caso de los niños, se mantuvo la relación significativa con el sexo (ser chico) (tabla 3).

Tabla 3

Odd ratios univariadas y multivariadas de sintomatología interiorizada y presencia de conductas suicidas

Variable	Conducta suicida: todos		Conducta suicida: niños		Conducta suicida: adolescentes	
	OR univariada (IC 95%)	OR multivariada (IC 95%)	OR univariada (IC 95%)	OR multivariada (IC 95%)	OR univariada (IC 95%)	OR multivariada (IC 95%)
Edad (adolescente)	1,99*** (1,47-2,70)	2,45*** (1,75-3,42)	-	-	-	-
Sexo (chico)	0,99 (0,76-1,28)	1,17 (0,87-1,57)	1,73 (1,2-2,9)*	1,97* (1,11-3,5)	0,78 (0,57-1,10)	0,97 (0,69-1,36)
FS	2,12*** (1,62-2,77)	1,08 (0,77-1,50)	2,49 (1,45-4,29)**	0,99 (0,50-1,96)	2,09*** (1,53-2,86)	1,10 (0,75-1,61)
DM	5,25*** (3,94-6,98)	3,56*** (2,53-4,10)	6,01*** (3,50-10,37)	3,86*** (1,10-7,46)	5,19*** (3,68-7,32)	3,51*** (2,36-5,22)
TPA	5,00*** (3,60-6,93)	3,09*** (2,05-4,66)	5,75*** (3,28-10,61)	2,95** (1,45-6,03)	5,97*** (3,87-9,22)	3,01*** (1,81-5,00)
TAS	1,99* (1,56-3,41)	0,86 (0,45-1,66)	2,37* (1,14-4,01)	0,82 (0,34-2,00)	3,44** (1,38-8,58)	0,98 (0,34-2,77)
TAG	1,70*** (1,29-2,24)	1,20 (0,87-1,67)	2,30** (1,24-4,28)	1,61 (0,80-3,25)	1,73** (1,26-2,39)	1,10 (0,76-1,59)
RCADS total	3,14*** (2,39-4,13)	-	3,76*** (2,19-6,45)	-	3,57*** (2,56-4,98)	-

Notas: OR= *odd ratio*; FS= fobia social; DM= depresión mayor; TPA= trastorno de pánico; TAS= trastorno de ansiedad por separación; TAG= trastorno de ansiedad generalizada; RCADS= Escala revisada de ansiedad y depresión infantil (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Por consiguiente, previo a la realización del modelo de regresión con PROCESS, el análisis preliminar de la regresión lineal mostró que DM y TPA estaban relacionados individualmente con las conductas suicidas y que, al incluirlas simultáneamente en el mismo modelo (controlando la edad) representaron el 14% de la varianza en conductas suicidas. Por tanto, para explorar más a fondo esta

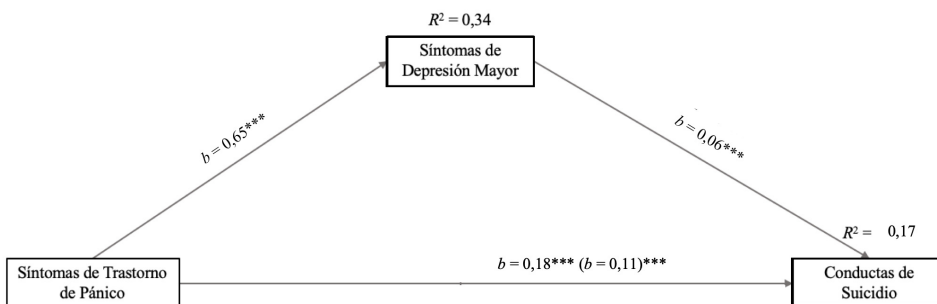
relación, construimos un modelo de mediación para probar la relación entre estas variables con la hipótesis de que el padecer síntomas TPA sea una variable importante en la relación entre la depresión y el riesgo de suicidio donde la edad (niños y adolescentes) se incluyó como covariable. En ese modelo, el análisis de mediación mostró que los niños y adolescentes con más síntomas de trastorno de pánico, tenían un mayor riesgo de problemas de suicidio (con un 14% de varianza explicada en Conductas de Suicidio). Además, el efecto indirecto de la mediación de los síntomas de depresión mayor en esta relación fue significativo ($b= 0,04$; $SE= 0,015$). Además, padecer síntomas de TPA se asoció de manera estadísticamente significativa con mayor riesgo de padecer síntomas de DM ($b= 0,63$; $SE= 0,02$; $p< 0,001$). Sin embargo, puesto que la edad mostró una relación significativa con los síntomas de DM y las conductas de suicidio, se decidió realizar dos modelos estratificados por edad.

Por un lado, en el modelo realizado con niños, el porcentaje de varianza explicada en Conductas de Suicidio fue del 12%. Sin embargo, aunque padecer síntomas de TPA se asoció de manera estadísticamente significativa con mayor riesgo de padecer síntomas de DM ($b= 0,60$; $SE= 0,03$; $p< 0,001$) y el efecto total fue estadísticamente significativo ($b= 0,16$; $SE= 0,2$; $p< 0,001$), el efecto indirecto de la mediación no fue significativo.

Por otro lado, y como se aprecia en la figura 1, el análisis de mediación mostró que los adolescentes con más síntomas de trastorno de pánico tenían un mayor riesgo de problemas de suicidio (con un 16% de varianza explicada en conductas de suicidio). Además, el efecto indirecto de la mediación de los síntomas de depresión mayor en esta relación fue significativo ($b= 0,07$, $SE= 0,13$).

Figura 1

Modelo de mediación simple de la relación entre los síntomas de trastorno de pánico y las conductas suicidas y los síntomas de depresión mayor mediando dicha relación después de controlar por edad (niños y adolescentes)



Notas: Diagrama estadístico del modelo de mediación simple para la influencia esperada de los síntomas de trastorno de pánico y su asociación con las conductas suicidas entre los síntomas de trastorno de depresión mayor en adolescentes. Los valores se representan con coeficientes de regresión no estandarizados. En la asociación entre síntomas de trastorno de pánico y conductas suicidas, el valor fuera de paréntesis representa el efecto total y el valor entre paréntesis representa el efecto directo del análisis de remuestreo (*bootstrapping*) de síntomas de trastorno de pánico sobre conductas suicidas después de la inclusión de síntomas de depresión mayor como variable mediadora. *** $p< 0,001$; * $p< 0,05$.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue estudiar la frecuencia de niños y adolescentes que presentan algún comportamiento relacionado con el suicidio y examinar cómo los síntomas interiorizados correlacionan con esta variable. Además, se analizó la relación entre tener síntomas de DM y de TPA. De acuerdo con los resultados, ambas mostraron una relación estadísticamente significativa con la conducta suicida en el análisis multivariado.

Por un lado, el porcentaje de niños y adolescentes que informó haber tenido algún pensamiento y/o intento de suicidio fue similar a la indicada en estudios anteriores (Auerbach *et al.*, 2018; Voltas *et al.*, 2019). Por otro lado, con relación a los valores obtenidos entre el ser adolescente y obtener mayor puntuación en conductas suicidas, nuestros resultados son los esperables ya que, la incidencia de suicidios aumenta durante la adolescencia y su prevalencia es baja antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa. Esto puede deberse a la falta de madurez cognitiva por lo que los niños menores de 10 años pueden no entender bien el concepto de suicidio (Mishara, 1999). Según un metanálisis de Evans *et al.* (2017) donde se incluyeron cinco estudios, la prevalencia de autolesiones, intentos de suicidio y suicidio, aumentaba a lo largo de la infancia y adolescencia y, además, la tentativa fue menor en el estudio que incluía cohorte de menor edad.

Sin embargo, controlando la edad, haber obtenido un valor por encima del punto de corte en cualquier sintomatología, se asoció significativamente con conductas de suicidio. La mayor relación se dio con la sintomatología de FS, DM y TPA ($p < 0,001$). Estos datos concuerdan con los informados en otros estudios, donde también se da relación significativa entre depresión y pensamiento de suicidio (Gensichen, Teising, König, Gerlach y Petersen, 2010; Keilp *et al.*, 2012; Morales-Vives y Dueñas, 2018), confirmando la idea de Joiner (2007) de que el deseo suicida es una característica común de la depresión. Además, en cuanto a la relación del suicidio con los trastornos de ansiedad según una revisión de De la Vega, Giner y Courtet (2018), el riesgo de suicidio parece ser mayor en personas que padecen trastornos de ansiedad que en la población general. Concretamente, en cuanto a la relación obtenida con FS y TPA y las conductas de suicidio, también en el estudio de Nock *et al.* (2013) con 6483 adolescentes, la diferencia fue significativa entre la puntuación en FS y TPA entre los que habían ideado o planificado el suicidio con los que no.

Finalmente, tras la realización del modelo de regresión, tener síntomas de trastorno de pánico está relacionado con la aparición de conductas suicidas, incluyendo tener síntomas de depresión mayor como variable mediadora en dicha relación. Aunque, según nuestro conocimiento, no hay ningún estudio con población no clínica y, en concreto, en niños y adolescentes, que haya realizado un modelo similar, sí hay estudios con adultos en los que se ha visto que la relación del trastorno de pánico y la conducta suicida parece estar mediada por la comorbilidad psiquiátrica, particularmente la depresión mayor (Beck, Steer, Sanderson y Skeie, 1991; Cox, Drenfeld, Swinson y Norton, 1994; Schmidt, Woolaway-Bickel y Bates, 2001; Starcevic, Bogojevic, Marinkovic y Kelin, 1999; Warshaw, Dolan y Keller, 2000).

Esta relación entre la sintomatología de TPA y DM sobre el suicidio, se puede explicar, en parte, por la teoría de los tres pasos de Klonsky y May (2015), en la que el primer paso de la ideación del suicidio es el dolor, pudiendo ser un dolor psicológico o emocional. Por tanto, parece que hay pruebas suficientes para afirmar que las emociones negativas asociadas a la sintomatología relacionada con el TPA, junto con la posibilidad de tener sintomatología de DM, precipitarían a un mayor riesgo de conductas suicidas.

Por tanto, este estudio apoya empíricamente la presencia de relación entre padecer síntomas de TPA y las conductas suicidas cuando también aparecen síntomas de DM mediando entre dicha relación en niños y adolescentes. Uno de los principales aportes de este estudio es que se centra en la infancia y adolescencia ya que la mayor parte de las investigaciones anteriores se han realizado en adultos.

A pesar de la significación encontrada con algunas variables, hay que tener en cuenta ciertas limitaciones en este estudio. Aunque el tamaño muestral es grande, este es un estudio de corte transversal en el que se ha medido únicamente la frecuencia equivalente a prevalencia vida de las variables relacionadas con el suicidio. Por ello, para poder generalizar estos resultados, sería conveniente realizar un estudio de carácter longitudinal. Por otro lado, la muestra, únicamente es representativa de la provincia de Alicante (España), que es donde se llevó a cabo el estudio.

Dada la dificultad para recoger información sobre suicidio en este tipo de muestra, este estudio aporta información sobre el alto riesgo de suicidio y la sintomatología emocional como factor de riesgo. El alto riesgo de suicidio puede ser consecuencia de un trastorno mental no diagnosticado o de largos períodos sin acceso a los tratamientos disponibles (de Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi y McGorry, 2012). Por ello, detectar de forma temprana sintomatología emocional puede ser una buena medida para prevenir el suicidio, en concreto, utilizando medidas de cribado vía online para menor coste y mayor rapidez en la detección.

Finalmente, no solo tener diagnóstico aumenta la probabilidad de riesgo de suicidio, la mera presencia de síntomas por encima de cierto grado puede ser indicativa de alerta, de modo que hay que invertir en ello mediante programas para detectar e intervenir de forma temprana en el ámbito comunitario, especialmente el escolar.

Referencias

- American Academy of Pediatrics y American Academy of Pediatrics. (2015). *Media and children*. Recuperado de <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/stages-of-adolescence.aspx>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Arlington, VA: autor.

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, P., Ebert, D., Green, J. G., Hasking, P., Lee, S., Lochner, C., McLafferty, M., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Pinder-Amaker, S., Rosellini, A. J., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. y WHO WMH-ICS Collaborators (2019). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28, e1752.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C. y Skeie, T. M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1195-1199.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., Abreu, M. y Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death Studies*, 40, 335-349.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V. y Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-48.
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V. y Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 195-211.
- Cox, B. J., Drenfeld, D. M., Swinson, R. P. y Norton, G. R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 882-887.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J. y Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12, 385-397.
- Curtin, S. C., Heron, M., Miniño, A. M. y Warner, M. (2018). Recent increases in injury mortality among children and adolescents aged 10-19 years in the United States: 1999-2016. *National vital statistics reports: from the centers for disease control and prevention, national center for health statistics, national vital statistics system*, 67, 1-16.
- de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. y McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57.
- de la Torre-Luque, A., Balle, M., Fiol-Veny, A., Bornas, X. y Sese, A. (2019). Evaluación de la sintomatología interiorizada en adolescentes mediante redes sociales: un estudio de equivalencia de formatos de la "Escala revisada de ansiedad y depresión infantil". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27, 5-20.
- De La Vega, D., Giner, L. y Courtet, P. (2018). Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: recent advances. *Current Psychiatry Reports*, 20, 26.
- Evans, E., Hawton, K. y Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.

- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H. y Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, *82*, 122-129.
- García-Olcina, M., Piqueras, J. A. y Martínez-González, A. E. (2014). Datos preliminares de la validación del Cuestionario de detección vía web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *1*, 69-77.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. 11.0 Update (4a ed.)*. Boston: Allyn y Bacon.
- Gensichen, J., Teising, A., König, J., Gerlach, F. M. y Petersen, J. J. (2010). Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, *125*, 124-127.
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., De La Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., Miranda, A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J. y Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a metaanalysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 152-162.
- Gould, M. S., Marocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J. y Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, *293*, 1635-1643.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. Nueva York, NY: Guilford.
- IBM Corp. Released (2016). IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 24.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corporations.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2017/10/&file=05008.px>
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M. y Garaigordobil, M. (2015). Depressive symptomatology in adolescents and variables associated with the school and clinical environments. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *23*, 245-264.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keilp, J. G., Grunebaum, M., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Galfalvy, H., Oquendo, M. A. y Mann, J. J. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, *140*, 75-81.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *21*, 169-184.
- Klonsky, E. D. y May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*, 114-129.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M. y Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of Clinical Psychology*, *72*, 919-932.

- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K. y Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, *168*, 407-414.
- Mishara, B. L. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *29*, 105-118.
- Morales-Vives, F. y Dueñas, J. M. (2018). Predicting suicidal ideation in adolescent boys and girls: the role of psychological maturity, personality traits, depression and life satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, *21*, E10.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 133-154.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*, *70*, 300-310.
- Nrugham, L., Larsson, B. y Sund, A. M. (2008). Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *Journal of Affective Disorders*, *111*, 83-93.
- Piqueras, J. A., Garcia-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Rodriguez-Jimenez, T., Martinez-Gonzalez, A. E. y Cuijpers, P. (2017). DetectaWeb Project: study protocol of a web-based detection of mental health of children and adolescents. *BMJ Open*, *7*, e017218.
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandin, B., San Luis, C. y Pineda, D. (2017). The revised child anxiety and depression scale: a systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 153-169.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *14*, 66-78.
- Sandín, B., Chorot, P. A., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 165-178.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K. y Bates, M. (2001). Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 635-649.
- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., Garfinkel, R. y Greenwald, S. (2004). The Columbia suicide screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 71-79.
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares C., Roca, M. y Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behavior in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *140*, 5-19.
- Starcevic, V., Bogojevic, G., Marinkovic, J. y Kelin, K. (1999). Axis I and axis II comorbidity in panic/agoraphobic patients with and without suicidal ideation. *Psychiatry Research*, *88*, 153-161.
- Tabares, A. S. G., Núñez, C., Caballo, V. E., Osorio, M. P. A. y Aguirre, A. M. G. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *27*, 391-413.

- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V. y Canals, J. (2019). Suicidality in a community sample of early adolescents: a three-phase follow-up study. *Archives of Suicide Research, 0*, 1-19.
- Warshaw, M. G., Dolan, R. T. y Keller, M. B. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown anxiety research program. *The American Journal of Psychiatry, 157*, 1876-1878.
- World Health Organization. (2016). *WHO | Suicide data*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

RECIBIDO: 7 de junio de 2019

ACEPTADO: 17 de julio de 2019