

Artículo Original

Competencias sociales y bullying en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y su asociación con la conducta suicida: Un estudio piloto

Carla Figueroa Saavedra ^{a, b, *}, Claudia Guajardo Sáez ^a, Virginia Guillén Cañas ^b, Michelle Vitali Andana ^a, Cyntia Lagos Cid ^a, Sebastián Huentemil Collin ^a y Valentina Rifo Riquelme ^a

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Fonoaudiología, Universidad Autónoma de Chile, Chile.

^b Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España.

RESUMEN

La evidencia plantea que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) puede estar asociado a un aumento en la ideación suicida. Ante esta situación se hace necesario estudiar si las competencias sociales y el bullying son factores que afectan a la conducta suicida. Por ello, en esta investigación se explora la asociación del estado de las competencias sociales y las experiencias de bullying con el nivel de ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. Se realizó un estudio piloto en el que participaron 24 adolescentes con TEA de alto funcionamiento, cuyas edades fluctuaban entre los 11 y los 18 años. Los instrumentos de evaluación fueron: 1) Escala de Okasha, 2) Escalas de agresión y de victimización y 3) Cuestionario multidimensional de competencia social para adolescentes (AMSC-Q). En el análisis de los datos se consideró la estadística descriptiva y de correlación mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados mostraron una asociación entre el nivel de ideación suicida, el bullying (r_s 0,73; $p < 0,05$) y algunas dimensiones de la competencia social: reevaluación cognitiva (r_s -0,44; $p < 0,05$), ajuste normativo (r_s -0,659; $p < 0,05$) y eficacia social (r_s -0,45; $p < 0,05$). Se concluye que existe una correlación entre bullying y nivel de ideación suicida. Además, se observa que algunas dimensiones de la competencia social están asociadas a la ideación suicida en la población de adolescentes con TEA.

Palabras clave:

Trastorno del Espectro Autista; Prevención del Suicidio; Ideación Suicida; Acoso Escolar; Habilidades Sociales

Social Skills and Bullying and their Association with Suicidal Behavior in Adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD): A Pilot Study

ABSTRACT

Evidence suggests that Autism Spectrum Disorder (ASD) may be associated with an increased risk of suicidal ideation. In light of this situation, it becomes necessary to investigate whether social skills and bullying are factors that influence suicidal behavior. Therefore, this research explores the association between the state of social skills and experiences of bullying, and the degree of suicidal ideation in high-functioning adolescents with ASD. A pilot study was conducted with the participation of 24 high-functioning adolescents with ASD aged between 11 and 18 years. The instruments used for assessment included 1) the Okasha Scale, 2) the Aggression/Victimization Scale, and 3) the Adolescent Multidimensional Social Competence Questionnaire (AMSC-Q). Data analysis involved descriptive statistics and correlation analysis using the Spearman correlation coefficient. The results revealed an association between the level of suicidal ideation, bullying (r_s 0.73; $p < 0.05$), and specific dimensions of social skills: cognitive reappraisal (r_s -0.44; $p < 0.05$), normative adjustment (r_s -0.659; $p < 0.05$), and social efficacy (r_s -0.45; $p < 0.05$). It is concluded that there is a correlation between bullying and the degree of suicidal ideation. Additionally, it is observed that some dimensions of social competence are associated with suicidal ideation in the population of adolescents with ASD.

Keywords:

Autism Spectrum Disorder; Self-Injurious Behavior; Suicidal Ideation; Bullying; Social Skills

*Autor/a correspondiente: Carla Figueroa Saavedra
Email: carla.figueroa@uautonoma.cl

Recibido: 27-12-2022
Aceptado: 08-11-2023
Publicado: 23-11-2023

INTRODUCCIÓN

El suicidio incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y su consumación. Este fenómeno constituye una importante preocupación de salud a nivel mundial tanto en población adulta como adolescente (Chu et al., 2017). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), cada año unas 700 mil personas deciden quitarse la vida, lo que equivale a una tasa de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Además, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2017) informa que el suicidio es la cuarta causa de mortalidad entre los jóvenes de entre 15 y 29 años. En Chile en el año 2020 se produjeron 1.315 muertes por suicidio (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2022) más de 220 mil chilenos sobre los 18 años han planificado su suicidio (MINSAL, 2019) y más de 100 mil reconoce que intentó quitarse la vida (Subsecretaría de Salud Pública, 2017). En cuanto a las atenciones de urgencia registradas en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en el año 2022 hubo 16.235 personas con lesiones auto infligidas intencionalmente o por ideación suicida (DEIS, 2023).

La evidencia internacional ha mostrado que los grupos con Necesidades Educativas Especiales (NEE) son más vulnerables al suicidio, en especial, las personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) (Ruggieri, 2020).

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que se distingue por la presencia continua de deficiencias en la comunicación social, así como por la exhibición de patrones de comportamiento, intereses o actividades que son tanto restrictivas como repetitivas. Estas características impactan significativamente en la vida de la persona afectada y se manifiestan en diversos contextos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Según las cifras a nivel mundial, se estima que entre los años 2012 y 2021 la prevalencia del autismo varía entre regiones, con una mediana de prevalencia de 100/10.000 (rango: 1,09/10.000 a 436,0/10.000), donde la razón hombre (4)-mujer (2) (Zeidan et al., 2022). Otros estudios plantean que la prevalencia a nivel latinoamericano está entre el 1 y el 1.5% (Fajardo et al., 2021). Sin embargo, estas cifras son sólo estimaciones de prevalencia de autismo en América Latina. En Chile no existen trabajos sobre prevalencia de este trastorno, aunque una investigación realizada en 2 comunas urbanas de la Región Metropolitana mostró una prevalencia de 1,96% es decir, 1 en 51 niños, con una distribución por sexo de 4 niños por 1 niña (Yáñez et al., 2021).

El DSM-5 ha unificado cuatro subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) para la categoría general de TEA. También, plantea

que la variabilidad del autismo se manifiesta a través de los niveles de apoyo que requiere cada persona, proponiendo 3 niveles. El nivel 3 implica que las personas presentan dificultades graves en el aspecto comunicativo verbal y no verbal, causando alteraciones graves en el funcionamiento. Además, exhiben inflexibilidad y dificultad extrema para enfrentar cambios, interfiriendo notoriamente en el funcionamiento de todos los ámbitos de su vida. El nivel 2 incluye a personas con escasas aptitudes en la comunicación social verbal y no verbal, afectando el ámbito social. Se caracteriza por un limitado inicio de interacciones sociales y escasas respuestas o respuestas anormales en la apertura social. Por último, las personas que se encuentran en el nivel 1 evidencian dificultades en la comunicación social que se caracterizan por iniciar interacciones sociales con respuestas atípicas e insatisfactorias. Además presentan un comportamiento inflexible, lo cual produce una interferencia importante en diferentes contextos de su vida (APA, 2013).

En cuanto al suicidio en los niños y adolescentes con TEA, son escasos los estudios que exploran la conducta suicida en esta población (Cassidy et al., 2022; Hedley et al., 2021; La Buissonnière et al., 2022; Matthias et al., 2021). A pesar de la insuficiente literatura, existe evidencia sobre algunos aspectos de la conducta suicida de las personas con TEA. Así, se ha constatado una mayor prevalencia de tendencias suicidas en personas con TEA, al compararlas con personas con desarrollo típico (Blanchard et al., 2021; Costa et al., 2020).

Un aspecto destacable es que se ha constatado una relación entre coeficiente intelectual y la presencia de pensamientos suicidas en la población autista (Casten et al., 2023). Esta evidencia indica que una mayor capacidad cognitiva implica un incremento en la manifestación de pensamientos suicidas en niños con autismo. Este hallazgo pone de manifiesto que, aunque en términos generales las personas autistas enfrentan un mayor riesgo de experimentar pensamientos suicidas, este efecto se acentúa de manera notable en aquellos individuos que presentan un coeficiente intelectual excepcionalmente elevado. Por otra parte, se han identificado diferentes factores que son precipitantes en el surgimiento o aparición de la conducta suicida. Uno de ellos es el bullying, el cual se define como una forma de agresión intencional que incluye actos verbales, físicos o psicológicos que ocurren en una relación con otras personas de manera reiterada, sistemática y sostenida en el tiempo. El bullying es considerado una de las prácticas más destructivas que existe para los niños en contextos escolares (Ambiado-Lillo et al., 2022; Olweus, 1998). En concordancia con lo anterior, diversas investigaciones indican que las NEE y los trastornos de la comunicación son una condición de alta vulnerabilidad y un predictor significativo de implicación

directa (Ambiado-Lillo et al., 2022; Blood & Blood, 2004; Knox & Conti-Ramsden, 2003; Little, 2001; van Roekel et al., 2010). Al respecto, Lung et al. (2019) reportan que los adolescentes diagnosticados con TEA y Discapacidad Intelectual informaron una mayor tasa de acoso escolar en comparación con aquellos sin diagnóstico. Consistente con lo anterior, los niños y las niñas con TEA son acosados/as por sus compañeros/as con mayor frecuencia que otros/as compañeros/as de clases, generando un impacto negativo en el funcionamiento académico y en los síntomas de salud mental, incluido un mayor riesgo de suicidio (Park et al., 2020).

Otro factor precipitante de suicidio es la conducta social, definida como la utilización de habilidades en interacciones sociales para alcanzar objetivos personales en distintos contextos (Gómez-Ortiz et al., 2019). Según Gómez-Ortiz et al. (2017), la conducta social incluye 5 dimensiones: reevaluación cognitiva (estrategias de regulación emocional), ajuste social (grado en que la persona realiza conductas socialmente competentes), conducta prosocial (ofrecimiento de ayuda o consuelo a otras personas), eficacia social (percepción individual de eficacia en la interacción social) y ajuste normativo (adhesión a las normas sociales en el contexto educativo).

La evidencia disponible muestra que las personas con síntomas de TEA y dificultades en las habilidades sociales presentaban un mayor riesgo suicida (Smith et al., 2023). También, se ha planteado la necesidad de intervenir sobre las habilidades sociales, ya que están vinculadas a la conducta suicida de personas con TEA (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia [SOPNIA], 2017). Además, las deficiencias de la comunicación social y las dificultades para establecer relaciones interpersonales son desencadenantes de la conducta suicida (Echeburúa, 2015).

Debido a la escasa literatura y a la necesidad de generar conocimiento en esta temática, esta investigación buscó explorar la asociación del estado de las competencias sociales y las experiencias de bullying con el nivel de ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. A su vez, las preguntas de investigación fueron: ¿Cómo son las competencias sociales y las experiencias de bullying en adolescentes con TEA de alto funcionamiento?, ¿cómo es el nivel de ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento? y ¿existe correlación entre las competencias sociales, las experiencias de bullying y el nivel de ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento? Finalmente, la hipótesis propuesta fue: las experiencias de bullying y el desempeño en las competencias

sociales se relacionan con la ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento.

METODOLOGÍA

Diseño

Es un estudio piloto de corte transversal que consideró como variables de investigación las experiencias de bullying, las competencias sociales y el nivel de ideación suicida.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 24 adolescentes (21 hombres y 3 mujeres) con TEA de alto funcionamiento, cuyo promedio de edad fue 13 años, 8 meses. Todos pertenecían a la comuna de Temuco.

Las personas con TEA de alto funcionamiento se encuentran en el extremo de menor afectación del espectro, presentando una mayor funcionalidad o capacidad. Los síntomas son menos marcados, lo que posibilita un aprendizaje y desarrollo más cercano a los parámetros de normalidad (APA, 2013).

El muestreo fue no probabilístico intencionado de casos típicos. Dos fueron los criterios de inclusión: a) ser de nacionalidad chilena y b) poseer un diagnóstico médico de TEA, medido mediante una evaluación médica integral de carácter clínico, debidamente acreditado mediante un certificado. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: a) presentar discapacidad intelectual, b) presentar trastorno bipolar, c) presentar trastorno obsesivo compulsivo, d) no poseer un diagnóstico, o no disponer de un certificado médico y e) no ubicarse en el nivel 1, según el DSM 5. Se realizó una anamnesis con el fin de asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Instrumentos

El riesgo suicida se evaluó mediante la Escala para evaluar el riesgo suicida (Okasha et al., 1981). Esta escala está validada en Chile y cuenta con una confiabilidad de 0,89, una sensibilidad del 90% y una especificidad del 79% (Salvo et al., 2009). Está conformada por 4 ítems: los tres primeros exploran la ideación suicida y el cuarto indaga sobre el intento de suicidio. Cada ítem tiene puntajes que van de 0 a 3 puntos, en consecuencia, el puntaje total puede ir de 0 a 12 puntos. Una mayor puntuación implica mayor gravedad.

La evaluación del bullying se efectuó mediante escalas de autorreporte que miden la agresión física y verbal entre escolares.

Las escalas son Escala de victimización y Escala de agresión y están validadas en Chile. Así, la Escala de victimización presenta una validez de constructo de 0.84 y la de agresión de 0.89 (López & Orpinas, 2012).

La competencia social se evaluó mediante el Cuestionario multidimensional de competencia social para adolescentes (AMSC-Q) (Gómez-Ortiz et al., 2017). Se compone de 26 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert de 1-7 (1=totamente falso - 7=totamente verdadero). Los ítems evalúan cinco dominios fundamentales de la competencia social: prosocialidad, regulación emocional, percepción de eficacia social, ajuste social entre iguales y ajuste normativo. Esta escala se encuentra validada en España y su validez convergente fue de 0,70 y la confiabilidad medida a través de alfa de Cronbach y Omega de McDonald presentó valores iguales o superiores a 0,82 en todos los factores.

Procedimientos

Se contactó a usuarios, dirigentes de fundaciones y agrupaciones de padres de menores con TEA a través de redes sociales y mediante correo electrónico. Se realizaron reuniones donde se explicó detalladamente a la madre, al padre y/o al/la cuidador/a la manera en que se aplicarían los instrumentos. Además, se informó que era imprescindible contar con el consentimiento y asentimiento para que el menor pudiera participar del estudio. Todas las personas que accedieron a participar del estudio fueron citados a una entrevista mediante Zoom®, donde se realizó la anamnesis y se aplicaron todas las escalas tanto a los progenitores como a sus hijos/as.

Es importante mencionar que a partir de la Escala de Okasha se obtuvo un puntaje de corte para clasificar, riesgo y no riesgo de suicidio. El cuestionario de competencia social y las escalas para medir bullying fueron valorados, según el puntaje total medio.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos en las tres escalas fueron tabulados en Excel y procesados a través del software estadístico SPSS versión 21 (IBM Corp., 2012). Los datos fueron descritos mediante tablas de frecuencias por lo que en esta descripción se consideró la variable categórica ítem a ítem. También, se describió la suma de cada escala considerando la variable cuantitativa continua, que fue descrita mediante la mediana, la media, la desviación estándar y el rango (puntajes máximos y mínimos). Para establecer la asociación lineal se utilizó la prueba de correlaciones no paramétrica de Spearman, seleccionada según los resultados obtenidos en la prueba de normalidad Shapiro Wilk. Es

importante indicar que para el análisis de correlaciones se consideró el puntaje total de cada una de las escalas, por lo que las variables ingresadas fueron analizadas como variables cuantitativas continuas. Los valores para la correlación fueron los siguientes: a) valor de r está entre 0.0 y 0.1 no existe correlación, b) valor de r está entre 0.1 y 0.3 es una correlación baja, c) valor de r está 0.3 y 0.5 es una correlación media, d) rango entre 0.5 y 0.7 es una correlación alta y e) valor de r mayor a 0.7 es una correlación muy alta.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad Autónoma de Chile en Temuco. Se le asignó el código alfanumérico FONOAU 0073, con fecha de aprobación 21 de septiembre del año 2021.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios con fecha 25 de noviembre de 2021, número de protocolo asignado 106.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del análisis de los datos recopilados mediante diversos instrumentos. En términos de distribución, se destacan las diferencias observadas: mientras que el AMSC-Q y la dimensión de ajuste social presentaron una distribución normal, las dimensiones de ajuste normativo, autoeficacia social, conducta prosocial y reevaluación cognitiva mostraron una distribución que no es normal. Asimismo, la Escala de Okasha y las Escalas de agresión y victimización exhibieron una distribución no paramétrica.

En cuanto a la presencia de ideación suicida, se constató que un 12,5% de los participantes la experimentó, con riesgo e intento no consumado. El análisis de las Escalas de agresión y victimización reveló que los adolescentes con conducta suicida y experiencias de acoso escolar obtuvieron puntajes más elevados en estas escalas.

Con respecto a las Escalas de agresión y victimización, la mediana fue de 17 (rango intercuartílico IQ 79, min 0 - máx. 79). En la dimensión de agresión, la mediana fue de 10 (IQ de 47, min de 0 - máx. 47). En relación a la dimensión de victimización, la mediana fue 4,5 (Q 51, min 0 - máx. 51). En el AMSC-Q, la mediana fue 131 (IQ 109, min 73 y el máx. 182).

El análisis de las Escalas de agresión y victimización permitió advertir que los adolescentes con conductas suicidas que experimentan acoso escolar obtienen puntuaciones más altas en dichas escalas. Al analizar las aseveraciones más relevantes, se observa lo siguiente. En la afirmación “Yo peleé a golpes porque estaba enojado”, el 41,7% de los adolescentes menciona que ha peleado a golpes con sus compañeros. En la aseveración “Yo estuve enojado la mayor parte del día”, se encontró que el 70,8% de adolescentes mencionó que se enojan durante gran parte del día. En la afirmación “Un estudiante me hizo una broma o me molestó para que yo me enojara”, el 54,2% informó haber sido molestado y que se habían sentido enojados. Ante la aseveración “Un estudiante dijo cosas sobre mí para hacer reír a otros estudiantes”, el 45,8% de los participantes refirió haber recibido burlas. En la afirmación “Un estudiante me empujó”, el 50 % de los sujetos mencionó haber recibido golpes, mientras que en la aseveración “Un estudiante me dio una cachetada o patada”, el 29,2% del total de adolescentes mencionó que son agredidos físicamente. En la afirmación “Un estudiante me insultó a mí o a mi familia”, el 41,7% informó que recibe insultos. Finalmente, en la aseveración “Un estudiante trató de herir mis sentimientos”, el 45,8% refirió que se sintió vulnerado emocionalmente.

El grupo con conducta suicida en el cuestionario AMSC-Q presenta un menor desempeño. Específicamente en las dimensiones de reevaluación cognitiva y dimensión de ajuste normativo. Así, en las afirmaciones “Pido la palabra y espero mi turno para hablar”, “Cumpro las normas” y “Respeto la opinión de los demás, aunque no la comparto” se observa que los 3 adolescentes con ideación suicida, manifiestan dificultad en cumplir las normas del grupo, respetar los turnos y considerar la opinión de las demás personas.

Tabla 1. Descripción de las competencias sociales y el acoso escolar en adolescentes con TEA.

N (24)	Me/ \bar{x}	R/D.S.	Mín	Máx
Escala de agresión y victimización	17/23,9	79/22,74	0	79
Dimensión agresión	10/12,45	47/12,12	0	47
Dimensión victimización	4,5/13,12	51/17,39	0	51
Cuestionario multidimensional de competencia social	131/129	109/31,88	73	182
Dimensión Reevaluación cognitiva	21,5/20,12	24/6,71	4	28
Dimensión Ajuste social	36,5/35,29	42/11,87	14	56
Dimensión Conducta prosocial o prosocialidad	25,5/24,04	30/9,2	5	35
Dimensión Eficacia social o autoeficacia	22/21,04	22/5,9	6	28
Dimensión Ajuste normativo	30,5/29,04	22/6,08	13	35

Me=Mediana , \bar{x} = promedio, R=Rango, D.S= desviación Estándar, Mín= Mínimo, Máx= Máximo

Tabla 2. Descripción de preguntas más representativa de la escala de Agresión y Victimización.

Preguntas	Porcentaje Acumulado	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces	6 o más veces	Riesgo Suicida
Yo peleé a golpes porque estaba enojado	41,7%	14	1	2	0	1	1	2	S.R.S.
		0	1	0	1	0	1	0	C.R.S.
Yo estuve enojado la mayor parte del día	70,8%	7	3	2	3	1	0	5	S.R.S.
		0	0	0	2	0	0	1	C.R.S.
Un estudiante me hizo una broma o me molestó para que yo me enojara	54,2%	11	2	2	0	0	0	6	S.R.S.
		0	0	0	0	0	0	3	C.R.S.
Un estudiante dijo cosas sobre mí para hacer reír a otros estudiantes	45,8%	13	3	0	0	2	0	3	S.R.S.
		0	0	0	0	0	1	2	C.R.S.
Un estudiante me empujó	50%	11	3	2	3	1	0	1	S.R.S.

		1	0	0	0	0	1	1	C.R.S.
Un estudiante me dio una cachetada o patada	29,2%	16	2	1	1	0	0	1	S.R.S.
		0	0	1	1	0	1	0	C.R.S.
Un estudiante me insultó a mí o a mi familia	41,7%	14	5	0	0	1	0	1	S.R.S.
		0	0	1	0	0	0	2	C.R.S.
Un estudiante trató de herir mis sentimientos	45,8%	13	3	1	2	0	0	2	S.R.S.
		0	0	0	0	0	1	2	C.R.S.

S.R.S. = Sin riesgo suicida, C.R.S. = Con riesgo suicida

Tabla 3. Descripción de preguntas más representativa del cuestionario multidimensional de competencia social para adolescentes.

Preguntas	Grupo	Totalmente Falso	Bastante Falso	Algo falso	Ni falso ni verdadero	Algo verdadero	Bastante verdadero	Totalmente verdadero
Pido la palabra y espero turno para hablar	Sin riesgo	0	1	3	3	2	2	10
	Con riesgo	0	1	2	0	0	0	0
Cumpló las promesas	Sin riesgo	0	0	0	2	4	2	13
	Con riesgo	0	1	1	1	0	0	0
Respeto la opinión de los demás, aunque no la comparto	Sin riesgo	0	0	0	1	3	2	14
	Con riesgo	0	1	1	1	0	0	0

Tabla 4. Desempeño total Escala de Agresión y victimización y Cuestionario multidimensional de competencia social de acuerdo con la presencia y ausencia de riesgo suicida.

	Instrumentos	Me/ \bar{x}	R/D.S.	Mín	Máx
Sin Riesgo Suicida	Escala agresión y victimización	11/10,83	72/12	0	72
	Apartado de agresión	8/6,50	32/8,21	0	32
	Apartado de victimización	2/4,83	51/7,7	0	51
	Cuestionario multidimensional de competencia social	138/136,50	107/31,90	75	182
	Dimensión Reevaluación cognitiva	22/21,83	21/6,5	7	28
	Dimensión Ajuste social	37/36,83	42/11,95	14	56
	Dimensión Conducta prosocial	26/23	30/10,26	5	35
	Dimensión Eficacia social	23/22,75	22/5,77	6	28
	Dimensión Ajuste normativo	32/31,91	14/3,28	21	35
Con Riesgo Suicida	Escala agresión y victimización	66/33	27/33,94	52	79
	Apartado de agresión	18/10,50	32/13,3	15	47
	Apartado de victimización	34/25,5	19/17,1	32	51
	Cuestionario multidimensional de competencia social	103/136,50	50/51,61	73	123
	Dimensión Reevaluación cognitiva	13/19	14/5,65	4	18
	Dimensión Ajuste social	31/35,50	23/27,57	22	45
	Dimensión Conducta prosocial	25/25	12/14,14	14	26
	Dimensión Eficacia social	16/24,50	2/4,9	15	17
	Dimensión Ajuste normativo	18/32,50	9/0,70	13	22

Me=Mediana, \bar{x} = promedio, R=Rango, D.S= desviación Estándar, Mín= Mínimo, Máx= Máximo

Respecto a la asociación lineal entre el nivel de ideación suicida y la percepción de bullying, es posible determinar que a mayor percepción de acoso escolar mayor ideación suicida, cuya correlación es de 0,726 ($p=0,000$). Esto se produce igualmente en las 2 dimensiones del instrumento, tanto en el apartado de agresión (correlación 0,681, $p=0,000$) como en el apartado de victimización (correlación 0,453, $p=0,26$). Los datos previos indican que la agresión y la victimización están asociadas al nivel de ideación suicida.

En atención al desempeño total del AMSC-Q, no se encontró correlación (-0,345, $p=0,098$). Sin embargo, se observó que existen correlaciones negativas en algunas dimensiones del cuestionario. Así, en reevaluación cognitiva se obtuvo una correlación negativa (-0,441, $p=0,031$), lo que significa que a menor regulación emocional, mayor ideación suicida. En eficacia social se obtuvo una correlación negativa (-0,453, $p=0,026$), señalando que a menor percepción individual en la interacción social, es mayor el nivel de ideación suicida. En ajuste normativo se obtuvo una correlación negativa (-0,659, $p=0,000$), indicando que a menor adherencia a las normas sociales de un grupo, mayor es el nivel de ideación suicida. En ajuste social se obtuvo una correlación negativa (-0,127, $p=0,553$), que significa que a menos conductas de aceptación social, mayor es el nivel de ideación suicida. Por último, en conducta prosocial se obtuvo una correlación negativa (-0,051, $p=0,815$), que muestra que la ayuda o consuelo no se relaciona con la ideación suicida.

Tabla 5. Correlación entre el cuestionario de competencia social, escala de agresión y victimización y nivel de riesgo suicida.

	Riesgo suicida	
	Coefficiente de Correlación	Sig.
Escala agresión y victimización	,726	,000**
Apartado de agresión	,681	,000**
Apartado de victimización	,453	,026*
Cuestionario multidimensional de competencia social	-,345	,098
Dimensión Reevaluación cognitiva	-,441	,031*
Dimensión Ajuste social	-,127	,553
Dimensión Conducta prosocial	-,051	,815
Dimensión Eficacia social	-,453	,026*
Dimensión Ajuste normativo	-,659	,000**

** Correlación significativa $P<0,01$

* Correlación significativa $P<0,05$

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue explorar la asociación del estado de las competencias sociales y las experiencias de bullying con el nivel de ideación suicida en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. Los principales hallazgos permitieron observar que existe una correlación entre el nivel de ideación suicida con la agresión y la victimización, tanto física como verbal. Esto concuerda con otro estudio, que analizó cómo los estudiantes con TEA son afectados por el bullying. Se estableció que los adolescentes con TEA con conducta suicida presentaban una mayor percepción de acoso escolar y un mayor riesgo de ser intimidados o de estar involucrados en intimidar a otros (Ashburner et al., 2019). En la misma línea, (Adams et al., 2016) plantearon que los adolescentes con TEA tienen un mayor riesgo de acoso en la escuela. Además, los maltratos que reciben de sus compañeros pueden tener consecuencias graves, incluso llevarlos al suicidio (Alfonzo, 2015). Por su parte, Holden et al. (2020) reportaron que la experiencia informada de intimidación o bullying se asoció con un mayor riesgo de suicidio, lo que aumenta la probabilidad de que una persona logre consumir un suicidio.

En cuanto al cuestionario que evaluó la competencia social, fue posible observar una correlación significativa sólo en algunas dimensiones. La asociación lineal negativa encontrada en la dimensión de reevaluación cognitiva está en concordancia con lo planteado por De La Cruz & Zuñiga (2017). Estos autores mencionan que existe una correlación entre la ideación suicida y la regulación emocional, debido a que los adolescentes evidenciaron dificultades en la modulación emocional, como lo es la capacidad para enfrentar diferentes emociones. La relación negativa entre la dimensión de ajuste normativo y la ideación suicida sugiere que una menor aceptación de las normas sociales está relacionada con un mayor nivel de pensamientos suicidas. Este resultado es concordante con evidencia que señala que respetar las normas dentro de un grupo es fundamental para la convivencia y la interacción entre las personas de (Pozzoli et al., 2012). Lo anterior, se alinea con la Teoría Interpersonal del Suicidio (ITS) que postula que la falta de pertenencia a un grupo aumenta el riesgo de suicidio consumado (Joiner et al., 2021). Los planteamientos previos coinciden también con otros resultados de la presente investigación, ya que se observó una asociación significativa entre la dimensión de eficacia social o autoeficacia y la ideación suicida. Esto significa que a medida que disminuyen las expectativas sobre las habilidades de interactuar con otros, aumenta el nivel de ideación suicida.

Ruggieri (2020) menciona que las dificultades sociales de las personas con TEA (el padecimiento de hostigamiento, la necesidad de camuflar sus problemas y la insatisfacción respecto de ser aceptado socialmente) pueden generar depresión. A su vez, la depresión puede originar ideas, intentos de suicidio o incluso su consumación. Lo anterior está en línea con el Informe Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento (Reviriego et al., 2022). En dicho informe se indica la necesidad de incorporar la comunicación social en el currículum. También, se destaca la necesidad de capacitar a los padres para mejorar el comportamiento social y las habilidades de comunicación en personas con TEA.

Finalmente, es importante señalar que la prevención del suicidio involucra a los diferentes actores de la comunidad educativa y sistemas sanitarios, por lo que la sensibilización sobre la importancia de la salud comunicativa y su asociación con la conducta suicida es de vital importancia, sobre todo en aquellos grupos vulnerables como lo son los menores con TEA.

LIMITACIONES, SESGOS Y PROYECCIONES

Las limitaciones de este estudio son la ausencia de cálculo del tamaño muestral, lo que se explica porque es un estudio piloto. En futuras investigaciones la incorporación del cálculo del tamaño muestral podría arrojar datos que permitan generar análisis más complejos y extender los resultados a muestras más amplias. Otra limitación es que se requiere interpretar con precaución los resultados del AMSC-Q, debido a que el instrumento no se encuentra validado en nuestro país. También, en nuevas investigaciones se debe considerar el sesgo de respuesta invariable, ya que algunos individuos al responder marcaron de la misma manera todas las respuestas. Además, se evidencia un sesgo de población, ya que esta muestra estuvo constituida por más hombres que mujeres. Al respecto, la literatura plantea que el género femenino arrastra desde la infancia el peso del ‘camuflaje’ (el intento de esconder sus rasgos autistas para ser aceptadas en la sociedad), lo que implica un alto costo para su salud mental, provocando malestar emocional y problemas de ansiedad que pueden derivar en conductas de autolesión o ideación suicida (Bargiela et al., 2016).

A pesar de las limitaciones expuestas, es importante mencionar que este estudio piloto realiza un primer acercamiento en nuestro medio a la comprensión de la conducta suicida asociada a la población con TEA.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su más profundo agradecimiento a Francisco Javier Blanco Rodríguez por su generoso aporte, dedicación y valioso tiempo invertido en la revisión de este artículo.

REFERENCIAS

- Adams, R., Taylor, J., Duncan, A., & Bishop, S. (2016). Peer Victimization and Educational Outcomes in Mainstreamed Adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3557–3566. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2893-3>
- Alfonzo, I. (Ed.). (2015). *Educación Especial: Breves miradas de los actores en su práctica docente* (1ª ed.). <https://otrasvoceseneducacion.org/wp-content/uploads/2019/09/Educaci%C3%B3n-Especial.pdf>
- Ambiado-Lillo, M. M., Sazo-Ávila, J., Aguilera-Quinto, S., Benavides-Niño, M. P., Benito, J., Borjas-Galvis, J., Cielo Deltell, M., Etchegoyen, C., Guajardo-Sáez, C. P., Mónaco, M. J., Ordoñez-Daza, L. F., Patrón-Fernández, M., Pugliese, N., Vargas-Villegas, D. S., Toledo-Cáceres, P. A., Zunino, D., & Vázquez-Fernández, P. (2022). Bullying a personas con trastornos de la comunicación integradas en establecimientos escolares: Rol de la Fonoaudiología y sus implicancias en la salud comunicativa. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 21(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2021.61640>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Ashburner, J., Saggars, B., Campbell, M. A., Dillon-Wallace, J. A., Hwang, Y.-S., Carrington, S., & Bobir, N. (2019). How are students on the autism spectrum affected by bullying? Perspectives of students and parents. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 19(1), 27–44. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12421>
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Blanchard, A., Chihuri, S., DiGuseppi, C. G., & Li, G. (2021). Risk of Self-harm in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(10), e2130272. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30272>
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in Adolescents Who Stutter: Communicative Competence and Self-Esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(1), 69–79. https://doi.org/10.1044/cicsd_31_s_69
- Cassidy, S., Au-Yeung, S., Robertson, A., Cogger-Ward, H., Richards, G., Allison, C., Bradley, L., Kenny, R., O'Connor, R., Mosse, D., Rodgers, J., & Baron-Cohen, S. (2022). Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5), 683–691. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.21>

- Casten, L. G., Thomas, T. R., Doobay, A. F., Foley-Nicpon, M., Kramer, S., Nickl-Jockschat, T., Abel, T., Assouline, S., & Michaelson, J. J. (2023). The combination of autism and exceptional cognitive ability is associated with suicidal ideation. *Neurobiology of Learning and Memory*, *197*, 107698. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2022.107698>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner Jr., T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Costa, A. P., Loor, C., & Steffgen, G. (2020). Suicidality in Adults with Autism Spectrum Disorder: The Role of Depressive Symptomatology, Alexithymia, and Antidepressants. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50*(10), 3585–3597. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04433-3>
- De La Cruz, L., & Zuñiga, T. (2017). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico* [Tesis de Grado, Universidad de La Costa]. <http://hdl.handle.net/11323/163>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS]. (2022). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. <https://deis.minsal.cl/>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS]. (2023). *Reporteria Salud Mental 2023—SAS® Visual Analytics*. <https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fad0c03ad-ee7a-4da4-bcc7-73d6e12920cf§ionIndex=0&ssoguest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false>
- Echeburúa, E. (2015). The many faces of suicide in the psychological clinic. *Terapia psicológica*, *33*(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fajardo, K., Álvarez, D., & Zambrano, V. (2021). Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica. *Salud & Ciencias Médicas*, *1*(2), 14–25.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas: Suicidio*. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Gómez-Ortiz, O., Romera-Félix, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2017). Multidimensionality of Social Competence: Measurement of the Construct and its Relationship With Bullying Roles. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, *22*(1), 37–44. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.15702>
- Gómez-Ortiz, O., Romera-Félix, E. M., Ortega-Ruiz, R., Herrera, M., & Norman, J. Oh. (2019). La competencia social multidimensional en la investigación sobre el acoso escolar: Un estudio transcultural. *Psicología Conductual*, *27*(2), 217–238. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/la-competencia-social-multidimensional-en-la-investigacion-sobre-el-acoso-escolar-un-estudio-transcultural/>
- Hedley, D., Hayward, S. M., Denney, K., Uljarević, M., Bury, S., Sahin, E., Brown, C. M., Clapperton, A., Dissanayake, C., Robinson, J., Trollor, J., & Stokes, M. A. (2021). The association between COVID-19, personal wellbeing, depression, and suicide risk factors in Australian autistic adults. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, *14*(12), 2663–2676. <https://doi.org/10.1002/aur.2614>
- Holden, R., Mueller, J., McGowan, J., Sanyal, J., Kikoler, M., Simonoff, E., Velupillai, S., & Downs, J. (2020). Investigating Bullying as a Predictor of Suicidality in a Clinical Sample of Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, *13*(6), 988–997. <https://doi.org/10.1002/aur.2292>
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 21, Vol. 28) [Software]. IBM Corp. <https://hadoop.apache.org>
- Joiner, T. E., Jeon, M. E., Lieberman, A., Janakiraman, R., Duffy, M. E., Gai, A. R., & Dougherty, S. P. (2021). On prediction, refutation, and explanatory reach: A consideration of the Interpersonal Theory of Suicidal Behavior. *Preventive Medicine*, *152*, 106453. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106453>
- Knox, E., & Conti-Ramsden, G. (2003). Article: Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language & Communication Disorders*, *38*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/13682820304817>
- La Buissonnière, V., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., Wood, J. J., Kendall, P. C., Small, B. J., Wood, K. S., Kerns, C., Saxena, K., & Storch, E. A. (2022). Predictors of Suicidal Thoughts in Children with Autism Spectrum Disorder and Anxiety or Obsessive-Compulsive Disorder: The Unique Contribution of Externalizing Behaviors. *Child Psychiatry & Human Development*, *53*(2), 223–236. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01114-1>
- Little, A. W. (2001). Multigrade teaching: Towards an international research and policy agenda. *International Journal of Educational Development*, *21*(6), 481–497. [https://doi.org/10.1016/S0738-0593\(01\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0738-0593(01)00011-6)
- López, V., & Orpinas, P. (2012). Las escalas de agresión y victimización: Validación y prevalencia en estudiantes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *44*(2), 109–124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4015660>
- Lung, F.-W., Shu, B.-C., Chiang, T.-L., & Lin, S.-J. (2019). Prevalence of bullying and perceived happiness in adolescents with learning disability, intellectual disability, ADHD, and autism spectrum disorder: In the Taiwan Birth Cohort Pilot Study. *Medicine*, *98*(6), e14483. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014483>
- Matthias, C., LaVelle, J. M., Johnson, D. R., Wu, Y.-C., & Thurlow, M. L. (2021). Exploring Predictors of Bullying and Victimization of Students with Autism Spectrum Disorder (ASD): Findings from NLTS 2012. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(12), 4632–4643. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04907-y>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2019). *Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de Educación Superior*. Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-en-Salud-Mental-y-Prevenici%C3%B3n-de-Suicidio-para-estudiantes-de-educaci%C3%B3n-superior.pdf
- Okasha, A., Lotaf, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *63*(5), 409–415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Ediciones Morata. <https://books.google.com.co/books?id=S0wSk71uQz0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Park, I., Gong, J., Lyons, G. L., Hirota, T., Takahashi, M., Kim, B., Lee, S., Kim, Y. S., Lee, J., & Leventhal, B. L. (2020). Prevalence of and Factors Associated with School Bullying in Students with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Yonsei Medical Journal*, 61(11), 909–922. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.11.909>
- Pozzoli, T., Gini, G., & Vieno, A. (2012). The Role of Individual Correlates and Class Norms in Defending and Passive Bystanding Behavior in Bullying: A Multilevel Analysis. *Child Development*, 83(6), 1917–1931. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01831.x>
- Reviriego, E., Bayón, J. C., Gutiérrez, A., & Galnares-Cordero, L. (2022). *Trastornos del Espectro Autista: Evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento*. GuíaSalud. https://doi.org/10.46995/ot_3
- Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina*, 80(2), 12–16. <https://www.medicinabuena.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-2-indice/autismo/>
- Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. (2009). Reliability, validity and cutoff point for scale screening of suicidality in adolescents. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(1), 16–23. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>
- Smith, A. R., Hunt, R. A., Grunewald, W., Jeon, M. E., Stanley, I. H., Levinson, C. A., & Joiner, T. E. (2023). Identifying Central Symptoms and Bridge Pathways Between Autism Spectrum Disorder Traits and Suicidality Within an Active Duty Sample. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 307–322. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1993398>
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia [SOPNIA]. (2017). *Trastorno del Espectro Autista*. <https://www.camara.cl/verdoc.aspx?prmid=112506&prmtipo=documentocomision>
- Subsecretaría de Salud Pública. (2017). *Encuesta nacional de salud 2016-2017 Primeros resultados*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- van Roekel, E., Scholte, R. H. J., & Didden, R. (2010). Bullying Among Adolescents With Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 63–73. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0832-2>
- Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., López, C., Troncoso, M., Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., López, C., & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátrica*, 92(4), 519–525. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scorsah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>