

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**GRADO EN PSICOLOGÍA**

*CURSO 2021/2022*

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN  
ADOLESCENTES EN PROTECCIÓN  
RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS  
IN CARE

(Estudio empírico)

**BERNA SUÁREZ DÍAZ**

Oviedo, junio de 2022

## Índice

|                   |    |
|-------------------|----|
| Resumen .....     | 3  |
| Abstract .....    | 4  |
| Introducción..... | 5  |
| Método .....      | 12 |
| Resultados .....  | 15 |
| Discusión .....   | 23 |
| Conclusiones..... | 29 |
| Referencias ..... | 30 |

## Resumen

**Introducción:** Se ha observado una elevada prevalencia de conducta suicida en los y las menores del sistema de protección, una población especialmente dañada por su acumulación de experiencias adversas en su historia de vida. **Método:** Se han estudiado los distintos factores de riesgo que afectan a la conducta suicida de 150 participantes adolescentes que se encontraban en hogares de protección de carácter especializado. Se elaboró un instrumento *ad hoc* para recoger la información referida a las características personales de los y las jóvenes y se usaron también los cuestionarios JVQ e YSR.

**Resultados:** Se observó que la presencia de trastornos mentales o conductas suicidas en los padres, haber acumulado diferentes experiencias de victimización (especialmente haber experimentado poli - victimización), la presencia de trastornos mentales en los propios jóvenes y la presencia de conductas sexuales de riesgo se configuran como factores de riesgo de desarrollar diferentes tipos de conducta suicida. **Discusión:** El estudio corrobora lo hallado en otras investigaciones sobre la relación de la conducta suicida en esta población con ciertos antecedentes familiares, experiencias de victimización y trastornos mentales.

Palabras clave: conducta suicida, acogimiento residencial, protección a la infancia, factores de riesgo, victimización.

### **Abstract**

**Background:** It has been seen a high prevalence of suicidal behavior in children in care, a population especially damaged by its accumulation of adverse experiences in its life history. **Method:** It has been studied the different risk factors that affect the suicidal behavior of 150 adolescent participants in therapeutic residential care. An *ad hoc* instrument was developed to collect information about the personal characteristics of children and the JVQ and YSR questionnaires were also used. **Results:** It was shown that the presence of mental disorders or suicidal behaviors in the parents, the accumulation of different victimization experiences (especially having experienced poly-victimization), the presence of mental disorders in the young people themselves and the presence of risky sexual behaviors shaped as risk factors for developing different types of suicidal behavior. **Discussion:** This study corroborates what was found in other research on the relationship between suicidal behavior in this population with certain family history, experiences of victimization and mental disorders.

Key words: suicidal behavior, residential care, child welfare, risk factors, victimization.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberadamente ideado e iniciado de privación de la propia vida cometido por una persona, en plenas facultades mentales, que es capaz de anticipar sus consecuencias, siendo la causa de muerte de más de 800.000 personas cada año (Orzechowska et al., 2021). Representa el 1,4% de todas las muertes, siendo la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial y situándose casi en su totalidad (80%) en países de ingresos bajos y medios (Bilsen, 2018). Es también la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 24 años (Stokes et al., 2015). España es uno de los países de Europa con tasas más bajas de suicidio, aun así, en nuestro país es la segunda causa de muerte en los y las jóvenes de entre 15 y 34 años (Suárez-Soto et al., 2020).

Respecto a la relación entre el sexo y la conducta suicida, se ha encontrado que la mortalidad por suicidio es mayor en hombres que en mujeres, siendo en 2016 1,8 veces más frecuente en ellos; mientras que en mujeres serían más frecuentes los intentos e ideas suicidas (Cai et al., 2021); lo que se conoce como “la paradoja de género del suicidio” (Lüdtke et al., 2017). Suárez-Soto et al. (2018) también observaron que son las mujeres quienes presentan mayor número de ideas o intentos de suicidio frente a los hombres

Becker et al. (2018) encontraron también resultados similares, excepto por el hecho de que su estudio no encontró diferencias entre sexos en cuanto a la frecuencia de ideación del año anterior o respecto a la probabilidad futura de intentar suicidarse.

Esta mayor mortalidad en hombres parece explicarse por las diferencias culturales en cuanto al género hombre/mujer (Barrigon y Cegla-Schvartzman, 2020) así como por la elección por parte de los hombres de métodos más letales, como por ejemplo las armas de fuego (Cai et al., 2021). Hay otra cuestión de interés que también puede explicar estas diferencias, y es el hecho de que, mientras los hombres presentan mayores probabilidades de sufrir trastornos de externalización (por ejemplo, trastornos de conducta), las mujeres presentan el doble de probabilidades de sufrir trastornos de internalización (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo) (Boyd et al., 2015; Águila-Otero et al., 2020) y estos últimos parecen relacionarse con la conducta suicida (Buitron et al., 2018).

El comportamiento suicida debe diferenciarse de las autolesiones no suicidas (NSSI, acrónimo en inglés). Estas últimas se refieren a un acto que implica la destrucción directa y deliberada del tejido corporal utilizando métodos que no están social o culturalmente sancionados y sin la intención de suicidarse; por lo que la diferencia principal con la conducta suicida sería la intención o no de morir. Hay estudios que indican que entre el 50-75% de los sujetos con antecedentes de autolesiones no suicidas también han intentado suicidarse. Además, otros estudios han observado que las NSSI son predictoras de futuras NSSI y de distintos comportamientos suicidas (Poudel et al., 2022). Un estudio con adolescentes con NSSI recurrentes encontró que aproximadamente la mitad de la muestra había tenido al menos un intento de suicidio, y que éstos fueron más probables en los pacientes cuyas NSSI habían comenzado a una edad más temprana y la duración en el tiempo de estas era más larga (Brager-Larsen et al., 2022).

Poudel et al. (2022) diferenciaron los comportamientos suicidas en: ideación suicida, plan de suicidio, amenaza de suicidio e intento de suicidio. Sería ideación suicida el hecho de considerar o pensar en participar en un comportamiento destinado a poner fin a la vida; el plan de suicidio se definiría como el método de autolesión por medio del cual una persona tiene la intención de morir; llamaron amenaza de suicidio a cualquier acción verbal o no verbal destinada a comunicar que el comportamiento suicida podría ocurrir en un futuro cercano y, por último el intento de suicidio sería la participación en un comportamiento potencialmente autolesivo en el que hay al menos alguna intención de morir.

Los intentos de suicidio son entre 10 y 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado, de hecho, se estima que alrededor del 2,5% de la población ha tenido, al menos, un intento de suicidio durante toda su vida (Bilsen, 2018).

Al adentrarnos en una población de especial vulnerabilidad, como es la de niños, niñas y jóvenes en el sistema de protección en la que se basa esta investigación, los estudios muestran cifras aún más elevadas, encontrándose que aquellos acogidos en familias como medida protectora presentan cuatro veces más probabilidades de manifestar haber tenido un intento de suicidio en el año anterior frente a aquellos que no se encuentran en acogimiento familiar (Fulginiti et al., 2018). Un estudio canadiense encontró que el riesgo de suicidio era 3,54 veces mayor y el de intentos de suicidio 2,11 veces mayor en los y las jóvenes del sistema de protección infantil frente a los y las

adolescentes de la población general (Katz et al., 2011). Los resultados fueron similares a los de Horowitz et al. (2019) respecto al riesgo de suicidio en menores en protección.

Diversos estudios han encontrado que las tasas de ideación suicida en el sistema de protección varían entre el 7% y el 27% y las tasas de intentos de suicidios oscilan entre el 8 y el 15%, siendo estas tasas de 3 a 9 veces mayores que las de la población general (Taussig et al., 2014). Otro estudio observó que el 13,3 % de los y las adolescentes en acogimiento residencial en Portugal habían intentado suicidarse (Tavares-Rodrigues et al., 2019).

En esta misma línea, una investigación con niños y niñas de 9 a 11 años del sistema de protección encontró que la tendencia al suicidio fue alta, con una prevalencia general de 26%. Esta tasa es casi 5 veces la tasa de suicidio de la población general a esta edad (Taussig et al., 2014). También el estudio de Águila-Otero et al. (2020) con una muestra española, señaló que casi una cuarta parte de los y las jóvenes presentaron intentos de suicidio, siendo dos veces más común en las chicas que en los chicos. En esta población, el estudio de Lüdtke et al. (2017) mostró como, especialmente las adolescentes del sistema de protección juvenil eran un grupo altamente vulnerable para participar en NSSI. En general, todos los estudios que han estudiado esta cuestión parecen mostrar como los y las jóvenes en protección tienden a tener tasas de conductas suicidas más elevadas que los y las adolescentes de edades similares de población general, lo que evidencia una mayor problemática en este grupo de la población.

Hay factores de riesgo que parecen incrementar la conducta suicida y, la mayor prevalencia entre los y las adolescentes en protección puede deberse a una mayor exposición a dichos factores de riesgo. Sellers et al. (2019) catalogaron como factores de riesgo para la conducta suicida un entorno familiar deficiente, los antecedentes psiquiátricos de los padres y el bajo control parental.

En relación con el entorno familiar deficiente, un estudio encontró que en los y las menores del sistema de protección infantil, una menor confianza y mala comunicación con los padres se relaciona con el incremento de autolesiones (Santens et al., 2018). Otro estudio con una muestra española que había recibido algún tipo de medida protectora encontró que el 41,3% provenía de una familia con una situación económica precaria (González-García et al., 2017).

Respecto a antecedentes de salud mental de los padres, se estima que entre el 30% y el 35% de padres de menores del sistema de protección pueden tener problemas de salud mental, siendo el más frecuente la depresión, la cual alcanza el 23% de padres del sistema de bienestar infantil en Estados Unidos (Mowbray et al., 2018). Este dato es respaldado por González-García et al. (2017), en cuyo estudio señalaron que un tercio de la muestra tenía antecedentes familiares de problemas de salud mental. Además, se estima que un 60% de cuidadores involucrados en este sistema pueden tener problemas relacionados con el abuso de sustancias (Mowbray et al., 2018).

Otros factores de riesgo parecen ser los intentos de suicidio anteriores, ya que estos pueden aumentar el riesgo de suicidio hasta 30 veces, así como la presencia de comportamiento suicida en los padres, aunque respecto a esta última variable hay mucha discusión sobre si es un comportamiento de imitación o si se trata de una cuestión genética, pues en estudios de adopción se ha encontrado mayor concordancia de conducta suicida con parientes biológicos que con los parientes adoptivos (Bilsen, 2018).

Las experiencias de victimización, definidas como actos en los que un niño, niña o adolescente es dañado o perjudicado por el comportamiento de otra persona o grupo de personas en contra de las normas morales socialmente establecidas (Suárez-Soto et al., 2020) también son importantes predictores de ideación suicida (Heather et al., 2012). Finkelhor et al. (2007) proporcionaron también una definición de poli-víctimas: estas serían aquellos niños o niñas que experimentaron cuatro o más tipos de victimizaciones.

Dentro de los diferentes tipos de victimización, se ha observado que ser víctima de bullying tiene numerosas consecuencias negativas físicas y mentales, incluyendo trastornos del estado de ánimo y conducta e ideación suicida (Rey et al., 2019). El estudio de Heather et al. (2012) mostró que, respecto a la victimización por parte de pares de iguales, los que habían sufrido victimización de pares en el último año tenían casi 2,5 veces más probabilidades de pensar en el suicidio que aquellos que no habían sufrido dicha experiencia de victimización.

El maltrato físico, sexual y emocional son las experiencias de victimización que más se relacionan con el suicidio. Hay que tener en cuenta también que cuanto mayor sea la severidad del maltrato y más tiempo se esté sufriendo el mismo, el riesgo de

suicidio de la víctima es mayor (Taussig et al., 2014). En un estudio australiano reciente con 183 jóvenes, se encontró que entre aquellos que habían denunciado abusos sexuales, el 43% informó de haber tenido ideación suicida y el 32% informó de intentos de suicidios (Brokke et al., 2022).

Respecto a dichas experiencias, en el sistema de protección se ha encontrado que las tasas de dichas experiencias podrían llegar a ser hasta tres veces mayor que en la población de niños, niñas y adolescentes general (Suárez-Soto et al., 2020).

Los resultados del estudio de Suárez-Soto et al. (2018) mostraron que los y las adolescentes en el sistema de protección tienden a sufrir experiencias de polivictimización a lo largo de su vida, encontrando que el 61,7% de su muestra había experimentado ocho o más tipos de victimización. Este mismo estudio también mostró que haber sufrido polivictimización era un mayor predictor de conducta suicida que los tipos específicos de victimización, llegando las polivíctimas a tener casi el doble de probabilidades de haber presentado ideación suicida y de haber tenido conductas de autolesión en los últimos seis meses.

Otro factor de riesgo para los intentos de suicidio parecen ser la presencia de trastornos mentales, y esto se relaciona con los y las menores del sistema de protección ya que se estima que sobre el 50% de esta población tiene, al menos, un trastorno mental (Evans et al., 2017). Un estudio con una muestra española encontró que el 61% presentaba alteraciones emocionales y conductuales (González-García et al., 2017).

Por otro lado, distintas conductas de riesgo como el consumo de sustancias parecen estar asociadas con un incremento de la ideación suicida y de los intentos de suicidio, y se ha visto que los y las jóvenes en situación de acogida también son más propensos a consumir sustancias (Evans et al., 2017). Otro estudio también encontró una relación entre el consumo de alcohol y la ideación suicida en los jóvenes involucrados en el sistema de bienestar infantil, funcionando el consumo de alcohol como predictor de la ideación suicida (Sellers et al., 2019).

Finalmente, numerosos estudios encontraron que otras conductas de riesgo asociadas con ideación o intentos de suicidio serían: estar involucrado en aspectos relacionados con el crimen o con la participación en la justicia penal, incluida la reincidencia o el contacto previo con el sistema de justicia, pertenencia a pandillas, detención y arresto por violencia (Stokes et al., 2015), así como frecuentar malas

compañías, puesto que esto puede conducir a ser más propensos a participar en acciones que conducen a un autoesquema negativo y una baja autoestima, lo que contribuye a una mayor ideación suicida (Sellers et al., 2019). En relación con estas conductas de riesgo, un estudio observó que la tasa de perpetración de violencia participando en peleas en jóvenes del sistema de bienestar infantil entre 12 y 14 años era del 13.4%, así como el 7.0% de estos jóvenes manifestaron haber llevado un arma (Leslie et al., 2010); en esta línea también Malvaso y Delfabbro (2015) encontraron que el 50% de los jóvenes en cuidado fuera del hogar mostraron un comportamiento delictivo.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

El objetivo de este estudio es describir la naturaleza, prevalencia y factores asociados a la conducta suicida de los y las jóvenes acogidos en hogares de protección.

### ***Objetivos específicos***

1. Describir la prevalencia de conducta suicida en menores en protección.
2. Analizar la relación entre la conducta suicida y el sexo.
3. Relacionar la conducta suicida con factores de riesgo de la historia vital de esta población.
4. Estudiar la relación entre la conducta suicida y problemáticas actuales en esta población, tanto de salud mental como las conductas de riesgo que puedan mantener.

## **Hipótesis**

1. Primera hipótesis: se espera que haya mayor prevalencia de conductas suicidas en los y las menores en protección que en población general del mismo rango de edad.
2. Segunda hipótesis: se espera encontrar mayor prevalencia de conducta suicida en las chicas frente a los chicos.
3. Tercera hipótesis: mayor presencia de algunos antecedentes familiares (problemas de salud mental de los padres, el abuso de sustancias por parte de éstos y la presencia de comportamientos suicidas en ellos), así como haber sufrido experiencias de victimización, se relacionará con mayor conducta suicida en los y las menores en protección.

4. Cuarta hipótesis: se espera encontrar mayor presencia de conductas suicidas en aquellos y aquellas adolescentes en protección que presenten algún tipo de trastorno mental y/o hayan participado en alguna conducta de riesgo.

## Método

### Participantes

El muestreo de este estudio ha sido no probabilístico por conveniencia, es decir, se han incluido aquellos casos accesibles que aceptaron participar. En este estudio la muestra estaba formada por 150 participantes (92 hombres y 58 mujeres) de entre 11 y 17 años ( $M = 15,65$ ;  $DT = 1,24$ ) que se encontraban bajo la guarda y/o tutela de tres administraciones públicas distintas: Diputación Foral de Vizcaya, Diputación Foral de Guipúzcoa y Comunidad de Madrid, perteneciendo a esta última casi la mitad de la muestra. El 22% eran de familias inmigrantes y, a su vez, el 14% eran de etnia gitana. Toda la muestra estaba formada por jóvenes que se encontraban en hogares de protección de carácter especializado, es decir, orientados a la población de menores en protección con graves problemas emocionales y de conducta.

### Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida del estudio fueron, por un lado, cuestionarios que recogían información de los expedientes de protección y, por otro lado, los instrumentos estandarizados cumplimentados por los y las adolescentes “*Youth Self-Report*” (YSR) y “*Juvenile Victimization Questionnaire*” (JVQ).

En primer lugar, se elaboró un instrumento *ad hoc* para recoger la información referida a las características de los y las jóvenes, incluyendo: información sociodemográfica (sexo, edad y etnia), características del proceso de protección, antecedentes familiares (violencia doméstica, extrema pobreza, etc.), historia de salud del joven e historial de conductas de riesgo.

También se utilizó el cuestionario JVQ (Hamby et al., 2005a), concretamente la versión adaptada y traducida al español (Pereda et al., 2016). Este es un cuestionario diseñado para recoger información sobre una amplia gama de victimizaciones. Concretamente informa sobre 36 tipos de delitos contra la juventud que abarcan seis áreas de interés: delito convencional, desprotección o maltrato infantil, victimización entre pares, victimización sexual, victimización indirecta y victimización a través de internet. Cada una de estas áreas se conoce como “módulo”. La respuesta del cuestionario es dicotómica (sí/no).

En cuanto a la validez de este cuestionario, las correlaciones son moderadas pero significativas para todos los módulos y para la mayoría de los ítems de selección individuales también. En general, las correlaciones sugieren que los examinadores, módulos y compuestos de JVQ se comportan como lo hacen otros instrumentos de victimización. Respecto a la fiabilidad de la prueba, el Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) general en el JVQ para los encuestados que responden a los 36 ítems es de 0.80 (Hamby et al., 2005b).

Por último, se utilizó el cuestionario YSR (Achenbach y Rescorla, 2001), el cual es uno de los instrumentos que conforman el ASEBA, un instrumento screening utilizado para identificar a los niños y niñas de alto riesgo. Es un formulario que puede autoadministrarse y que está compuesto por 112 ítems de los que se obtienen 8 subescalas clínicas específicas (ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, quejas somáticas, problemas de atención, problemas de pensamiento, problemas sociales, conducta agresiva y conducta disruptiva) y tres escalas de banda ancha o segundo orden (internalizante, externalizante y total).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el YSR es un instrumento con garantías en cuanto a fiabilidad y validez, con un Alpha de Cronbach de 0,90 y una fiabilidad test-retest de 0,85 para las escalas de banda ancha (Achenbach et al., 2008).

## **Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo en un total de 20 hogares de acogida, de forma específica: siete centros en Vizcaya, seis en Guipúzcoa y otros siete en Madrid. Antes de iniciar la recogida de datos se solicitó a los tutores legales de los y las adolescentes (la familia de origen o administración pública) el consentimiento informado. Una vez conseguidos los permisos, se presentó el estudio en los hogares, a los cuales se trasladó el equipo investigador, formado por dos psicólogas. La muestra potencial de participantes se dividió en pequeños grupos y se les explicó el proyecto: en qué consistía, sus objetivos y el procedimiento a seguir. Posteriormente los y las jóvenes que aceptaban participar debían firmar de nuevo un consentimiento informado antes de cumplimentar los autoinformes. Durante la cumplimentación de los cuestionarios, el grupo de adolescentes contaba con el apoyo de las profesionales para resolver cualquier duda que pudiera surgir. De forma paralela, el equipo investigador recogió la

información de los perfiles a través de la revisión de expedientes de protección infantil de cada joven participante.

Una vez obtenido los resultados, se dividió la muestra en cuatro categorías en función del grado de victimización, siguiendo el procedimiento descrito por Fernández-Artamendi et al., (2020): En primer lugar, siguiendo las sugerencias de los desarrolladores del JVC (Finkelhor, Ormrod, y Turner, 2009), el umbral de polivictimización para la muestra se estableció en el 10 % superior con mayor exposición a la victimización. Los autores también indican que se debe tener en cuenta las diferencias asociadas a la edad de los adolescentes. Por ello, se siguió la categorización utilizada por Pereda, Gallardo-Pujol y Guilera (2016) con una muestra comunitaria de adolescentes españoles para crear dos grupos de edad (menores de 14 años y adolescentes de 14 años o más), con el fin de establecer diferentes umbrales de polivictimización para cada uno. A continuación, se calculó el umbral del 10 % para cada grupo de edad. En ambos grupos se definió polivictimización como la presentación de más de 20 experiencias de victimización (grupo “alta polivictimización”).

### **Consideraciones éticas**

El estudio cumple con todos los requisitos éticos establecidos por la Declaración de Helsinki de 1964 para estudios de investigación con seres humanos. Ha sido aprobado por la Secretaría de Bienestar y Asuntos Sociales del Ministerio de Economía y Competitividad del Reino de España, así como de las respectivas Administraciones de Protección a la Infancia de cada una de las Comunidades Autónomas participantes. El Comité de ética de la Universidad de La Laguna (Tenerife) ha aprobado este estudio.

### **Diseño**

El tipo de diseño del estudio es correlacional, ya que se estudió la relación entre variables, comparando el suicidio con otros constructos como la victimización y la salud mental.

### **Análisis de los datos**

Finalmente, para el análisis de los datos se utilizó la versión 24 del programa informático SPSS. Se utilizó la técnica *t* de Student para las variables cuantitativas y la Chi-Cuadrado para variables categóricas dicotómicas. En todos los análisis se estableció como grado de significación  $p < 0.05$ .

## Resultados

### Conducta suicida

En primer lugar, se estudiaron las conductas suicidas de los y las participantes y, como se observa en la tabla 1, se encontró que un 32,7% de la muestra había manifestado algún tipo de conducta de estas características.

También se estudiaron las conductas suicidas y sus diferentes tipos en función del sexo, encontrando que estas son más comunes en mujeres (55,1%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 8,29,  $p = 0,004$ ;  $d = 0,24$ ]. En las diferentes conductas suicidas, se observaron diferencias significativas en las autolesiones, estando más presentes en las mujeres (34,5%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 8,59,  $p = 0,003$ ;  $d = 0,24$ ] que en los hombres (14,1%); así como en los intentos de suicidio, los cuales también fueron más frecuentes en mujeres (13,8%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 5,80,  $p = 0,016$ ;  $d = 0,20$ ].

**Tabla 1**

#### *Conductas suicidas*

| Variables             | Muestra total | Hombres      | Mujeres      |
|-----------------------|---------------|--------------|--------------|
|                       | (N = 150)     | (n = 92)     | (n = 58)     |
|                       | <i>n (%)</i>  | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> |
| Conductas suicidas**  | 49 (32,7)     | 22 (44,9)    | 27 (55,1)    |
| Verbalizaciones       | 11 (7,3)      | 5 (5,4)      | 6 (10,3)     |
| Ideación suicida      | 18 (12)       | 9 (9,8)      | 9 (15,5)     |
| Amenazas de suicidio  | 21 (14)       | 10 (10,9)    | 11 (19)      |
| Autolesiones**        | 33 (22)       | 13 (14,1)    | 20 (34,5)    |
| Intentos de suicidio* | 11 (7,3)      | 3 (3,3)      | 8 (13,8)     |

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

### Proceso de protección y antecedentes sociofamiliares

En la tabla 2 se muestra el proceso de protección de los y las adolescentes en el cual se observó que los motivos de protección más frecuentes fueron la incapacidad de control parental (78,7%) y haber sido víctima de malos tratos (72%). En el caso de la violencia filiofamiliar, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de comparación, siendo este motivo de protección más frecuente en el grupo sin conducta suicida (SCS) (38,6%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 6,22,  $p = 0,013$ ;  $d = 0,20$ ] que en el grupo con conducta suicida (CCS) (18,4%).

Entre los tipos de malos tratos, se observó que la negligencia emocional era el tipo más común, pues casi la mitad de la muestra (44,7%) lo habían sufrido. En el maltrato físico se encontraron diferencias significativas entre los grupos de análisis, siendo este más frecuente en el grupo CCS (40,8%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 5,93,  $p = 0,015$ ;  $d = 0,19$ ]. Así pues, también se encontraron diferencias significativas en cuanto a la negligencia en necesidades de seguridad, siendo esta más frecuente en el grupo CCS (34,7%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 5,25,  $p = 0,022$ ;  $d = 0,19$ ]. Por último, se hallaron también diferencias entre estos grupos respecto a la explotación sexual, ya que esta variable tan solo estaba presente en el grupo CCS (4,1%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 4,18,  $p = 0,041$ ;  $d = 0,17$ ].

Respecto al historial de rupturas durante el proceso de protección, la ruptura más frecuente fue la de acogimiento residencial, es decir, cambios en el hogar de acogida. Esta variable estaba presente en el 61,3% de la muestra y se observó que fue más frecuentes en el grupo CCS (73,5%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 4,52,  $p = 0,034$ ;  $d = 0,17$ ].

El 82,7% de la muestra había entrado en otros centros de acogida con anterioridad. El tiempo total que llevaban los y las participantes en acogimiento residencial variaba desde los 0 hasta los 132 meses ( $M = 31,33$ ;  $DT = 21,50$ ). Concretamente, la estancia en el centro terapéutico variaba de los 0 a los 48 meses ( $M = 11,43$ ;  $DT = 11,50$ ).

Respecto a los antecedentes familiares, el 77,3% presentaba uno o más factores de riesgo familiares, los cuales pueden observarse en la tabla 3. Se encontraron diferencias entre los grupos de análisis en la exposición a conducta suicida por parte de algún miembro de la familia con quien haya convivido, estando esta variable más presente en el grupo CCS (10,2%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 7,29,  $p = 0,007$ ;  $d = 0,22$ ] que en el grupo de comparación (1%).

**Tabla 2***Proceso de protección del menor.*

| Variables   | Muestra            | CCS       | SCS       |
|---|--------------------|-----------|-----------|
|   | total<br>(N = 150) | (n = 49)  | (n = 101) |
|   | n (%)              | n (%)     | n (%)     |
| <b>Motivos de protección</b>                      |                    |           |           |
| Malos tratos                                      | 108 (72)           | 40 (81,6) | 68 (67,3) |
| Incumplimiento obligaciones paternas              | 21 (14)            | 6 (12,2)  | 15 (14,9) |
| Abandono / renuncia                               | 20 (13,3)          | 4 (8,2)   | 16 (15,8) |
| Incapacidad de control parental                   | 118 (78,7)         | 35 (71,4) | 83 (82,2) |
| Violencia filio parental*                         | 48 (32)            | 9 (18,4)  | 39 (38,6) |
| Otros   | 7 (4,7)            | 5 (10,2)  | 2 (2)     |
| <b>Malos tratos</b>                               |                    |           |           |
| Maltrato físico*                                  | 42 (28)            | 20 (40,8) | 22 (21,8) |
| Maltrato emocional                                | 57 (38)            | 20 (40,8) | 37 (36,6) |
| Negligencia física                                | 53 (35,3)          | 18 (36,7) | 35 (34,7) |
| Negligencia emocional                             | 67 (44,7)          | 22 (44,9) | 45 (44,6) |
| Negligencia de necesidades de seguridad*          | 35 (23,3)          | 17 (34,7) | 18 (17,8) |
| Negligencia en necesidades de formación           | 57 (38)            | 21 (42,9) | 36 (35,6) |
| Abuso sexual                                      | 4 (2,7)            | 2 (4,1)   | 2 (2)     |
| Explotación sexual*                               | 2 (1,3)            | 2 (4,1)   | 0 (0)     |
| <b>Historial de rupturas</b>                      |                    |           |           |
| Ruptura de Acogimiento Familiar                   | 27 (18)            | 6 (12,2)  | 21 (20,8) |
| Ruptura de Acogimiento Residencial*               | 92 (61,3)          | 36 (73,5) | 56 (55,4) |
| Ruptura de Adopción                               | 19 (12,7)          | 5 (10,2)  | 14 (13,9) |
| Ruptura de Reunificación Familiar                 | 21 (14)            | 7 (14,3)  | 14 (13,9) |
| Ha estado en otros centros acogidos anteriormente | 124 (82,7)         | 43 (87,8) | 81 (80,2) |
| Ha estado previamente en un recurso especializado | 44 (29,3)          | 13 (26,5) | 31 (30,7) |

\*  $p < 0,05$

**Tabla 3***Antecedentes familiares.*

| Variables                    | Muestra total | CCS       | SCS       |
|------------------------------|---------------|-----------|-----------|
|                              | (N = 150)     | (n = 49)  | (n = 101) |
|                              | n (%)         | n (%)     | n (%)     |
| Delincuencia                 | 29 (19,3)     | 10 (20,4) | 19 (18,8) |
| Situación económica precaria | 69 (46)       | 21 (42,9) | 48 (47,5) |
| Violencia de género          | 48 (32)       | 17 (34,7) | 31 (30,7) |
| Discapacidad intelectual     | 10 (6,7)      | 1 (2)     | 9 (8,9)   |
| Problemas de salud mental    | 65 (43,3)     | 25 (51)   | 40 (39,6) |
| Drogodependencia             | 51(34)        | 16 (32,7) | 35 (34,7) |
| Conducta suicida**           | 6 (4)         | 5 (10,2)  | 1 (1)     |
| Violencia intrafamiliar      | 19 (12,7)     | 6 (12,2)  | 13 (12,9) |

\*\*  $p < 0,01$ **Experiencias de victimización**

Las experiencias de victimización sufridas a lo largo de la vida por los y las participantes pueden verse en la tabla 4. Casi la totalidad de la muestra afirmó haber sufrido experiencias de victimización en los diferentes módulos del JVQ, exceptuando en los módulos de victimización sexual y victimización a través de internet, en los que el porcentaje de víctimas fue menos de la mitad, siendo aun así un porcentaje muy elevado.

Las experiencias de victimización del módulo “sexual” fueron significativamente más numerosas en el grupo CCS (53,1%) [ $\chi^2 (1, N = 150) = 6,36, p = 0,012; d = 0,21$ ] que en el grupo SCS (31,7%).

El número total de experiencias de victimización que sufrieron los y las participantes varían de 0 a 32 ( $M=13,47; DT = 6,70$ ). En la misma línea, se analizaron las experiencias de victimización acumuladas, la poli-victimización, y se vio que el 62,7% de la muestra de la muestra se encontraba en el grupo de poli-victimización media. En el grupo de poli-victimización alta se observó mayor frecuencia de conductas suicidas (28,6% frente a un 11,9% sin conductas suicidas) [ $\chi^2 (1, N = 150) = 6,41, p = 0,011; d = 0,21$ ].

**Tabla 4***Resultados JVQ.*

| Variables                          | Muestra total | CCS       | SCS       |
|------------------------------------|---------------|-----------|-----------|
|                                    | (N = 150)     | (n = 49)  | (n = 101) |
|                                    | n (%)         | n (%)     | n (%)     |
| Delitos convencionales             | 137 (91,3)    | 46 (93,9) | 91 (90,1) |
| Delito contra la propiedad         | 116 (77,3)    | 42 (85,7) | 74 (73,3) |
| Delito contra la persona           | 126 (84)      | 43 (87,8) | 83 (82,2) |
| Desprotección o maltrato infantil  | 120 (80)      | 41 (83,7) | 79 (78,2) |
| Victimización por parte de pares   | 122 (81,3)    | 42 (85,7) | 80 (79,2) |
| Victimización sexual*              | 58 (38,7)     | 26 (53,1) | 32 (31,7) |
| Con contacto                       | 44 (29,3)     | 22 (44,9) | 22 (21,8) |
| Sin contacto                       | 41 (27,3)     | 19 (38,8) | 22 (21,8) |
| Victimización indirecta            | 141 (94)      | 47 (95,9) | 94 (93,1) |
| Violencia doméstica                | 73 (48,7)     | 27 (55,1) | 46 (45,5) |
| Violencia comunitaria              | 139 (92,7)    | 46 (93,9) | 93 (92,1) |
| Victimización a través de internet | 72 (48)       | 27 (55,1) | 45 (44,6) |
| Poli-victimización                 |               |           |           |
| No víctima                         | 3 (2)         | 1 (2)     | 2 (2)     |
| Poli-victimización baja            | 27 (18)       | 5 (10,2)  | 23 (22,8) |
| Poli-victimización media           | 94 (62,7)     | 29 (59,2) | 65 (64,4) |
| Poli-victimización alta*           | 26 (17,3)     | 14 (28,6) | 12 (11,9) |

\*  $p < 0,05$ **Salud y conductas de riesgo**

La tabla 5 refleja el historial de salud física y mental de la muestra. El 27,3% de la muestra tenía algún tipo de discapacidad reconocida legalmente, siendo la más frecuente la psíquica (23,3%). El 60% de la muestra presentaba algún diagnóstico clínico y, concretamente, el 32,7% presentaba más de uno, pudiéndose presentar entre 0 y 5 trastornos mentales diagnosticados ( $M = 1,09$ ;  $DT = 1,17$ ). El más frecuente fue el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), presente en el 26% de la muestra. En el trastorno de personalidad fue donde se encontraron más diferencias entre presentar o no conductas suicidas, siendo significativamente mayor la

presencia de este diagnóstico dentro del grupo CCS (16,3%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 13,76,  $p \leq 0,001$ ;  $d = 0,30$ ].

En la misma línea, casi la totalidad de la muestra (90,7%) había tenido algún tipo de tratamiento de salud mental previo al ingreso en el centro de ART. En los tres tipos de tratamientos se encontraron diferencias entre los grupos de comparación: el tratamiento psiquiátrico fue más frecuente en el grupo CCS (91,8%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 8,12,  $p = 0,004$ ;  $d = 0,23$ ]; el tratamiento psicofarmacológico también fue más frecuente en ese mismo grupo (87,8%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 5,51,  $p = 0,019$ ;  $d = 0,19$ ] que en el grupo SCS (70,3%) y, el tratamiento psicológico, de nuevo, fue más frecuente en el grupo CCS (93,9%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 11,36,  $p \leq 0,001$ ;  $d = 0,28$ ].

A través del cuestionario YSR, como se puede ver en la tabla 6, se observaron distintas problemáticas de salud mental. Se encontró que en la escala de “Conducta disruptiva”, puntuó positivamente casi la mitad de la muestra. Además, destaca que un 29,3% puntuaba positivamente en la escala internalizante y que más de la mitad de la muestra puntuaba positivamente en la escala externalizante.

Dentro de las escalas de primer orden, hubo 4 escalas que destacaron por las diferencias significativas entre los grupos de análisis. Estas fueron: la escala ansiedad – depresión (26,5%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 8,18,  $p = 0,004$ ;  $d = 0,23$ ], la escala problemas sociales (30,6%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 11,56,  $p \leq 0,001$ ;  $d = 0,28$ ], problemas de pensamiento (22,4%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 7,52,  $p = 0,006$ ;  $d = 0,22$ ], y problemas de atención (38,8%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 6,17,  $p = 0,013$ ;  $d = 0,20$ ]. Todas ellas fueron más frecuentes en el grupo CCS. En las escalas de segundo orden, destacan las diferencias entre presentar conductas suicidas o no dentro de la escala internalizante, siendo significativamente más frecuente en el grupo CCS (44,9%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 8,51,  $p = 0,004$ ;  $d = 0,24$ ].

Finalmente, respecto a las conductas de riesgo, puede observarse en la tabla 7 que las más frecuentes fueron las conductas violentas en diferentes contextos, como el centro de acogimiento residencial, el domicilio familiar, el centro educativo y/o en el contexto comunitario (87,3%), haberse fugado del centro residencial y/o del domicilio familiar (61,3%) y el consumo de alcohol u otras drogas (58%). Las conductas sexuales de riesgo fueron más frecuentes entre los y las jóvenes CCS (44,9%) [ $\chi^2$  (1, N = 150) = 5,56,  $p = 0,018$ ;  $d = 0,19$ ] que entre los y las jóvenes SCS (25,7%).

**Tabla 5***Salud física y mental.*

| Variables   | Muestra            | CCS          | SCS          |
|---|--------------------|--------------|--------------|
|   | total<br>(N = 150) | (n = 49)     | (n = 101)    |
|   | <i>n (%)</i>       | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> |
| <b>Tipo de discapacidad</b>   |                    |              |              |
| Física  | 4 (2,7)            | 1 (2)        | 3 (3)        |
| Sensorial   | 0 (0)              | 0 (0)        | 0 (0)        |
| Intelectual   | 21 (14)            | 8 (16,3)     | 13 (12,9)    |
| Psíquica  | 35 (23,3)          | 11 (22,4)    | 24 (23,8)    |
| <b>Presencia de diagnóstico clínico</b>                               |                    |              |              |
| Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)               | 90 (60)            | 32 (65,3)    | 58 (57,4)    |
| Trastorno del neurodesarrollo (TND) <sup>a</sup>                      | 19 (12,7)          | 6 (12,2)     | 13 (12,9)    |
| Esquizofrenia o trastorno psicótico                                   | 4 (2,7)            | 3 (6,1)      | 1 (1)        |
| Trastornos del estado de ánimo  | 4 (2,7)            | 2 (4,1)      | 2 (2)        |
| Trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado                           | 4 (2,7)            | 3 (6,1)      | 1 (1)        |
| Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés                | 19 (12,7)          | 8 (16,3)     | 11 (10,9)    |
| Trastornos del apego  | 17 (11,3)          | 5 (10,2)     | 12 (11,9)    |
| Trastornos de conducta  | 40 (26,7)          | 13 (26,5)    | 27 (26,7)    |
| Trastorno relacionado con consumo de sustancias o conductas adictivas | 8 (5,3)            | 1 (2)        | 7 (6,9)      |
| Trastorno de la personalidad***                                       | 9 (6)              | 8 (16,3)     | 1 (1)        |
| <b>Ha recibido algún tratamiento de SM previo</b>                     |                    |              |              |
| Tratamiento psiquiátrico**  | 117 (78)           | 45 (91,8)    | 72 (71,3)    |
| Tratamiento psicofarmacológico*                                       | 114 (76)           | 43 (87,8)    | 71 (70,3)    |
| Tratamiento psicológico***  | 116 (77,3)         | 46 (93,9)    | 70 (69,3)    |

<sup>a</sup>Trastorno del neurodesarrollo (TND) sin tener en cuenta el TDAH\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

**Tabla 6***Resultados YSR.*

| Variables                       | Muestra total | CCS       | SCS       |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----------|
|                                 | (N = 150)     | (n = 49)  | (n = 101) |
|                                 | n (%)         | n (%)     | n (%)     |
| <b>Escalas de primer orden</b>  |               |           |           |
| Ansiedad – depresión**          | 22 (14,7)     | 13 (26,5) | 9 (8,9)   |
| Retraimiento – depresión        | 14 (9,3)      | 5 (10,2)  | 9 (8,9)   |
| Quejas somáticas                | 17 (11,3)     | 7 (14,3)  | 10 (9,9)  |
| Problemas sociales***           | 24 (16)       | 15 (30,6) | 9 (8,9)   |
| Problemas de pensamiento**      | 18 (12)       | 11 (22,4) | 7 (6,9)   |
| Problemas de atención*          | 39 (26)       | 19 (38,8) | 20 (19,8) |
| Conducta disruptiva             | 61 (40,7)     | 24 (49)   | 37 (36,6) |
| Conducta agresiva               | 43 (28,7)     | 18 (36,7) | 25 (24,8) |
| <b>Escalas de segundo orden</b> |               |           |           |
| Internalizante**                | 44 (29,3)     | 22 (44,9) | 22 (21,8) |
| Externalizante                  | 90 (60)       | 32 (65,3) | 58 (57,4) |
| Total                           | 72 (48)       | 28 (57,1) | 44 (43,6) |

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$ **Tabla 7***Conductas de riesgo antes de ingresar en el centro ART.*

| Variables                                     | Muestra total | CCS       | SCS       |
|---|---------------|-----------|-----------|
|   | (N = 150)     | (n = 49)  | (n = 101) |
|   | n (%)         | n (%)     | n (%)     |
| Autolesiones por falta de control de impulsos | 16 (10,7)     | 8 (16,3)  | 8 (7,9)   |
| Consumo de alcohol u otras drogas             | 87 (58)       | 26 (53,1) | 61 (60,4) |
| Conductas violentas                           | 131 (87,3)    | 43 (32,8) | 88 (87,1) |
| Fugas   | 92 (61,3)     | 34 (69,4) | 58 (57,4) |
| Expediente en el juzgado                      | 56 (37,3)     | 16 (32,7) | 40 (39,6) |
| Conductas sexuales de riesgo*                 | 48 (32)       | 22 (44,9) | 26 (25,7) |

\*  $p < 0,05$

## Discusión

El presente estudio encontró que un 32,7% de la muestra total había tenido algún tipo de conducta suicida (verbalizaciones, ideación suicida, amenazas de suicidio, autolesiones y/o intentos de suicidio), un dato superior al encontrado en el estudio de Taussig et al. (2014), el cual observó que la tendencia al suicidio fue del 26% en una muestra de menores en el sistema de protección. Esto puede deberse a un aumento en los últimos años de la tasa de conducta suicida, sumado a la especial vulnerabilidad de los y las adolescentes involucrados en el sistema de protección, puesto que estos jóvenes son una población especialmente dañada, con mayores tasas de experiencias de victimización, lo que se relaciona con un aumento de la conducta suicida (Suárez-Soto et al., 2020).

El 12% de nuestra muestra manifestó haber presentado ideación suicida, un dato que encaja dentro de las estimaciones de Taussig et al. (2014), quienes situaron las tasas de ideación suicida en menores en protección entre el 7% y el 27%. Otros estudios encontraron tasas más altas que la nuestra, aunque también dentro del rango mencionado: Evans et al. (2017) señalaron que un 24,7% de jóvenes en protección manifestaron esta conducta y Suárez-Soto et al. (2018) situaron este dato en un 20,6%. Por lo tanto, y aunque nuestros resultados no sean tan altos como en otras investigaciones, se observa cierta prevalencia de ideación suicida en esta población que concuerda con los baremos encontrados en otros estudios.

Por otro lado, el 7,3% de los y las adolescentes aquí evaluados aseguraron haber intentado suicidarse; sin embargo, nuestro resultado es inferior a los hallados por Tavares-Rodrigues et al. (2019), quienes encontraron que los intentos de suicidio en una muestra similar alcanzaban el 13,3%; así como Taussig et al. (2014) situaron este tipo de conducta entre el 8 y el 15%.

Los datos respecto a las autolesiones en esta investigación fueron inferiores a los encontrados por Suárez-Soto et al. (2018), que encontró dicha conducta en un 33,3% de su muestra, mientras que en este estudio fue del 22%.

Nuestros resultados sobre ideación e intentos de suicidio tienden a ser más bajos que los de otros estudios, esto podría explicarse porque nuestra muestra está formada mayoritariamente por hombres (61,33%) y, como ha defendido la “paradoja de género del suicidio” (Lüdtke et al., 2017), las dos conductas antes mencionadas afectan más a

las mujeres. Además, el estudio en el que se enmarca esta investigación no tenía por objeto específico el análisis de la conducta suicida, sino la valoración de múltiples necesidades y factores de riesgo en esta población, por lo que es posible que los indicadores de evaluación no sean tan precisos y sensibles como en estudios específicos de esta temática

Respecto al primer objetivo de este estudio, que consistía en conocer la prevalencia de conducta suicida en los y las menores involucrados en el sistema de protección y contrastarlo con los datos obtenidos hasta ahora en población general de la misma edad, otras investigaciones han señalado que 17,2% de adolescentes de población general presentaron ideaciones suicidas y el 7,4% de ellos intentó suicidarse (Lensch et al., 2021). Resultados similares a los de Trimble y Chandran (2021), quienes encontraron que un 18,2% de jóvenes estadounidenses informó de ideaciones suicidas y un 7,3% de haber intentado suicidarse. En lo referente a las autolesiones en población general, el estudio de Steinhoff et al. (2021) con una muestra de adolescentes, encontró que estas se presentaban en un 27% de ellos. Sin embargo, y en contra de la primera de nuestra primera hipótesis, estos datos no son muy diferentes de los encontrados en nuestro estudio, por lo que la primera de las hipótesis no se confirma.

En lo referente a las diferencias por sexos en las conductas suicidas, el cual es el segundo de nuestros objetivos, diversos investigadores han hablado de “La paradoja de género del suicidio”, que consiste en el hecho de que los hombres mueren más por suicidio mientras que las mujeres tienen mayores tasas de ideación e intentos de suicidio (Lüdtke et al., 2017). Esto ha sido respaldado por varios estudios (Cai et al., 2021; Becker et al., 2018; Suárez-Soto et al., 2018).

En nuestra investigación se ha observado que las conductas suicidas fueron significativamente más comunes en mujeres (55,1%) que en hombres (44,9%). Esto no es de extrañar, puesto que las jóvenes en el sistema de protección llegan especialmente dañadas por su historia particular, algo que se observó en el estudio de Águila-Otero et al. (2020), el cual señaló en las chicas mayor presencia de problemas internalizantes, especialmente en la escala ansiedad-depresión del YSR. Ese mismo estudio también destacó que las jóvenes del sistema de protección presentaban en sus antecedentes mayor número de ingresos hospitalarios, consumo de cocaína o mayor número de conductas sexuales de riesgo y fugas del hogar familiar.

Entre los diferentes tipos de conducta suicida, las diferencias entre hombres y mujeres de nuestra muestra fueron especialmente notables en las autolesiones (34,5% de mujeres frente a 14,15% de hombres) y en los intentos de suicidio (13,8% de mujeres y 3,3% de hombres); esto último coincide con lo encontrado por Águila-Otero et al. (2020), quienes observaron que los intentos de suicidio eran dos veces más comunes en las adolescentes que en los adolescentes. Sin embargo, nuestro estudio no encontró diferencias significativas en la ideación suicida como se esperaba, y tampoco en el resto de las conductas suicidas evaluadas.

Por tanto, la segunda de las hipótesis parece cumplirse parcialmente ya que, la cifra global si es significativamente mayor en chicas, pero al analizar los diferentes subgrupos de conducta suicida no en todos ellos se encontraron tales diferencias.

El tercer objetivo buscaba estudiar la relación entre factores de riesgo de la historia de vida de los y las participantes y la presencia de conductas suicidas en estos.

En primer lugar, respecto a los antecedentes familiares, Sellers et al. (2019) catalogaron como factor de riesgo los antecedentes psiquiátricos de los padres; sin embargo, y aunque se ha observado en otros estudios que en la población en protección hay mayores tasas de antecedentes familiares de problemas de salud mental (González-García et al., 2017; Mowbray et al., 2018), nuestro estudio no encontró relación entre esta característica y la conducta suicida. En la presencia de drogodependencia por parte de los padres tampoco se encontró relación con la conducta suicida.

Tal y como se ha visto en otros estudios (Bilsen, 2018) sí se ha encontrado relación entre tener antecedentes familiares de conducta suicida y la presencia en los y las jóvenes en protección de esta conducta (10,2 CCS frente al 1% SCS). Esta relación pudiera explicarse, al menos en parte, por cuestiones genéticas, ya que se ha observado en estudios de adopción una mayor concordancia de conducta suicida con los padres biológicos que con los adoptivos (Bilsen, 2018).

En otros antecedentes familiares, como fueron la delincuencia, la situación económica precaria, la violencia de género, la discapacidad intelectual o la violencia intrafamiliar, tampoco se encontraron diferencias entre presentar o no conductas suicidas.

Respecto a las experiencias de victimización, este estudio confirma lo hallado en otras investigaciones que señalaron la alta presencia de dichas experiencias en la población en protección frente a la población general (Suárez-Soto et al., 2020). Nuestro estudio encontró que casi toda la muestra sufrió casi todos los tipos de victimización estudiados a través del JVQ. Además, diversos estudios encontraron que estas experiencias son factores predictores de ideación suicida (Heather et al., 2012).

Concretamente, la victimización de tipo sexual parece ser la que más se relaciona con las distintas conductas suicidas (Brokke et al., 2022; Taussig et al., 2014). Esta investigación corrobora estos resultados, ya que pese a no afectar a un porcentaje tan alto de la muestra como otros tipos (38,7%), es el único en el que se encontraron diferencias significativas entre los grupos de análisis, observándose mayor presencia de victimización sexual en el grupo CCS (53,1%) que en el grupo de comparación (31,7%).

El presente estudio también tiene hallazgos similares al estudio de Taussig et al., (2014), el cual señaló la relación entre haber sufrido maltrato físico y las conductas suicidas. En nuestra muestra se encontró mayor presencia de malos tratos físicos en el grupo con conducta suicida (40,8%) que en el grupo sin ella (21,8%). También se observó relación entre la negligencia de necesidades de seguridad y la explotación sexual con las conductas suicidas. Esta relación puede explicarse por el hecho de que ser víctima de distintas situaciones, como las mencionadas, reduzca el miedo del menor a la muerte o al dolor que esta implica (Ammerman et al., 2018).

Otros estudios habían señalado que sufrir victimización por parte de pares aumentaba 2,5 veces las probabilidades de tener pensamientos suicidas (Heather et al., 2012); sin embargo, nuestro estudio no encontró diferencias entre los grupos de análisis respecto a esta cuestión. Si bien es cierto que partimos de una población con un porcentaje tan elevado de este tipo de experiencias (81,3%) que resulta muy difícil que podamos encontrar diferencias entre los dos grupos de análisis, ya que el porcentaje de jóvenes que no han sufrido esta victimización es mucho menor (18,7%).

Suárez-Soto et al. (2018) señalaron la poli-victimización como predictor de conducta suicida, especialmente relacionado con la ideación suicida y las autolesiones. En esta línea, este estudio también observó que haber sufrido alta poli-victimización se relacionaba con la conducta suicida. Estos resultados se explican debido a que los y las

jóvenes involucrados en el sistema de protección tienen mayores tasas de polivictimización que los y las adolescentes de la población general (Suárez-Soto et al., 2018). Nuestro estudio respalda esto, puesto que solo un 2% de nuestra muestra se categorizó como “no víctima”, mientras que el 98% restante eran polivictimizadas. Destacó el grupo polivictimización media, en el que se encontró más de la mitad de nuestra muestra (62,7).

Por tanto, respecto a la tercera hipótesis, parece confirmarse que tanto la presencia de trastornos mentales en familiares cercanos como la presencia de conducta suicida en ellos se relacionan con la aparición de conducta suicida en el o la menor. También se observó relación entre la conducta suicida y algunos tipos de victimización, así como con la presencia de polivictimización alta. Sin embargo, no se confirma la relación entre la presencia de conducta suicida en nuestra muestra y la presencia de drogodependencia en sus padres.

Este estudio también analizó la relación entre la conducta suicida y la presencia de algún trastorno mental en los y las jóvenes de nuestra muestra. Los y las menores en protección parecen tener una mayor presencia de trastornos mentales que los y las jóvenes de edad similar en población general. González-García et al. (2017) situaron este dato en torno al 61% en una muestra española. En nuestra muestra se encontró un dato similar, ya que el 60% presentaba un diagnóstico clínico, y el 32,7% presentaba más de uno. De entre todos los trastornos evaluados, destacó el trastorno de personalidad, por la mayor frecuencia con la que apareció dentro del grupo CCS (16,3%) frente al grupo SCS (1%). Los datos recogidos a través del cuestionario YSR mostraron como la escala de primer orden ansiedad – depresión y la escala de segundo orden “internalizante” se relacionan ambas con la conducta suicida, esto a su vez se relaciona con la cuestión de sexo, puesto que estas dos escalas parecen ser más comunes en mujeres que en hombres según el estudio de Águila-Otero et al. (2020). Además de las mencionadas, otras tres escalas de primer orden se encontraron de forma significativamente mayor en el grupo que presentó conducta suicida, estas fueron la escala problemas sociales, la escala de pensamiento y la escala de problemas de atención. En relación con la salud mental, también se encontró mayor presencia en el grupo con conducta suicida de haber recibido cualquier tipo de tratamiento (psiquiátrico, psicofarmacológico y psicológico); debe tenerse en cuenta que el 90,7% de la muestra había recibido algún tipo de tratamiento, y teniendo en cuenta todas las

características que sitúan a esta muestra como una población más vulnerable de presentar conducta suicida, no sorprende que la presencia del tratamiento se haya relacionado, puesto que el porcentaje que no había recibido era muy pequeño.

Finalmente, a pesar de que el abuso de alcohol y otras sustancias estuvo presente en más de la mitad de la muestra (50%), no se observó relación con la conducta suicida; sin embargo, otros estudios sí señalaron la relación entre el abuso de sustancias por parte de jóvenes y el aumento de ideación e intentos de suicidio (Evans et al., 2017). Concretamente, Sellers et al. (2019) relacionaron el abuso de alcohol con la conducta suicida. Así como tampoco se observó relación entre conductas violentas o tener un expediente en el juzgado y conductas suicidas, aunque otros estudios si lo habían relacionado (Stokes et al., 2015). Las conductas sexuales de riesgo sí fueron más frecuentes en el grupo con conducta suicida (44,9%).

Se confirma la hipótesis que esperaba encontrar relación entre la presencia de trastornos mentales y la conducta suicida; sin embargo, no se confirma que haya relación entre el abuso de sustancias o las conductas delictivas con el comportamiento suicida aquí estudiado.

### **Limitaciones**

Este estudio tiene diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, no contábamos con un grupo de comparación formado por adolescentes de población general, lo que nos impide comparar nuestros resultados con resultados actualizados de población general. Por otro lado, los datos referidos a distintos aspectos de los y las adolescentes (historial de cuidados, antecedentes familiares, conductas de riesgo y tratamientos de salud mental) provienen de los informes de los servicios de protección a la infancia y, debido a que en España no existe un sistema homogéneo para recoger información en las distintas Comunidades Autónomas, alguna información no estaba disponible o completa (especialmente la relativa a antecedentes familiares). Por último, otra posible limitación es que la información relativa a la salud mental de los jóvenes se obtuvo a través de la aplicación de un autoinforme a los y las adolescentes, esto puede suponer que estas necesidades de salud mental puedan estar subestimadas por desconocimiento del problema o deseabilidad social.

### **Conclusiones**

Esta investigación encontró en una muestra española de jóvenes en protección que la presencia de trastornos mentales o conductas suicidas en los padres, haber sido víctimas de experiencias de victimización (especialmente haber experimentado poli - victimización), la presencia de algún tipo de tratamiento o de trastornos mentales en los propios jóvenes y la presencia de conductas sexuales de riesgo se configuran como factores de riesgo de desarrollar diferentes tipos de conducta suicida. Esto debe ser tenido en cuenta de cara a futuras intervenciones, ya que la detección temprana de trastornos mentales, tanto en padres como en hijos e hijas, y de jóvenes que están sufriendo distintos tipos de victimización será útil para actuar de manera rápida y evitar que desarrollen conductas suicidas en el futuro.

### Referencias

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont, Research Center for Children Youths, & Families.
- Águila-Otero, A., Bravo, A., Santos, I. y Del Valle, J.F. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: an analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and Youth Services Review*, 112.
- Ammerman, B. A., Serang, S., Jacobucci, R., Burke, T. A., Alloy, L. B., y McCloskey, M. S. (2018). Exploratory analysis of mediators of the relationship between childhood maltreatment and suicidal behavior. *Journal of adolescence*, 69, 103-112.
- Barrigon, M. L., y Cegla-Schvartzman, F. (2020). Sex, gender, and suicidal behavior. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm*, 89-115.
- Becker, S., Holdaway, A., y Luebbe, A. (2018). Suicidal behaviors in college students: Frequency, sex differences, and mental health correlates including sluggish cognitive tempo. *Journal of Adolescent Health*, 63(2), 181-188.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 540.
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., De Graaf, R., Florescu, S., Alonso, J. y Kovess-Mafety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of affective disorders*, 173, 245-254.
- Brager-Larsen, A., Zeiner, P., Klungøy, O., y Mehlum, L. (2022). Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients? *BMC psychiatry*, 22(1), 1-9.

- Brokke, S. S., Bertelsen, T. B., Landrø, N. I., y Haaland, V. Ø. (2022). The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-8.
- Buitron, V., Hartley, C. M., Pettit, J. W., Hatkevich, C., y Sharp, C. (2018). Aggressive behaviors and suicide ideation in inpatient adolescents: the moderating roles of internalizing symptoms and stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 580-588.
- Cai, Z., Chang, Q., Yip, P. S., Conner, A., Azrael, D., y Miller, M. (2021). The contribution of method choice to gender disparity in suicide mortality: A population-based study in Hong Kong and the United States of America. *Journal of affective disorders*, 294, 17-23.
- 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.
- Fernández-Artamendi, S., Águila-Otero, A., Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2020). Victimization and substance use among adolescents in residential child care. *Child Abuse & Neglect*, 104.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 33(7), 403-411.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Fulginiti, A., He, A. S., y Negriff, S. (2018). Suicidal because I don't feel connected or vice versa? A longitudinal study of suicidal ideation and connectedness among child welfare youth. *Child Abuse & Neglect*, 86, 278-289.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, M.I., Martín, E., Santos, I. y Del Valle, J.F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review* 73, 100-106.

- Hamby, S., Finkelhor, D., Ormrod, R., y Turner, H. (2005a). The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual. *Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.*
- Hamby, S., Finkelhor, D., Ormrod, R., y Turner, H. (2005b). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child abuse & neglect, 29(4), 383-412.*
- Horowitz, L. M., Kahn, G., y Wilcox, H. C. (2021). The urgent need to recognize and reduce risk of suicide for children in the welfare system. *Pediatrics, 147(4).*
- Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., ... y Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ, 183(17), 1977-1981.*
- Kerr, D. C., DeGarmo, D. S., Leve, L. D., y Chamberlain, P. (2014). Juvenile justice girls' depressive symptoms and suicidal ideation 9 years after multidimensional treatment foster care. *Journal of consulting and clinical psychology, 82(4), 684.*
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J., y Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health, 47(1), 26-34.*
- Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, R. F., Evans, W. P., Lu, M., y Yang, W. (2021). Adverse childhood experiences and suicidal behaviors among youth: the buffering influence of family communication and school connectedness. *Journal of Adolescent Health, 68(5), 945-952.*
- Malvaso, C. G., y Delfabbro, P. (2015). Offending behaviour among young people with complex needs in the Australian out-of-home care system. *Journal of Child and Family Studies, 24(12), 3561-3569.*
- Mowbray, O., Jennings, P. F., Littleton, T., Grinnell-Davis, C., y O'Shields, J. (2018). Caregiver depression and trajectories of behavioral health among child welfare involved youth. *Child Abuse & Neglect, 79, 445-453.*
- Orzechowska, A., Łukasik, M., y Gałęcki, P. (2021). Suicide--definition of the phenomenon and prevalence in Poland. *Polish Annals of Medicine, 28(1), 77-81.*

- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., y Guilera, G. (2016). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of violence*, 8(1), 76.
- Poudel, A., Lamichane, A., Magar, K.R., y Prasad, G. (2022). Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factor. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-12.
- Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., y Extremera, N. (2019). Being bullied at school: Gratitude as potential protective factor for suicide risk in adolescents. *Frontiers in psychology*, 10, 662.
- Santens, T., Claes, L., Diamond, G. S., y Bosmans, G. (2018). Depressive symptoms and self-harm among youngsters referred to child welfare: The role of trust in caregiver support and communication. *Child abuse & neglect*, 77, 155-167.
- Sellers, C. M., McRoy, R. G., y O'Brien, K. H. M. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination. *Addictive behaviors*, 93, 39-45.
- Steinhoff, A., Ribeaud, D., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., Quednow, B. B., Hepp, U., ... y Shanahan, L. (2021). Self-injury from early adolescence to early adulthood: age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 30(6), 937-951.
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., y Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of correctional health care*, 21(3), 222-242.
- Suárez-Soto, E., Guilera, G., y Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, 91, 383-389.
- Suárez-Soto, E., Pereda, N., y Codina, M. (2020). Polivictimización y conductas suicidas en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil en Cataluña. *Psicopatología y salud mental*, 35, 9-24.
- Taussig, H. N., Harpin, S. B., y Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child maltreatment*, 19(1), 17-26.

Tavares-Rodrigues, A., González-García, C., Bravo, A., y F. Del Valle, J. (2019). Needs assessment of youths in residential child care in Portugal. *Revista de Psicología Social, 34*(2), 354-382.

Trimble, D. G., y Chandran, A. (2021). Associations between sad feelings and suicide behaviors in the 2019 Youth Risk Behavior Survey: a call for action. *Frontiers in pediatrics, 9*87.