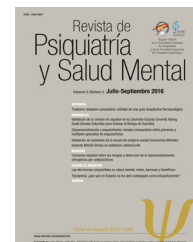




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

El perfil de disregulación del SDQ y su relación con conductas y pensamientos de suicidio en adolescentes evaluados en contexto clínico



Irene Caro-Cañizares^{a,*}, Rebeca García-Nieto^b, Mónica Díaz de Neira-Hernando^b, Sara A. Brandt^a, Enrique Baca-García^a y Juan J. Carballo^b

^a Centro de Salud Mental, Departamento de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Centro de Salud Mental Infantojuvenil, Departamento de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Recibido el 28 de marzo de 2017; aceptado el 5 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Perfil de disregulación;
Adolescentes;
Conducta suicida;
Ideaación suicida;
Conductas autolesivas sin intención suicida

Resumen

Introducción: La ideaación suicida, la conducta suicida y las conductas autolesivas sin intención suicida (autolesiones) son un grave problema de salud pública en la adolescencia. Una proporción significativa de de adolescentes evaluados en contexto clínico muestran un perfil de disregulación (DP). El DP se caracteriza por inquietud, irritabilidad, «tormentas afectivas», inestabilidad emocional y agresiones que aparecen de forma desproporcionada ante determinadas situaciones, y parece estar relacionado con un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas y autolesivas.

Métodos: Doscientos treinta y nueve adolescentes del Centro de Salud Mental Infantojuvenil del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz fueron evaluados con la Escala de Fortalezas y Dificultades para obtener el DP y con la entrevista estructurada sobre suicidio y autolesiones; se recogió también información sociodemográfica.

Resultados: Estudios de regresión logística mostraron que los adolescentes con elevación del DP tenían más riesgo de presentar planes de suicidio, gestos suicidas e intentos suicidas. Igualmente, mostraron más riesgo de autolesiones.

Conclusiones: Los resultados apuntan a dificultades de autorregulación tras la presencia de planes de suicidio, gestos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones. De cara al futuro, estudios longitudinales permitirían esclarecer la dirección de dicha relación.

© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irene.caro@fjd.es (I. Caro-Cañizares).

KEYWORDS

Dysregulation profile;
Adolescents;
Suicide behavior;
Suicide ideation;
Non-suicide
self-injury

The SDQ dysregulation profile is associated with self-injurious thoughts and behaviors in adolescents evaluated at a clinical setting

Abstract

Introduction: Suicidal ideation, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury behavior are serious public health problems among adolescents. A significant proportion of adolescents evaluated in clinical settings meet criteria for the dysregulation profile (DP). DP is characterized by restlessness, irritability, "affective storms", mood instability, and aggression in a disproportionate grade to the situation. This DP might be related to increased risk of self-injurious thoughts and behaviors.

Methods: Two hundred and thirty-nine adolescents from the Child and Adolescent Outpatient Psychiatric Services of the Jimenez Diaz Foundation, Madrid, were assessed with the Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile, the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview and socio-demographic questionnaires.

Results: Logistic regression showed that DP adolescents were at increased risk for suicide plans, gestures, and suicide attempts. They also tended to present more self-injurious behaviors than adolescents without DP.

Conclusions: Our results point to the role of self-regulatory problems in the presence of suicide plans, suicide gestures, suicide attempts, and in non-suicidal self-injury behavior. Longitudinal studies are needed to confirm the relationship between the Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile and self-injurious thoughts and behaviors.

© 2018 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las conductas suicidas entre adolescentes (incluyendo el suicidio, los intentos de suicidio, los gestos suicidas y la ideación suicida) son un problema de salud pública con un gran impacto en la salud y el bienestar de la población. Además, en los últimos años este tipo de conductas se han vuelto más frecuentes y con mayores consecuencias a nivel psicosocial^{1,2}.

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en Europa³ y en todo el mundo⁴. En España, la prevalencia del suicidio se ha visto aumentada en los últimos años^{5,6}. No obstante, a pesar de que se han identificado problemas emocionales y conductuales como factores de riesgo ante una muerte prematura por diferentes causas entre los adolescentes, las ratios de fallecimiento por suicidio no han sido claramente estudiadas en este grupo de edad⁷. Las discrepancias en el estudio del suicidio entre adolescentes pueden estar relacionadas, en parte, con cuestiones teóricas relativas a la definición exacta de la conducta suicida y las autolesiones⁸. Resulta indispensable establecer definiciones claras que permitan diferenciar entre conductas autolesivas con una intención de causar la propia muerte (las conductas suicidas propiamente dichas) de aquellas conductas autolesivas sin intención suicida (en adelante, autolesiones; en la literatura, «non-suicidal self-injury behaviors»)⁹. Y más allá, es importante también diferenciar entre las distintas experiencias suicidas que se pueden manifestar, tales como la ideación suicida (la presencia de pensamientos acerca de causar la propia muerte), los planes suicidas (la elaboración de planes acerca de cómo causar la propia muerte), los gestos suicidas (los actos autolesivos cometidos para convencer a terceros del deseo de causar la propia muerte, cuando no existe esa intención) y los intentos de suicidio (los actos cometidos con

intención de causar la propia muerte, que por algún motivo no terminan en suicidio)⁸. Utilizar un mismo sistema de definición de constructos permitirá tanto a los clínicos como a los investigadores en el campo detectar con más precisión la presencia, la frecuencia y las características de las diferentes experiencias suicidas y autolesivas en la conducta adolescente. Igualmente, mejorará la identificación de pacientes en riesgo y, como consecuencia, la prevención de este tipo de conductas.

Está ampliamente recogido en la literatura que los problemas de salud mental son un factor de riesgo para conducta suicida en adolescentes⁷. A esto se suma que una proporción significativa de los adolescentes que acuden a servicios de salud mental muestran una elevada disregulación emocional y conductual que interfiere con la evolución clínica y dificulta el pronóstico. Este grupo de pacientes normalmente muestran inquietud, irritabilidad, «tormentas afectivas», inestabilidad emocional y agresiones que aparecen de forma desproporcionada ante determinadas situaciones. Sin embargo, esta disregulación no corresponde a ningún diagnóstico concreto de los actuales sistemas de clasificación diagnóstica^{10,11}. Ante este problema a nivel de manejo clínico, se ha definido un perfil de disregulación (DP por «dysregulation profile»), evaluado a través de la elevación en 3 subescalas de la Child Behavior Checklist (CBCL¹²): comportamiento agresivo, ansiedad/depresión y problemas atencionales¹³. La investigación al respecto apunta a que este DP puede ser interpretado como un índice de problemas de autorregulación a distintos niveles¹⁴.

La investigación en torno al DP evaluado con el CBCL (CBCL-DP) ha ido avanzando en las últimas décadas¹³. Además, recientemente se ha descrito también un DP evaluado con el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ, por «Strengths and Difficulties Questionnaire»^{11,15}), denominado

SDQ-DP. El SDQ ha mostrado similares características psicométricas que el CBCL, además de ser más sencillo de aplicar¹⁶⁻¹⁹. Los estudios en torno al SDQ-DP han mostrado una adecuada validez^{11,20}, a la vez que se han encontrado similares prevalencias y correlatos con psicopatología que en los estudios que utilizaron el CBCL-DP¹⁰.

Igualmente, se ha probado la relación entre una mayor intensidad de DP y unas mayores limitaciones funcionales, así como una mayor severidad de los síntomas²⁰. Su presencia en la infancia y la adolescencia parece estar relacionada con un mayor riesgo de desarrollo de psicopatología, trastornos emocionales, problemas de consumo de sustancias, así como rasgos de personalidad desadaptativos en la adultez²⁰⁻²⁴. No obstante, la relación entre las conductas suicidas y el DP es un campo de estudio aún en desarrollo.

Los escasos estudios hasta la fecha acerca de la relación entre el CBCL-DP y las conductas suicidas apuntan a un mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio en niños y adolescentes con mayores niveles de CBCL-DP. Se han observado mayores conductas suicidas en el grupo con mayores niveles de CBCL-DP, en estudios con muestra clínica y no clínica de adolescentes de entre 11 y 18 años en Estados Unidos²⁰. Un estudio longitudinal con muestra clínica en Alemania mostró una mayor cantidad de intentos de suicidio e ideación suicida aguda a los 19 años de edad entre aquellos sujetos que mostraron mayores niveles de CBCL-DP cuando fueron evaluados a los 8 y 11 años de edad²². Igualmente, se ha detectado que mayores niveles de CBCL-DP podrían actuar como un indicador de mayor frecuencia y severidad de ideación suicida en una amplia muestra de sujetos entre 6 y 18 años²⁴. Finalmente, en un estudio longitudinal de 23 años de duración con jóvenes en riesgo de trastorno afectivo mayor se observó que aquellos sujetos con mayores niveles de trastorno bipolar pediátrico evaluado con el CBCL (el llamado CDCL-JBD, cuya equivalencia con el DP ha sido probada posteriormente) mostraron mayores niveles de pensamientos y conductas suicidas a lo largo del desarrollo²⁵. No obstante, estos trabajos no diferencian claramente entre ideación suicida y planes suicidas, o entre gestos suicidas, intentos suicidas y conductas autolesivas sin intención suicida. Dado que los resultados apuntan a que la presencia de DP puede actuar como factor de riesgo en diferentes aspectos de la conducta suicida, resulta importante poder diferenciarlos. Además, hasta la fecha, los autores no han encontrado literatura acerca de la relación entre las conductas suicidas y la presencia de DP evaluado con el SDQ-DP. El objetivo del presente estudio es, por tanto, estudiar la relación entre la presencia de DP, evaluado con SDQ-DP, y la prevalencia de los pensamientos y conductas suicidas en una muestra clínica de adolescentes. La hipótesis que se baraja es que aquellos adolescentes con mayores niveles de DP mostrarán mayor cantidad de pensamientos y conductas suicidas que los adolescentes con menores niveles de DP.

Métodos

Muestra

Se seleccionaron 267 sujetos que acudieron a las consultas externas de salud mental infantojuvenil del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) entre

noviembre de 2011 y octubre de 2012. Se excluyeron los sujetos menores de 11 años y aquellos cuyos responsables legales no podían comprender los cuestionarios. También se descartaron aquellos sujetos que no terminaron de completar los cuestionarios. La muestra final consistió en 239 sujetos. Análisis comparativos entre el grupo de pacientes excluidos y la muestra final mostraron que no existían diferencias en las principales características psicosociales y clínicas (edad, sexo, etnia, acontecimientos vitales estresantes, limitaciones funcionales, nivel socioeconómico, organización familiar, diagnósticos, historia personal y familiar de suicidio, niveles de ideación suicida, planes suicidas, gestos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones sin intención suicida). Únicamente se encontraron diferencias significativas en la subescala Pensamientos acerca de autolesiones sin intención suicida, de la Entrevista sobre Conductas y Pensamientos Autolesivos (SITBI, por «Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview»)⁸ ($\chi^2=3,875$, Df=1, p=0,049).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jiménez Díaz y se ha llevado a cabo según los estándares éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores correcciones. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y de sus representantes legales.

Instrumentos

Se aplicó la versión española de la SITBI^{8,26} a todos los sujetos. Se trata de una entrevista estructurada que evalúa la presencia, la frecuencia y otras características de las diferentes experiencias suicidas: la ideación suicida, los planes suicidas, los gestos suicidas, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida.

Igualmente, se administró a los representantes legales de los sujetos la versión española del SDQ, en su versión para padres¹⁵. El SDQ es un cuestionario compuesto por 25 ítems tipo Likert, que proporciona información acerca de 5 subescalas. Las primeras 4 evalúan síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad y problemas de relación con iguales, mientras que la quinta subescala evalúa conductas prosociales. El DP que se obtiene de esta escala (SDQ-DP) se calcula a partir de 2 de los ítems de la subescala de síntomas emocionales, 2 ítems de la subescala de problemas conductuales y un ítem de la subescala de hiperactividad¹¹. El punto de corte recomendado para definir el SDQ-DP es ≥ 5 (sensibilidad=94,6%; especificidad=80%; alfa de Cronbach=0,52)¹¹. En el presente estudio se utilizó este punto de corte, definido por Holtmann et al.¹¹ como criterio para distinguir entre el grupo de adolescentes con mayores niveles de DP y el grupo de adolescentes con menores niveles de DP (grupos SDQ-DP y SDQ_NO_DP, respectivamente).

Se aplicó la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes²⁷ para obtener información acerca de estresores vitales. En este caso, los adolescentes deben responder si un determinado acontecimiento les ha ocurrido en los últimos 3 años.

Finalmente se recogió información acerca de datos sociodemográficos, factores evolutivos, historia médica y antecedentes de salud mental y de tratamiento, tanto

personales como familiares, a través de una entrevista semiestructurada. Los clínicos que atendieron a los sujetos también completaron la Escala de Evaluación Global para Menores (c-GAS, de «Children's Global Assessment Scale»²⁸). Esta escala permite hacer una estimación de la severidad de la sintomatología de un paciente.

Análisis de datos

Se aplicaron las pruebas de Chi-cuadrado y t de Student para estudiar las diferencias en cuanto a sexo, edad, datos sociodemográficos, acontecimientos vitales estresantes y puntuaciones en las escalas SITBI y C-GAS, en función del grupo (SDQ_DP frente a SDQ_NO_DP).

Una vez que se identificaron las variables de interés, se llevó a cabo un análisis de datos por pasos, similar al realizado por Holtmann et al.²²: se aplicaron modelos de regresión logística para examinar la relación entre las puntuaciones en SDQ-DP y la escala SITBI, en 2 pasos. En el primer modelo se introdujeron como covariables los acontecimientos vitales estresantes y el género, lo que permitió estimar el efecto de SDQ-DP independientemente de estas 2 variables, que podrían actuar como potenciales variables de confusión. En el segundo modelo se introdujo también la puntuación C-GAS como covariable, lo que permitió controlar el posible efecto del nivel de funcionamiento psicosocial en la relación.

Resultados

Características de la muestra

La muestra final se compuso de 239 sujetos (63,6% hombres, IC 95% 57,33-69,44; 36,4% mujeres, IC 95% 30,56-42,67) con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años (M=14,11, DT=1,92). La mayor parte de los sujetos eran caucásicos (92,9%, IC 95% 83,12-91,42), vivían con su familia de origen (88,6%, IC 95% 83,12-91,42) y vivían en una familia con ingresos superiores a los 2.000€ mensuales (57,5%, IC 95% 50,34-64,41). El 7,2% de los sujetos (IC 95% 4,99-11,09; n=17) era adoptado y el 43,2% (IC 95% 36,57-49,02; n=102) había repetido al menos un curso escolar.

Estudios comparativos SDQ-DP

El 24,3% de los sujetos (IC 95% 19,27-30,08; n=58) mostró niveles de DP elevados (el denominado «grupo SDQ_DP»), mientras que el 75,7% de los sujetos (IC 95% 69,92-80,73; n=181) mostró bajos niveles de DP (el denominado «grupo SDQ_NO_DP»). Las características sociodemográficas de ambos grupos están recogidas en la [tabla 1](#). Únicamente se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en función del sexo ($\chi^2 = 6,473$, gl=1, p=0,011).

La distribución de los diagnósticos se encuentra recogida en la [tabla 2](#). No se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos en función del diagnóstico ($\chi^2 = 6,169$, gl=5, p=0,290). La distribución de la prevalencia de las conductas suicidas y autolesiones, evaluadas con la escala SITBI, se encuentra recogida en la [tabla 2](#). El grupo SDQ_DP mostró significativamente mayores niveles de prevalencia

en las subescalas Ideación suicida, Gestos suicidas, Intentos de suicidio y Conductas autolesivas sin intención suicida.

Estudios de regresión

Los resultados de los estudios de regresión logística se encuentran recogidos en la [tabla 3](#). El primer modelo de regresión logística, que examina la relación entre el nivel de SDQ-DP y la escala SITBI, mostró significación para las variables «planes suicidas» (t=4,553, gl=1, p=0,033), «gestos suicidas» (t=7,590, gl=1, p=0,006), «intentos de suicidio» (t=8,978, Df=1, p=0,003) y «autolesiones sin intención suicida» (t=4,425, gl=1, p=0,035). El segundo modelo de regresión logística continuó siendo significativo para las subescalas «gestos suicidas» (t=6,580, gl=1, p=0,010) e «intentos de suicidio» (t=8,990, gl=1, p=0,003).

Discusión

En el presente trabajo se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal que permitiera conocer la prevalencia de los diferentes pensamientos y conductas de la experiencia suicida en una muestra clínica de adolescentes con un elevado nivel de SDQ-DP, en comparación con adolescentes con bajos niveles de SDQ-DP.

Los principales resultados apuntan a que, en primer lugar, los adolescentes con mayores niveles de DP muestran significativamente más riesgo de planes suicidas, gestos suicidas e intentos de suicidio que aquellos con menores niveles de DP. Estos resultados concuerdan con los datos recogidos en la literatura previa^{20,22,24,25}, que apuntaba la relación entre el DP evaluado y el CBCL-DP y un mayor riesgo de presentar pensamientos y conductas suicidas. No obstante, los resultados del presente estudio permiten distinguir con mayor especificidad qué tipos de conductas y pensamientos de la experiencia suicida están relacionados con DP. En concreto, permiten identificar el DP como factor de riesgo específicamente para los planes de suicidio, los gestos suicidas y los intentos de suicidio, lo que resalta el papel de los problemas en autorregulación que pueden encontrarse tras este tipo de conductas¹⁴.

En segundo lugar, los resultados han permitido observar que los adolescentes con mayores niveles de DP tienden a presentar también más riesgo de autolesiones que aquellos con menores niveles de DP. Este resultado es novedoso, ya que en estudios previos hasta la fecha no se había realizado la distinción entre conductas suicidas y autolesiones^{13,20,22,24,25}. Tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva, los autores solo han encontrado 2 trabajos acerca de la relación entre las autolesiones y el SDQ, aunque no específicamente con el SDQ-DP. En dichos trabajos se encontró una relación bidireccional entre la gravedad de la psicopatología y las autolesiones únicamente entre las niñas²⁹, y una relación entre el nivel de estrés psicológico percibido y las autolesiones en un grupo de adolescentes alemanes³⁰.

Resulta destacable que en el presente trabajo la asociación más fuerte y consistente ocurre entre el grupo con elevado DP y los gestos suicidas y los intentos de suicidio. La relación entre DP y la ideación suicida, los planes de suicidio

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra, categorizada en función del SDQ-DP

	SDQ_DP, n (%; IC 95%)	SDQ_NO_DP, n (%; IC 95%)	Total			
<i>Muestra</i>	58 (24,27, 19,27-30,08)	181 (75,73, 69,92-80,73)	N = 239 (100%)			
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	<i>t</i>	gl	p, prueba t de Student
<i>Edad (rango: 11-17 años)</i>	14,23 (2,009)	14,08 (1,899)	14,11 (1,922)	-0,515	236	0,607
	n (%; IC 95%)	n (%; IC 95%)	n (%; IC 95%)	χ^2	gl	p, prueba Chi-cuadrado
<i>Sexo</i>				6,473	1	0,011
Varones	45 (77,6, 65,34-86,41)	107 (59,1, 51,84-66,02)	152 (63,6, 57,33-69,44)			
Mujeres	13 (22,4, 13,59-34,66)	74 (40,9, 33,98-48,16)	87 (36,4, 30,56-42,67)			
<i>Complicaciones obstétricas y perinatales</i>						
Prenatal (sí)	31 (59,6, 40,8-65,67)	79 (46,5, 36,63-50,93)	110 (49,5, 39,82-52,36)	2,752	1	0,097
Perinatal (sí)	17 (32,1, 19,18-42,01)	58 (33, 25,68-39,15)	75 (32,8, 25,83-37,52)	0,014	1	0,905
Posnatal (sí)	2 (3,7, 0,95-11,73)	13 (7,6, 3,82-11,23)	15 (6,7, 3,84-10,1)	1,003	1	0,317
<i>Etnia</i>				3,211	5	0,668
Caucásica	53 (96,4, 81,36-96,26)	157 (91,8, 81,03-90,93)	210 (92,9, 83,12-91,42)			
Latinoamericana	0 (0,00, 0,0-0,62)	1 (0,6, 0,1-3,06)	1 (0,4, 0,07-2,33)			
Asiática	0 (0,00, 0,0-0,62)	1 (0,6, 0,1-3,06)	1 (0,4, 0,07-2,33)			
Gitana	0 (0,00, 0,0-0,62)	2 (1,2, 0,3-3,94)	2 (0,9, 0,23-3)			
Negra	1 (1,8, 0,31-9,14)	1 (0,6, 0,1-3,06)	2 (0,9, 0,23-3)			
Otras	1 (1,8, 0,31-9,14)	9 (5,3, 2,64-9,18)	10 (4,4, 2,29-7,53)			
<i>Rendimiento académico</i>				1,795	1	0,180
Curso escolar repetido (sí)	29 (50,9, 37,54-62,46)	73 (40,8, 33,46-47,61)	102 (43,2, 36,57-49,02)			
<i>Adoptado</i>						
Sí	5 (8,8, 3,74-18,64)	12 (6,7, 3,83-11,23)	17 (7,2, 4,99-11,09)	0,265	1	0,607
<i>Nivel educativo de la madre</i>				0,460	3	0,928
Sin formación	3 (5,2, 1,77-14,14)	6 (3,4, 1,53-7,04)	9 (3,8, 1,99-7)			
Educación primaria	11 (19, 10,93-30,85)	32 (18, 12,81-23,89)	43 (18, 13,64-23,36)			
Educación secundaria	18 (31, 20,62-43,80)	59 (33,1, 26,19-39,73)	77 (32,6, 26,61-38,38)			
Formación universitaria	26 (44,8, 32,75-57,55)	81 (45,5, 37,69-52,03)	107 (45,3, 38,60-51,11)			
<i>Nivel educativo del padre</i>				4,369	2	0,113
Sin formación	0 (0,00, 0,0-0,62)	6 (3,31, 1,53-7,04)	6 (2,51, 1,16-5,37)			
Educación primaria	13 (22,41, 13,59-34,66)	26 (14,36, 10-20,22)	39 (16,31, 12,17-21,53)			
Educación secundaria	28 (48,27, 35,93-60,84)	83 (45,85, 38,76-53,13)	111 (46,44, 40,23-52,77)			
Formación universitaria	17 (29,31, 19,18-42,01)	66 (36,46, 29,8-43,69)	83 (34,72, 28,98-40,96)			
<i>Ingresos per cápita (euros mensuales)</i>				2,905	4	0,574
> 2.500	14 (29,8, 14,96-36,53)	48 (34,5, 20,62-33,39)	62 (33,3, 20,8-31,85)			
2.000-2.500	12 (25,5, 12,25-32,77)	33 (23,7, 13,29-24,5)	45 (24,2, 14,38-24,26)			
1.500-1.999	8 (17, 7,16-24,93)	22 (15,8, 8,17-17,72)	30 (16,1, 8,94-17,35)			
500-1.499	13 (27,7, 13,59-34,66)	30 (21,6, 11,86-22,67)	43 (23,1, 13,64-23,36)			
< 500	0 (0,00, 0,0-0,62)	6 (4,3, 1,53-7,04)	6 (3,2, 1,116-5,37)			
<i>Convivencia</i>				7,898	5	0,162
Familia de origen	49 (84,5, 73,07-91,62)	161 (89,9, 83,55-92,73)	210 (88,6, 83,12-91,42)			
Familia adoptiva	5 (8,6, 3,74-18,64)	12 (6,7, 3,83-11,23)	17 (7,2, 4,49-11,09)			
Otros familiares	0 (0,00, 0,0-0,62)	3 (1,7, 0,57-4,76)	3 (1,3, 0,43-3,62)			
Institución	3 (5,2, 1,77-14,14)	1 (0,6, 0,1-3,06)	4 (1,7, 0,65-4,22)			
Múltiple	1 (1,8, 0,31-9,14)	1 (0,6, 0,1-3,06)	2 (0,9, 0,23-3)			
Otros	0 (0,00, 0,0-0,62)	1 (0,6, 0,1-3,06)	1 (0,4, 0,07-2,33)			

DT: desviación típica; SDQ-DP: Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile.

Tabla 2 Características clínicas de la muestra, categorizada en función del SDQ-DP

Muestra	SDQ-DP, n (% IC 95%) n (% IC 95%)	SDQ-NO-DP, n (%, IC 95%) n (% IC 95%)	Total N = 239 (100%) n (% IC 95%)	χ^2	gl	p, prueba Chi-cuadrado
<i>Diagnóstico (n = 236)</i>				6,169	5	0,290
Trastornos conductuales	41 (71,9, 59-81,9)	123 (68,7, 61,5-75)	164 (69,5, 63,3-75)			
Trastornos emocionales	5 (8,8, 3,8-18,9)	9 (5, 2,6-9,2)	14 (5,9, 3,57-9,7)			
Trastornos de ansiedad	8 (14, 7,2-25,3)	19 (10,6, 6,9-15,9)	27 (11,4, 7,9-16,1)			
Trastornos de conducta alimentaria	1 (1,8, 0,3-9,2)	10 (5,6, 3,06-9,9)	11 (4,7, 2,6-8,1)			
Otros	2 (3,5, 0,9-11,9)	8 (4,5, 2,2-8,5)	10 (4,2, 2,3-7,6)			
Ninguno	0 (0, 0-6)	10 (5,6, 3,06-9,9)	10 (4,2, 2,3-7,6)			
Total	57 (24,2, 19,1-30)	179 (75,8, 70-80)	236 (100, 98-100)			
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	t	gl	p, prueba t de Student
<i>C-GAS (n = 235)</i>	61,91 (9,177)	68,93 (10,929)	67,23 (10,936)	4,379	233	< 0,001***
<i>CDI (n = 238)</i>						
Disforia	70,03 (21,925)	56,99 (26,115)	60,17 (25,732)	-3,432	236	0,001**
Autoestima negativa	62,26 (27,149)	42,08 (29,719)	47,00 (30,326)	-4,550	232	< 0,001***
Total	64,66 (27,061)	44,71 (31,476)	49,57 (31,592)	-4,335	236	< 0,001***
<i>STAXI-NA (n = 216)</i>						
Temperamento rasgo	64,05 (29,611)	53,56 (26,809)	56,23 (27,859)	-2,440	214	0,016*
Reacción rasgo	55,71 (29,562)	52,62 (30,264)	53,41 (30,049)	-0,657	214	0,512
Ira rasgo (total)	57,87 (31,341)	49,11 (30,346)	51,34 (30,768)	-1,833	214	0,068
Ira externa	56,22 (32,409)	43,95 (31,296)	47,07 (51,959)	-2,487	214	0,014*
Ira interna	54,73 (33,865)	43,17 (32,779)	46,12 (33,364)	-2,238	214	0,026*
Control externo	54,49 (38,529)	63,67 (32,734)	61,33 (34,443)	1,714	214	0,088
Control interno	45,89 (33,617)	61,50 (31,979)	57,52 (33,036)	3,084	214	0,002**
Control total	45,89 (34,712)	61,28 (32,347)	57,34 (33,568)	2,987	213	0,003**
<i>Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (n = 216)</i>	7,50 (3,374)	5,29 (3,728)	5,84 (3,759)	-3,860	214	< 0,001***

C-GAS: Children's Global Assessment Scale; CDI: Children's Depression Inventory; DT: desviación típica; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; SDQ-DP: Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile; STAXI-NA: State-Trait Anger Expression Inventory for Children and Adolescents.

En negrita resultados significativos, según sigue: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

y las autolesiones ha sido menos potente. Estos resultados apuntan a que el DP parece asociarse con más fuerza con rasgos de impulsividad y alteraciones de conducta graves (como los que subyacen a los gestos e intentos de suicidio), mientras que tiene menos fuerza en su relación con los aspectos más cognitivos de la experiencia suicida (ideas, planes o pensamientos de suicidio).

Esto llevaría a plantearse que los adolescentes con mayores niveles de DP tienen mayor riesgo de cometer actos más graves. En general, los adolescentes con mayores niveles de DP se caracterizarían por un mayor nivel de

impulsividad y una mayor tendencia a la evitación del daño, así como por un menor nivel de dependencia de la recompensa y una menor persistencia¹⁴. Podría resultar contradictorio que las personas con mayor tendencia a la evitación del daño tuvieran más riesgo de cometer intentos de suicidio o algún tipo de autolesión, sin embargo, dado que los adolescentes con mayor DP parecen acarrear también mayores niveles de sufrimiento mental (en términos de severidad psicopatológica y adversidad psicosocial, como se ha mencionado anteriormente²⁰), sería razonable suponer que en esos casos las conductas suicidas y las autolesiones

Tabla 3 Chi-cuadrado y regresión logística entre SDQ-DP y SITBI (sexo y acontecimientos vitales estresantes como covariables en el primer modelo; C-GAS como covariable en el segundo modelo)

	SDQ-DP	SDQ-DP (sexo y acontecimientos vitales estresantes como covariables)	SDQ-DP (sexo, acontecimientos vitales estresantes y C-GAS como covariables)
	χ^2 (p)	Wald (p)	Wald (p)
<i>SITBI</i>			
Ideación suicida	4,645 (0,031)*	2,059 (0,151)	1,621 (0,203)
Planes suicidas	3,682 (0,055)	4,553 (0,033)*	3,603 (0,058)
Gestos suicidas	15,333 (0,000)***	7,590 (0,006)**	6,580 (0,010)*
Intentos de suicidio	5,873 (0,015)*	8,978 (0,003)**	8,990 (0,003)**
Pensamientos autolesivos sin intención suicida	0,313 (0,576)	0,149 (0,700)	0,524 (0,460)
Conductas autolesivas sin intención suicida	7,642 (0,006)**	4,425 (0,035)*	2,455 (0,117)

C-GAS: Children's Global Assessment Scale; SDQ-DP: Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile; SITBI: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview.

En negrita resultados significativos, según sigue: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

estarían actuando como estrategias de evitación de dicho sufrimiento psicológico. En cuanto a la elevada impulsividad, como rasgo de personalidad, es un conocido factor de riesgo para diferentes tipos de conducta autolesivas³. Y, finalmente, en cuanto a la baja dependencia de la recompensa y la baja persistencia, podrían ser rasgos que dificultan a los adolescentes en riesgo el desarrollo de conductas más adaptativas, contribuyendo al posible desarrollo futuro de trastornos de la personalidad²¹.

La relación entre DP y los niveles de severidad psicopatológica, adversidad psicosocial, dificultades en la autorregulación y limitaciones funcionales ha sido ampliamente estudiada con el CBCL-DP^{14,20,22-25}. Una disregulación severa se ha relacionado con la aparición temprana de rasgos temperamentales asociados a una futura enfermedad a nivel de personalidad (tales como trastornos de personalidad del cluster B, hostilidad, impulsividad y conductas de riesgo^{21,25,31}).

Si tomamos toda la evidencia en conjunto, podríamos pensar en la necesidad de nuevas vías de intervención que estén específicamente centradas en el desarrollo de habilidades de regulación emocional y conductual.

No obstante, los resultados del presente estudio deben ser interpretados con cautela, dadas ciertas limitaciones. Los instrumentos utilizados están basados en autoinformes, lo que podría sesgar la información. Igualmente, no se calculó ningún índice de acuerdo interjueces sobre los diagnósticos realizados por los clínicos y el origen clínico de la muestra podría dificultar la generalización de los resultados. Además, el DP ha sido evaluado únicamente con el SDQ-DP y no hay medidas del CBCL-DP que puedan utilizarse como referencia, aunque la literatura previa ha señalado la equivalencia entre ambas medidas¹⁶⁻¹⁹. Por último, dado que los análisis son transversales, no es posible establecer claramente la dirección de las relaciones encontradas. No obstante, la consistencia de los resultados obtenidos con aquellos recogidos en la literatura previa favorece la interpretación de los datos.

A pesar de las mencionadas limitaciones, hasta la fecha este es el primer trabajo que ha explorado la relación

entre el SDQ-DP y el riesgo de conductas y pensamientos suicidas en adolescentes. El hecho de que el SDQ-DP muestre propiedades psicométricas similares al CBCL-DP, siendo más breve y sencillo de aplicar^{11,15,17,19,32}, favorece su uso en el ámbito clínico¹⁷. Podría utilizarse como una herramienta de cribado, permitiendo a los clínicos identificar los casos de riesgo para los cuales sería necesaria una evaluación más exhaustiva. Los resultados, además, señalan la importancia de una detección temprana y una intervención específica para la prevención de las diferentes conductas suicidas.

En resumen, se podría decir que los adolescentes son un grupo de población de riesgo para la aparición de conductas suicidas³³. Además, aquellos que padecen algún tipo de problema de salud mental, especialmente dificultades emocionales y conductuales y aquellos expuestos a acontecimientos vitales estresantes o familias disfuncionales^{4,7,34,35}, tendrían un riesgo mayor. En concreto, una disregulación emocional severa en la adolescencia es un factor de riesgo elevado para la aparición de planes de suicidio, gestos suicidas e intentos de suicidio, así como de autolesiones.

Conclusión

El DP evaluado con el SDQ-DP es un útil indicador para identificar adolescentes en riesgo de mayor limitación funcional, severidad clínica y conductas suicidas, en concreto, planes suicidas, gestos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones. El SDQ-DP podría ser utilizado como cuestionario breve para evaluar el nivel de severidad global en adolescentes.

Resulta fundamental en el ámbito clínico diferenciar las distintas conductas suicidas y las autolesiones, de cara a identificar sujetos en riesgo y así poder individualizar las intervenciones.

Futuras investigaciones serían necesarias con el fin de esclarecer la dirección de la relación entre el SDQ-DP y la presencia de conductas suicidas y autolesiones.

Financiación

El presente estudio ha sido parcialmente financiado por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

Conflicto de intereses

Los autores niegan cualquier posible conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores quieren transmitir su agradecimiento a Paloma Aroca y a Lucía Albarracín por su ayuda en la preparación del presente manuscrito.

Bibliografía

- Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Sánchez F. Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: revisión e intervenciones terapéuticas [Suicide and suicide attempts in children and adolescents: Review and therapeutic interventions]. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2005;22:110-7.
- Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;55:337-48.
- Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21:443-50.
- Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: A review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42:125-32.
- Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017;10:70-7.
- Bousoño M, Al-Halabí S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa EM, Galván G, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones.* 2017;29:97-104.
- Park S, Kim CY, Hong JP. Unnatural causes of death and suicide among former adolescent psychiatric patients. *J Adolesc Health.* 2013;52:207-11.
- Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007;19:309-17.
- Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol.* 2006;115:616-23.
- Carballo JJ, Serrano-Drozdzowskyj E, García Nieto R, Díaz de Neira-Hernando M, Pérez-Fominaya M, Molina-Pizarro CA, et al. Prevalence and correlates of psychopathology in children and adolescents evaluated with the Strengths and Difficulties Questionnaire Dysregulation Profile in a clinical setting. *Psychopathology.* 2014;47:303-11.
- Holtmann M, Becker A, Banaschewski T, Rothenberger A, Roessner V. Psychometric validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile. *Psychopathology.* 2011;44:53-9.
- Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont; 1991.
- Ayer L, Althoff R, Ivanova M, Rettew D, Waxler E, Sulman J, et al. Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:1291-300.
- Althoff R, Ayer L, Crehan E, Rettew D, Baer J, Hudziak J. Temperamental profiles of dysregulated children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43:511-22.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581-6.
- Essau CA, Olaya B, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Pauli G, Gilvarry C, Bray D, et al. Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21:232-45.
- Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol.* 1999;27:17-24.
- Mason W, Chmelka M, Thompson R. Responsiveness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a sample of high-risk youth in residential treatment. *Child Youth Care Forum.* 2012;41:479-92.
- Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, de las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol.* 2012;12:265-79.
- Althoff RR, Rettew DC, Ayer LA, Hudziak JJ. Cross-informant agreement of the Dysregulation Profile of the Child Behavior Checklist. *Psychiatry Res.* 2010;178:550-5.
- De Caluwé E, Decuyper M, de Clercq B. The Child Behavior Checklist Dysregulation Profile predicts adolescent DSM-5 pathological personality traits 4 years later. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:401-11.
- Holtmann M, Buchmann AF, Esser G, Schmidt MH, Banaschewski T, Laucht M. The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: A longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52:139-47.
- Jucksch V, Salbach-Andrae H, Lenz K, Goth K, Döpfner M, Poustka F, et al. Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52:686-95.
- Mbekou V, Gignac M, MacNeil S, Mackay P, Renaud J. The CBCL dysregulated profile: An indicator of pediatric bipolar disorder or of psychopathology severity? *J Affect Disord.* 2014;155:299-302.
- Meyer SE, Carlson GA, Youngstrom E, Ronsaville DS, Martinez PE, Gold PW, et al. Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *J Affect Disord.* 2009;113:227-35.
- García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013;6:101-8.
- Oliva A, Jiménez J, Parra Á, Sánchez-Queija I. Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Rev Psicopatología Psicol Clin.* 2008;13:53-62.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1228-31.
- Lundh L-G, Wångby-Lundh M, Bjärehed J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scand J Psychol.* 2011;52:476-83.

30. Lacina RM, Staub-Ghielmini S, Bircher U, Bianchi F, Schmeck K, Schmid M. Survey of problematic behaviour of adolescents and their self-reported psychopathology. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2014;63:36–62.
31. Eisenberg N, Valiente C, Spinrad TL, Liew J, Zhou Q, Losoya SH, et al. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Dev Psychol.* 2009;45:988–1008.
32. Beck-Little R, Catton G. Child and adolescent suicide in the United States: A population at risk. *J Emerg Nurs.* 2011;37:587–9.
33. Ganz D, Sher L. Adolescent suicide in New York City: Plenty of room for new research. *Int J Adolesc Med Health.* 2012;24:99–104.
34. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:381–9.
35. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Biondi M, Siracusano A, di Giannantonio M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262:469–85.