Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2016-03-18

Estudio de características psicosociales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea

Di Rico, Eliana

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/453

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Tesis de grado

Título:

Estudio de características psicosociales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea.

Cátedra de radicación:

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica - GIEPsi

Supervisora: Lic. Aixa L. Galarza

Alumnas:

Di Rico, Eliana. Mat: 06956/05

Paternain, Natalia. Mat: 07492/06

Portillo, Natalia. Mat: 06757/04

Fecha: noviembre 2015

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumnos Di Rico Eliana, Mat. (6956/05), Paternain Natalia, Mat. (7492/06) y Portillo Natalia, Mat. (6757/04) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por los alumnos Di Rico Eliana, Mat. (6956/05), Paternain Natalia, Mat. (7492/06) y Portillo Natalia, Mat. (6757/04), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los…. días del mes de noviembre del año 2015".

Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

Informe de Evaluación del Supervisor

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Di Rico Eliana, Mat. (6956/05), Paternain Natalia, Mat. (7492/06) y Portillo Natalia, Mat. (6757/04)".

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación: 18 de marzo de 2016

Calificación: 10 sobresaliente

Índice general

Marco teórico……..... 1
Objetivo general……10
Objetivos específicos…….……....10
Hipótesis……10
Material y Método……...……..10
Procedimiento……14
Análisis de datos……. ..15
Resultados……..… 15
Discusión……20
Referencias Bibliográficas…….……28

Marco teórico

La adolescencia es un período de cambios intensos. Según Barón (2000), es la etapa vital en la que debe abandonarse la relativa seguridad de la infancia para encontrar un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere (y debe) ser autónomo, aunque aún depende de los padres y otros adultos. La percepción de sí mismo y de los demás se ve modificada en las distintas esferas: a nivel corporal, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o, por el contrario, muy atractivo. A nivel sexual debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, oscila entre la infancia y la adultez; a veces se le exige que se comporte como un adulto, y otras se le trata como a un niño. El adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente, a la vez que su maduración intelectual le permite comenzar a cuestionar, reflexionar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. A nivel emocional es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Sumado a todo esto, comienza el proceso de consolidación de la identidad. Todos estos cambios, en algunos casos, pueden generar angustia y distintos grados de desajuste psicológico, cuando los recursos con que cuenta el joven no son suficientes para responder a las exigencias y cambios que se le plantean (Fernández-Álvarez, 1993), o cuando las diferencias entre sus pensamientos y conductas no son acordes con lo que creen que su entorno familiar y social esperan de ellos (Vega, 2015). Respecto a esto último, Casullo (1998) enfatiza que cuando se trata de niños y adolescentes toda evaluación de riesgo requiere una perspectiva vincular, pues es necesario tener en cuenta a las otras personas del entorno sociocultural en el que transcurren las existencias

cotidianas de los jóvenes, los otros significativos y los valores legitimados en un momento sociohistórico determinado.

Actualmente el suicidio adolescente es considerado a nivel mundial y en Argentina uno de los principales problemas de salud pública, ya que se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en personas de 15 a 44 años, y se estima que para el año 2020 alcanzará las 1,5 millones de muertes anuales (OMS, 2015). Según estos datos oficiales, si bien en menores de 15 años el suicidio es relativamente poco frecuente, en varios países se está atendiendo un incremento considerable de la tasa de mortalidad por suicidio en estos niños y, sobre todo, en jóvenes de 15 a 19 años de edad. Específicamente en nuestro país se ha convertido en la segunda causa de muerte para esta franja etaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2014), por lo que en marzo del vigente año se sancionó la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, la cual lo declara de interés en todo el territorio nacional y garantiza la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio, y la asistencia a las familias de víctimas de suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015).

Al utilizar el término suicidio, a pesar de que puede parecer que su significado y alcance son claros y libres de vaguedades, es necesario definirlo. Se puede entender por *suicidio* a todo acto deliberado que realiza un individuo con la intencionalidad de poner fin a su propia vida (Ellis, 2008). Etimológicamente, el término proviene del latín *sui*, sí mismo, y *caedere*, matar. Es un fenómeno humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Las distintas culturas han mantenido (y mantienen) actitudes y valores enormemente variables al respecto en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales: en algunas

ha sido castigado y perseguido, mientras que en otras ha sido tolerado, incluso considerado un acto honorable (Bobes García, González Seijo & Saiz Martínez, 1997; Heyd & Bloch, 2001). Debido a ello, el acto de quitarse la vida ha sido tema de debate y polémica desde hace siglos, y ha sido abordado desde diferentes perspectivas como la filosofía, la religión, la sociología, la economía, la psicología y la ética. A finales del siglo XIX, Durkheim (1897/1989) estableció un antes y un después en el modo de tratar este fenómeno. El autor relacionó las conductas suicidas con el ambiente sociohistórico, estableciendo que la naturaleza del suicidio es eminentemente social; es decir, propuso una explicación social de la tasa de suicidios. Si bien fue Montesquieu quien realizó por primera vez un auténtico estudio sociológico del suicidio al dar cuenta de la insuficiencia de la argumentación moralista y religiosa, y proponer la muerte voluntaria como objeto científico, como plantea Gonthier (1998), no es sino hasta Durkheim que el suicidio es definido como hecho social y como hecho sociológico. Es por ello que autores como Heyd & Bloch (2001) sostienen que fue la obra durkhemiana la que sentó las bases del comienzo del estudio científico amoralista del suicidio.

Sin embargo, más allá del impacto de Durkheim, los desarrollos en Psicología y Suicidología se alejaron de esos postulados al establecer el suicidio como resultado de un interjuego de múltiples factores intrapsíquicos -personalidad, cognitivos, emocionales- y en menor medida sociales, biológicos y ambientales, acentuando fuertemente los aspectos cognitivos del proceso suicida (ver Ellis, 2008; Johnson, Gooding & Tarrier, 2010; Rudd, 2000; Wenzel & Beck, 2008). La literatura abunda de estudios sobre desesperanza (O'Connor, Fraser, White, McHale & Masterton, 2008), rigidez cognitiva (Miranda, Gallagher, Bauchner, Vaysman & Marroquín, 2012), perfeccionismo (O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010) y dificultades para la

resolución de problemas (Linda, Marroquín & Miranda, 2012). A pesar de esta tendencia, hace unos años Joiner y su equipo propusieron la teoría interpersonal del suicido (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2011), la cual destaca como conceptos fundamentales del modelo la integración social [*social connectedness*], el sentido de pertenencia [*belongingness*] y el sentimiento de sobrecarga para los seres queridos [*burdensomeness*]. Según Joiner (2005), el deseo de muerte está compuesto por dos estados psicológicos, la percepción de ser una carga para los demás y el sentimiento de no pertenecer. Estos sentimientos llevarían a creer que la muerte de uno sería algo positivo para los demás. El autor explica que, por sí mismos, ninguno de estos dos estados son suficiente para despertar el deseo de la propia muerte, pero juntos dan lugar a este estado psíquico que facilita la activación de ideaciones suicidas, lo que sumado a la *capacidad adquirida para el suicidio* [*acquired capability for suicide*] puede ser mortal.

A pesar de que no abundan las investigaciones que hayan analizado la relación entre factores psicosociales y los comportamiento suicidas en la adolescencia -sobre todo en nuestro contexto-, la literatura especializada reconoce su relevancia (ver la revisión de King & Merchant, 2008). Cada vez más estudios ofrecen evidencia que señala el impacto de los mismos al sostener que pueden actuar como factores de protección, o bien de riesgo (e.g., Casullo, 1998; Hur, Kim & Kim, 2011; King & Merchant, 2008; Kleinman, Riskind & Schaefer, 2014; Maimon, Browning & Brooks Gun, 2010; Martínez, 2007; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011; Van Orden et al., 2010). En esta sentido, debe prestarse particular atención a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2001) cuando establece como factores protectores para el comportamiento suicida *patrones familiares* (buena relación con los miembros

de la familia; apoyo familiar), *estilo cognitivo y personalidad* (buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo, en su propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades); *búsqueda de consejo* cuando hay que elegir opciones importantes; *receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas*; *receptividad hacia conocimientos nuevos*.

Lógicamente, el rol que juega la familia es uno de los aspectos que más atención ha recibido. Los hallazgos de investigación son consistentes respecto al impacto de las relaciones familiares disfuncionales en los comportamientos suicidas (e.g., Maimon et al., 2010; Reyes & Torres Miranda, 2001; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011). De acuerdo con Ulloa (1994), cuando el adolescente no encuentra apoyo en su familia, sino que siente hostilidad y rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos, puede ocurrir que esta experiencia negativa se transforme en violencia hacia sí mismo y lo lleve a la ruptura de los vínculos familiares. Del mismo modo, Almonte (2003) señala que los niños o adolescentes que intentan suicidarse suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y presentan dificultades en el funcionamiento de los distintos subsistemas que la conforman.

Sin embargo, en la etapa adolescente, no solo es fundamental el rol de la familia, sino que el entorno social más amplio se vuelve particularmente relevante. La formación y consolidación de la identidad involucra el esquema corporal y las características físicas, pero también, y por sobre todo, la percepción sobre sí mismo y la percepción que los demás tienen sobre uno. Así, en la búsqueda de autonomía y de su identidad, el adolescente comienza a independizarse y dedicar menos tiempo a las figuras parentales en pos de su grupo de pertenencia, reemplazando las figuras primarias

de contacto (Rotenberg & Hymel, 1999). De esta manera, las relaciones románticas y de amistad con pares se vuelven prioritarias (Carreras, Brizzio, González, Mele & Casullo, 2008; Contini, 2008; Musitu & Cava, 2003; Richaud de Minzi, 2004).

En este sentido, dos de las variables que han sido fuertemente asociadas al riesgo de suicidio son los sentimientos de soledad y aislamiento social (e.g., Casullo, 1998; Contini et al., 2012). Un estudio basado en 5423 adolescentes demostró que los sentimientos de soledad y aislamiento son fuertes predictores de las ideaciones suicidas (ver Van Orden et al., 2010). Por *soledad* se entiende el sentimiento subjetivo de insatisfacción emocional y social, asociado a la necesidad –real o percibida– de relaciones interpersonales de afecto y apoyo (Carvajal-Carrascal & Castillo 2009). El *aislamiento social* –asociado al sentimiento de soledad– refiere a la falta de integración, el retraimiento y la alienación. Es importante destacar que, en cierto grado, la vivencia de soledad es esperable durante la adolescencia, en tanto es una etapa en la que las expectativas, los roles, las relaciones y la identidad sufren cambios significativos. En este camino hacia la autonomía y la individuación, es esperable que aparezca cierto riesgo de experimentar sentimientos de separación y responsabilidad que pueden generar mayor necesidad de afiliación y protección, a la vez que vulnerabilidad a la soledad emocional y social (Rotenberg & Hymel, 1999). La revisión de literatura de Heinrich y Gullone (2006) muestra que el paso a la adolescencia implica para los jóvenes el desarrollo de expectativas hacia sus relaciones sociales, esperando lealtad, apoyo e intimidad, y que sufren, además, un cambio en el sistema de creencias y valores sobre los amigos con los que compartían hasta ese momento. Entonces, los sentimientos de soledad pueden surgir si los adolescentes no han adquirido la aptitud necesaria para la interacción social y para enfrentarse con un ambiente social cambiante, o si

construyen expectativas poco realistas respecto a sus relaciones sociales. Si bien es normal experimentar algún grado de soledad en la adolescencia, la presencia persistente y dolorosa de este sentimiento se convierte en un factor de significación clínica, no solo para la adolescencia sino también para la adultez. Heinrich & Gullone (2006) sostienen que el fracaso para resolver la soledad antes de terminar la adolescencia puede afectar en forma significativa las relaciones sociales futuras y la salud mental.

Relacionado con lo antedicho, otra variable fundamental para un desarrollo psicosocial saludable en la adolescencia hace referencia a las *habilidades sociales*, entendidas como conductas específicas necesarias para ejecutar competentemente una tarea interpersonal (Monjas Casares, 2004). Son comportamientos adquiridos necesarios para la adaptación al ambiente, la resolución de problemas de la vida cotidiana y el establecimiento de relaciones satisfactorias con los demás, y por ello revisten particular relevancia en la adolescencia. Existen algunos estudios que han demostrado que el potencial suicida estaría asociado a déficit en dichas habilidades (e.g., Monjas Casares, 2000; Roaten, 2008). Investigaciones realizadas en las dos últimas décadas ofrecen evidencia respecto a la importancia de las relaciones entre pares para el desarrollo de habilidades sociales (Carreras et al., 2008; Cohen Imach, Esterkind de Chein, Lacunza, Caballero & Martinenghi, 2011; Contini, 2008; Guaygua & Roth, 2008; Monjas Casares, 2004). Por ejemplo, Monjas Casares (2000) analiza pormenorizadamente las funciones de la relación con los pares para el logro de habilidades sociales positivas. Las mismas favorecen el conocimiento de sí mismo y de los demás, el desarrollo de conductas de reciprocidad y empatía, la posibilidad de apreciar lo que se da y lo que se recibe. Asimismo, se desprende lógicamente la importancia de poseer adecuadas habilidades sociales en tanto revisten parte de las competencias fundamentales que el

adolescente, y posterior adulto, requiere para poder establecer relaciones cercanas, satisfactorias y estables.

Por último, el factor quizás más ampliamente estudiada en relación a la suicidalidad es el *apoyo social percibido*, definido por Musitu y Cava (2003) como el conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía –real o percibida– de parte de la red social más cercana –padres, familiares, pares, etc. Existe evidencia contundente respecto al impacto de esta variable en el desarrollo psicosocial del adolescente (e.g., Castro Solano, Contini & Fernández Liporace, 2006; King & Merchant, 2008; Kleinman et al., 2014; Kleinman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012; Musitu & Cava, 2003). Según Nolten (1994), los comportamientos concretos de apoyo en la adolescencia pueden proceder de cuatro fuentes posibles: los *padres*, los *docentes*, los *compañeros de clase* y el *mejor amigo o amiga*. Estas cuatro fuentes se consideran altamente relevantes dado que están vinculadas al ajuste psicosocial y operan en las diferentes áreas de la vida cotidiana de los adolescentes.

Los estudios llevados a cabo por Kleinman et al. (2012; 2014) muestran evidencia respecto al efecto moderador del apoyo social percibido en el desarrollo de comportamientos suicidas, indicando, por ejemplo, que aun en casos de adolescentes con un componente impulsivo elevado, la percepción de poseer apoyo social actúa como un claro factor de protección. Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, pedir ayuda, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (e.g. Herrero, 1994; Martínez, 2007; Musitu & Cava, 2001). También se ha constatado que aquellos adolescentes que

perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales (Barrera & Li, 1996; Musitu & Cava, 2001; Sharaf, Thompson & Walsh, 2009).

En síntesis, la evidencia disponible pone de manifiesto la importancia considerable que estos factores psicosociales pueden tener en cuanto factores protectores ante la suicidalidad, o bien, factores de riesgo que aumentan la probabilidad del adolescente de involucrarse en este tipo de comportamientos autodestructivos, y por ende, el potencial que revisten a nivel de la planificación de intervenciones comunitarias de prevención.

Considerando lo expuesto, este estudio empírico se centró en estudiar la relación entre riesgo suicida y cuatro variables psicosociales –soledad, aislamiento social, habilidades sociales y apoyo social percibido– en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea. La mencionada ciudad se ha caracterizado por tener una prevalencia de tentativas y de suicidio adolescente considerable, y no se cuenta con estudios que aborden la relación que ciertos factores psicosociales pudieran tener en la ocurrencia de este fenómeno. En este sentido, siguiendo el espíritu de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, se espera que los resultados de este estudio brinden datos para una mayor y mejor comprensión de la relación entre factores psicosociales y el riesgo de suicidio en la población adolescente necochense, con la intención última de favorecer el diseño de estrategias de prevención más específicas a la problemática de la localidad. Asimismo, se espera que sirva de base para futuras líneas de investigación.

Objetivo general

Estudiar las relaciones entre riesgo suicida y variables psicosociales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea.

Objetivos específicos

1) Identificar indicadores de ideaciones y riesgo suicida.
2) Estudiar las relaciones entre riesgo suicida y variables psicosociales: soledad, aislamiento social, habilidades sociales y apoyo social percibido.
3) Analizar el efecto diferencial sobre las variables bajo estudio según:
   a) Género. b) Edad. c) Tipo de institución educativa (gestión pública-gestión privada).

Hipótesis

1. Aquellos adolescentes que informen más sentimientos de soledad, menor apoyo social percibido por parte de sus padres y amigos, y dificultades en las habilidades sociales, presentarán mayores puntuaciones de riesgo suicida.

2. Las mujeres informarán mayor riesgo suicida, a la vez que mayores habilidades sociales de comunicación, y mayor percepción de apoyo social por parte de sus amigos.

Material y Método

Diseño y tipo de estudio: Este estudio empírico, descriptivo-correlacional, se basó en un diseño no experimental de corte transversal.

Participantes: Se trabajó sobre una muestra no probabilística intencional de 99 adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea (64,6% mujeres), con edades comprendidas entre 14 y 19 años (M = 16,43; DS = 0,983). El 46,5% de los

adolescentes asistían a instituciones públicas y el 53,5% a instituciones privadas y se encontraban cursando el nivel Secundario Superior al momento de la evaluación.

Protocolo de evaluación: Se utilizó un registro de datos básicos para relevar tres cuestiones: información socio-demográfica, calidad de las relaciones con familia, con pares y románticas, y aspectos clínicos (P.e. tratamiento psicológico, problemas importantes, autolesiones y experiencias positivas). Complementariamente, se administraron 4 medidas de autoinforme en correspondencia con los objetivos planteados:

- *Inventario de Orientaciones Suicidas - ISO – 30* (King & Kowalchuk, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Casullo, 2006). Indaga la presencia de factores de riesgo vinculados a ideación y comportamientos suicidas a través de 30 ítems agrupados en 5 dimensiones:

  -Baja autoestima: Sentimientos de menosprecio y bajo valor personal. P.e. Ítem 1. *Debo ser un/a soñador/a, dado que siempre espero cosas que no ocurren*.

  -Desesperanza: Refiere a sentimientos de frustración e impotencia, sensación de incontrolabilidad y pesimismo. P.e. Ítem 2. *En el futuro hay para mí muchas posibilidades de ser feliz.*

  -Incapacidad para afrontar problemas emocionales: dificultades para comprender, expresar y regular de forma apropiada los estados emocionales. P.e. Ítem 13. *Aunque esté muy enojado/a puedo pensar con claridad si me lo propongo.*

  -Soledad y aislamiento social: sentimiento de no pertenencia, de ser una carga para los demás y sentirse poco comprendido por los otros. P.e. Ítem 19. *Siento como si no perteneciera a ningún lado.*

-Ideaciones suicidas: pensamientos referidos a terminar con la propia existencia y a la legitimación del suicidio como forma de resolver problemas. P.e. Ítem 20. *Pienso en morirme como una forma de resolver mis problemas.* Los ítems de esta escala constituyen los llamados ítems críticos por los autores.

La escala de respuesta es tipo Likert con 4 opciones que varían de menor a mayor grado de acuerdo. Un puntaje total ≤45 o al menos tres ítems críticos respondidos con puntuaciones ≥ 2 indican la presencia de alto riesgo suicida. La consistencia interna para la escala completa en la muestra bajo estudio es de α = .83. Las subescalas presentan niveles levemente aceptables (entre α = .38 para Incapacidad para afrontar los problemas emocionales y α = .62 para Ideaciones suicidas).

- *Cuestionario de Aislamiento y soledad – CAS* (Casullo, 1998). Indaga la presencia de factores de soledad y aislamiento a través de 25 ítems (12 evalúan soledad y 13 tendencias al aislamiento).

  -**Soledad:** sentimientos de inadecuación y falta de contacto con otras personas. P.e. Ítem 2. *Creo que a nadie le gusta charlar conmigo.*

  -**Aislamiento:** acción de apartarse o abstraerse del trato con los demás. P.e. Ítem 1. *Me cuesta relacionarme con los demás.*

  Cada uno de los 25 ítems que integra esta técnica puede contestarse sobre la base de 4 opciones de respuestas de frecuencia. Los niveles de confiabilidad en términos de consistencia interna son altamente aceptables (Soledad α = .81 y Aislamiento α = .83).

- *Inventario de Situaciones Sociales - ISS* (Guaygua & Roth, 2008). El inventario consta de 31 ítems agrupados en 3 dimensiones y posee una escala de respuesta de 5 opciones que varía de muy en desacuerdo a muy de acuerdo. La consistencia interna para las tres escalas presentó valores entre α = .67 y α = .76.

  - Otorgar/demandar: conductas verbales y no verbales que expresan reciprocidad y acción en la interacción social de dos personas. La demanda refiere al requerimiento de opiniones, ideas y puntos de vista, y el otorgamiento a la expresión libre de ideas, opiniones y creencias. P.e. Ítem 10. *Tengo dificultad para pedir al vendedor la devolución de mi dinero cuando el producto ha caducado o tiene fallas*.

  - Acercamiento y búsqueda: conductas que permiten iniciar y mantener una relación de comunicación con otras personas. P.e. Ítem 31. *No se cómo iniciar una conversación con personas con las que tengo diferencias de opinión, cuando es preciso hacerlo*.

  -Auto-revelación: dificultad en la libre expresión de emociones, sentimientos positivos o negativos, deseos, opiniones y creencias. P.e. Ítem 1. *Tengo dificultad para expresar palabras de aliento a un/a amigo/a que acaba de perder a un ser querido.*

- *Escala de Apoyo social percibido para Adolescentes* (Nolten, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Ongarato, 2005). Se trata de una escala multidimensional de 60 ítems que mide el apoyo social percibido por el joven considerando cuatro fuentes: padres, profesores, compañeros de clase y mejor amigo/a. El adolescente debe responder para cada fuente a 15 ítems que contemplan los tipos emocional, instrumental, informacional y evaluativo del apoyo social. Se

utiliza una escala Likert de 4 posiciones en términos de frecuencia de aparición de los comportamientos aludidos por cada ítem. P.e. Ítem 1. *Mis…* (fuente de apoyo): 1. *Se preocupan por mí.* Ítem 4. *Me dicen que están orgullosos de mí.*

El coeficiente Alpha de Cronbach evidenció una elevada consistencia interna para las cuatro subescalas (APSPadres α = .91; APSProfesores α = .89; APSAmigos α = .91; APSCompañeros α = .91).

Procedimiento

En primer lugar, se realizaron las gestiones con los directivos de los establecimientos en cuestión, con la finalidad de explicar el motivo de la investigación y la importancia de los datos que se irían a recabar en la institución. Se les enetregó una carta de presentación en la que se detallaban los motivos de la investigación y los datos personales de las tesistas y supervisora a cargo de la investigación, además del seguro de la Universidad y el consentimiento informado para los padres.

Luego, se realizó una capacitación y entrenamiento para la administración de los protocolos, de manera de garantizar la uniformidad en las condiciones de administración, generar un espacio de seguridad y contención para los adolescentes participante, anticipar y ejercitar las respuestas a situaciones difíciles que se pudieran presentar. El protocolo de evaluación se administró de manera colectiva por cursos académicos en un único encuentro de aproximadamente 1 hora, a alumnos de 2 instituciones educativas laicas de nivel Secundario Superior de gestión pública y privada de la ciudad de Necochea. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima, con la entrega de un previo consentimiento informado, firmado tanto por los adolescentes como por sus padres o tutores en los casos que correspondiera. En el

mismo se garantizaba el cumplimento de las pautas éticas que regulan los procedimientos de investigación científica estipulados por la Declaración de Helsinki, la Ley 11.044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Ley Nacional de Protección de Datos Personales Nº 25.326.

Una vez finalizada la administración de las técnicas descriptas anteriormente, se brindó a los alumnos un espacio para que expongan sus dudas e inquietudes y conocer su valoración de la experiencia. Se les dio información acerca del S.A.S (Servicio de atención al suicida) de la ciudad de Necochea como forma de prevención y ampliación de la información. Asimismo, se garantizó la exposición de los datos obtenidos y se ofreció la posibilidad de llevar a cabo charlas de prevención.

Análisis de datos

Para responder al objetivo 1 se aplicaron estadísticos descriptivos (medias y desvío estándar, porcentajes y frecuencias). Para el objetivo 2 se realizaron análisis de correlación (*r* de Pearson). En cuanto al objetivo 3, se aplicó la prueba de diferencia de medias Prueba *t* de student.

Resultados

Objetivo 1.

En lo que refiere a la detección de indicadores de riesgo suicida, el rango de puntuaciones del Inventario ISO-30 permitió identificar un 6.1% de la muestra con puntuaciones de alto riesgo (≥ 45), 29.3% riesgo moderado y 63.6% riesgo bajo (≤30). Sin embargo, si se tiene en cuenta la presencia de al menos 3 ítems críticos con puntajes de ≥ 2, independientemente del total obtenido, el porcentaje de alto riesgo aumenta a

12.1%. Respecto a autolesiones, el 30.3% de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño, de los cuales un 13% lo concretó.

Se realizó un análisis de frecuencia de las dimensiones específicas de la medida de riesgo suicida (tabla 1), hallándose que los adolescentes han informado una puntuación promedio de casi el doble para la subescala Incapacidad para afrontar los problemas emocionales respecto a las demás.

Tabla 1.

Análisis de frecuencia de las dimensiones ISO-30

	ISO-30				
	BA	DES	INC	SYA	IS
Media	5.68	4.96	**9**	5.15	2.02
DS	2.99	3.01	3.03	3.29	2.20
Rango	0-24	0-24	0-24	0-24	0-24

Nota. ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; BA = Baja Autoestima; DES = Desesperanza; INC = Incapacidad para afrontar emociones; SYA= Soledad y Aislamiento; IS = Ideaciones suicidas.

Objetivo 2.

Se analizó la matriz de correlaciones bivariadas *r* de Pearson entre las dimensiones de las medidas soledad y aislamiento social, habilidades sociales y apoyo social percibido, en relación con la escala de riesgo suicida (tabla 2).

Tabla 2.

Asociaciones (r de Pearson) entre las dimensiones de riesgo suicida y variables psicosociales

		ISO-30					
		BA	DES	INC	SYA	IS	ESCALA TOTAL
CAS	Soledad	**.53****	**.56****	.39**	**.62****	**.44****	**.68****
	Aislamiento	.36**	.33**	.31**	**.46****	.34**	**.48****
ISS	Otorgar/demandar	.31**	.28**	.26**	.32**	n.s.	.37**
	Acercamiento y búsqueda	.33**	.26**	n.s.	.32**	.26**	.36**
	Autorrevelación	**.44****	.30**	.33**	.29**	.28**	**.44****
APS	Padres	**-.42****	**-.44****	-.36**	**-.51****	**-.42****	**-.57****
	Profesores	-.24*	-.24*	n.s.	-.20*	-.28**	-.29**
	Compañeros	**-.51****	**-.41****	-.36**	**-.53****	**-.49****	**-.60****
	Amigos	-.27**	-.33**	n.s.	-.33**	**-.43****	-.38**

Nota. Se destacan en negrita las correlaciones por encima de .40. ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; BA = Baja Autoestima; DES = Desesperanza; INC = Incapacidad para afrontar problemas emocionales; SYA= Soledad y Aislamiento; IS = Ideaciones suicidas; CAS = Cuestionario de Aislamiento y Soledad; ISS = Inventario de Dificultades Interpersonales; APS = Apoyo social percibido.

*$p < 0.05$; **$p < 0.001$; n.s. = No significativo.

Como se puede observar, todas las dimensiones evaluadas presentan asociaciones con la medida de riesgo suicida. Las variables Soledad y Apoyo social percibido con padres y compañeros muestran las asociaciones negativas más elevadas con riesgo de suicidio, presencia de ideaciones suicidas y aislamiento social. Un análisis pormenorizado de los ítems pone en evidencia que los reactivos de mayor peso han sido los relativos a sentirse apoyado y acompañado activamente por los padres (p.e. *Me ayudan en todas las actividades que me interesan; Me ayudan encontrar soluciones o respuestas a mis problemas; Me hacen notar mis errores con buena onda*). Asimismo,

es interesante notar que el apoyo percibido del grupo de amigos solo correlaciona moderadamente con ideaciones suicidas; mientras que el apoyo percibido de parte de los profesores ha presentado correlaciones entre bajas y nulas en todos los casos.

Respecto a las habilidades sociales, en general y como era esperado, se asociaron con mayor magnitud con baja autoestima, sobre todo las dificultades para autoafirmase y ser asertivo (auto-revelación).

Objetivo 3.

Se analizaron las varianzas para las distintas medidas en función del género utilizando el estadístico prueba *t* de Student (tabla 3). Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en desesperanza, incapacidad para resolver problemas emocionales y riesgo suicida total, a la vez que informaron mayor apoyo percibido por parte de sus docentes.

Tabla 3.

Análisis de diferencia de medias en las variables bajo estudio según género

Variables		M (ds)	T
ISO-30	DES	M = 5.57 (2.99) V = 3.87 (2.75)	2.72**
	INC	M = 9.51 (3.02) V = 7.87 (2.74)	2.59*
	ESCALA TOTAL	M = 28.76 (11.46) V = 23.03 (9.44)	2.46*
APS	PROFESORES	M = 40.96 (9.8) V = 36.85 (6.11)	2.19*

Nota. Solo se presentan los resultados significativos. M = Mujeres (n = 64); V = Varones (n = 35). ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; DES = Desesperanza; INC = Incapacidad para afrontar problemas emocionales; APS = Apoyo social percibido; APS-PROF =
*$p < 0.05$; **$p < 0.001$.

Luego se analizó la presencia de un efecto diferencial en las dimensiones de la ISO-30 en función del tipo de institución educativa (tabla 4), utilizando como criterio de agrupación el tipo de gestión (pública-privada). Como se puede observar, los adolescentes asistentes al establecimiento de gestión pública informaron significativamente más sentimientos de soledad, aislamiento y desesperanza, y menor autoestima.

Tabla 4.

Análisis de diferencia de medias según tipo de institución educativa

Variables		M (ds)	T
ISO-30	BA	Pu = 6.32 (2.95)	2.01*
		Pr = 5.12 (2.94)	
	DES	Pu = 5.72 (3.11)	2.38*
		Pr = 4.31 (2.78)	
	ESCALA TOTAL	Pu = 29.34 (11.41)	2.13*
		Pr = 24.66 (10.44)	
CAS	SOLEDAD	Pu = 19.57 (5.56)	2.65**
		Pr = 16.86 (4.56)	
	AISLAMIENTO	Pu = 25.22 (6.96)	2.64**
		Pr = 21.98 (4.88)	

Nota. Pu = Escuela pública (n = 46); Pr = Escuela Privada (n = 53). ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; BA = Baja autoestima; DES = Desesperanza; ESC = Escala total; CAS = Cuestionario de Aislamiento y Soledad.
*$p < 0.05$; **$p < 0.001$.

Para estimar el efecto diferencial de la edad se establecieron dos grupos según la media aritmética M = 16.43. Los adolescentes mayores (G_{Edad} 2 = 17 y 18 años) informaron sentirse más apoyados por parte de sus profesores (G_{Edad} 1 = 15 y 16). (M_{Edad1} = 37.51; M_{Edad2} = 41.41; F = -2.17*). Esto se podría relacionar con que el adolescente en esa etapa de su vida busca referentes y modelos adultos que lo alienten y apoyen en la transición a la vida adulta, por lo que tienden a acercarse a sus profesores.

Discusión

El objetivo de este estudio fue estudiar las relaciones entre riesgo suicida y variables psicosociales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea. En cuanto a la prevalencia del riesgo, un 12,1% de los jóvenes informaron puntuaciones de alto riesgo. Este dato mantiene la tendencia de investigaciones previas realizadas en el país (e.g., Casullo & Liporace, 2007; Galarza, Martínez Festorazzi, Castañeiras & Posada, 2014) que hallaron para la provincia de Catamarca un 11.3%, un 11% en Buenos Aires y Tucumán, y un porcentaje algo menor en la ciudad de Mar del Plata de 6.1%. En lo que refiere a autolesiones, el 30.3% de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño y un 13% lo concretó. Esta misma tendencia es similar a la hallada en otros países, en los que se estima que entre 12 y 31% de adolescentes de población no clínica se involucran en autolesiones sin intencionalidad suicida (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012).

Respecto a la relación entre riesgo suicida y las dimensiones psicosociales medidas en este estudio -soledad, aislamiento social, habilidades sociales y apoyo social percibido-, como se pudo observar, prácticamente en todos los casos se hallaron asociaciones significativas. Las variables soledad y apoyo social percibido muestran las asociaciones más elevadas con la presencia de ideaciones suicidas, el aislamiento social y el potencial de riesgo de suicidio. La presencia y calidad de apoyo social aumenta las posibilidades de que la persona lleve a cabo acciones instrumentales de respuesta a un problema o se mantenga fuerte ante problemas no resueltos, favorece el desarrollo de autoestima positiva, autonomía y asertividad. De todas las fuentes posibles de apoyo, la familia y el grupo de amigos son las más importantes entre los adolescentes. La literatura es consistente respecto a este punto, estableciendo que las relaciones satisfactorias con padres y amigos se asocian a un resultado más positivo en esta etapa del desarrollo (Almonte; 2003; Corsano, Majorano & Champretavy, 2006; Maimon et al., 2010; Reyes & Torres Miranda, 2001; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011; Ulloa, 1994). Los resultados obtenidos evidencian que específicamente el tipo de apoyo que pareciera ejercer mayor efecto tiene que ver con el acompañamiento activo por parte de los padres en la vida del adolescente, siendo una fuente en la cual los jóvenes pueden buscar consejo y apoyo de sus elecciones.

Es interesante notar que, en este estudio, el apoyo percibido del grupo de amigos se correlaciona moderadamente con ideaciones suicidas, mientras que el apoyo percibido de parte de los profesores ha presentado asociaciones entre bajas y nulas en todos los casos. Esto se entiende si se piensa que los adolescentes, sobre todo los más jóvenes, intentan diferenciarse de los adultos y buscan refugio en un grupo de pertenencia, el cual generalmente se encontrará conformado por pares con quienes se

identifican. Siendo que en este trabajo la percepción de apoyo social por parte de los amigos, es decir sentirse escuchado, comprendido y sostenido por los amigos, se asoció moderadamente con la presencia de ideaciones suicidas, se podría pensar que este grupo funcionaría específicamente como factor protector más bien indirecto ante el desarrollo o activación de este tipo de pensamientos. Es interesante considerar una investigación de Kaplan & Sadock (2000) que establece al grupo de amigos como factor de riesgo suicida vinculándolo a la imitación como forma de identificación. Los autores encontraron que aquellos jóvenes con aislamiento social se encontraban en considerables riesgo por imitación si un amigo había cometido suicidio. Este estudio sugiere que la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos. Los autores llamaron a este fenómeno "efecto de la identificación" (Kaplan & Sadock, 2000), según el cual una conducta suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares. Esto podría explicar parcialmente el hecho de que a pesar de percibir apoyo de los amigos, funcione como un factor de riesgo.

Siguiendo con el análisis, el apoyo percibido de los compañeros presentó las asociaciones negativas de mayor magnitud con potencial e ideaciones suicidas, baja autoestima, soledad y aislamiento social. Se podría pensar que el contacto permanente y prolongado con un grupo de pares que no ha sido elegido puede bien actuar como factor protector cuando el adolescente logra identificarse con un grupo y pertenecer; o bien puede ser un factor de riesgo considerable cuando la identificación reciproca no ocurre y el joven no es aceptado como miembro perteneciente. Si se parte de la base de que, a menudo, los jóvenes significan la escolaridad como una situación altamente estresante,

llegando en algunos casos a constituir una cuestión de “vida o muerte”, es menester destacar entre los factores de riesgo escolares el rechazo de los compañeros, la marginación y la discriminación, pudiendo afectar a los demás aspectos de la vida. En la vida escolar pueden darse numerosas conductas ofensivas y de rechazo (Manga, Abella, Barrio & Álvarez, 2007). Los profesores y los pares pueden ser crueles en los apodos, los estigmas y el trato verbal que dan a subordinados o compañeros de clase. Al respecto, existe contundente evidencia a nivel nacional e internacional sobre la relación entre acoso escolar, o el llamado *bullying*, así como su veta más actual el *cyberbullying*, y los comportamientos suicidas (e.g. Arroyave Sierra, 2012; Fadanelli, Lemos, Soto & Hiebra, 2013; Pedreira Massa & Basile, 2011; Valadez, Amezcua, González, Montes & Vargas, 2011). Un niño o adolescente acosado puede presentar depresión, temor, baja autoestima, aislamiento y sentimientos de rechazo. Estas y otras características del joven acosado afectan su vida diaria, su desarrollo personal y, en general, todas sus actividades (Cabrera, 2005) y pueden, incluso, impulsarlo a tomar decisiones extremas como el suicidio (Cepeda-Cuervo, Pacheco-Durán, García-Barco & Piraquive-Peña, 2008).

Se puede sostener, entonces, que el apoyo social percibido es un factor clave -bien de protección, bien de riesgo- ya que no solo impacta significativamente en los comportamientos suicidas, sino que además afecta la autoestima y el sentimiento de pertenencia. Es así que un adolescente que se siente sin respaldo, incomprendido y rechazado, puede tender a aislarse, lo que provocaría que experimente más sentimientos de soledad, de incotrolabilidad, desesperanza y disminución de su autoestima; todos factores de riesgo de los comportamientos suicidas. Retomando y ampliando lo planteado por Ulloa (1994), cuando el adolescente no encuentra sostén en su entorno

social, sino que percibe hostilidad, rechazo, desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos, puede ocurrir que se transforme en violencia hacia sí mismo.

Con respecto al análisis del efecto del género, los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos de investigación a nivel nacional (Casullo & Fernández Liporace, 2007; Galarza et al.; 2014) e internacional (e.g. Callanan & Davis, 2012; Ghanizadeh, 2008; Värnik, A., et al. 2009), siendo las mujeres quienes informan más riesgo suicida, asociado fundamentalmente a mayor experiencia de sentimientos de desesperanza e incapacidad para resolver problemas emocionales. De hecho, los organismos oficiales indican en una proporción 3 a 1 mayor riesgo e intento suicida en la población femenina, aunque la misma se invierte en el caso de suicidio (Ministerio de Salud de la Nación, 2014; OMS, 2015). A su vez, las adolescentes mujeres informaron sentirse más apoyadas por sus docentes. Estudios realizados en la ciudad de México (González Forteza & Andrade, 1995; González Forteza, Salgado & Andrade, 1993) ponen en evidencia diferencias según género en relación con los recursos de apoyo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Sostienen que el varón muestra un patrón diferente en los recursos de apoyo: busca ayuda en la familia cuando trata de resolver problemas familiares y no así cuando se trata de problemas personales y con amigos; es decir, que la búsqueda de apoyo está determinada por el área de conflicto, hecho que no se observa entre las mujeres adolescentes. Los datos ofrecidos por González Forteza et al. (1993) indican que en el caso de las mujeres el apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas, en tanto que los varones tienden a preferir no buscar ayuda ni consejo. Dicho esto, existe consenso para considerar que ciertos factores asociados al riesgo suicida varían según el género, y si bien las mujeres presentan más ideaciones y comportamientos suicidas,

tienden a buscar apoyo social para afrontar sus problemas, ya que tienen más capacidad para expresarse y pedir ayuda. Otra explicación a la llamada “masculinización del suicidio” (Casullo, 1998), radica en que las mujeres tienden a elegir métodos menos letales que los hombres (Callanam & Davis, 2012).

Por último, se considera necesario analizar con mayor detenimiento el hecho de los jóvenes pertenecientes al establecimiento público informaron experimentar más desesperanza, baja autoestima, aislamiento y soledad. Una interpretación posible es que se trata una institución con matricula elevada, lo que favorece el anonimato entre sus miembros; además de que los docentes probablemente tienen bajo su responsabilidad un exceso de alumnos, dificultando la atención individualizada. Sumado a ello, se debe tener en cuenta el tipo de realidad socioeconómica de los alumnos de cada establecimiento. En un estudio realizado por Urquijo (2009) en la ciudad de Mar del Plata, se encontró que mientras que el 70% de las familias que envían a sus hijos a escuelas de gestión privada pertenecen a la clase media en las escuelas públicas solo poco más del 25% pertenece a esta categoría. En el presente estudio, muchos de los jóvenes que asisten a la escuela de gestión pública trabajan y también hay casos de maternidad adolescente, situaciones que, lejos de ser patológicas en sí mismas, son fuente de estrés y sobrecarga para un joven. Podría pensarse que la vivencia de más desesperanza y baja autoestima en estos jóvenes está relacionada con estas cuestiones y cómo perciben que puede afectar sus posibilidades en el futuro.

En síntesis, las hipótesis planteadas se confirmaron parcialmente. Respecto a la primera -que planteaba que aquellos adolescentes que informaran más sentimientos de soledad, menor apoyo social percibido por parte de sus padres y amigos, y dificultades en las habilidades sociales, presentarían mayores puntuaciones de riesgo suicida- se

constató que fundamentalmente el apoyo percibido por parte de los padres y compañeros y los sentimientos de soledad son factores de riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas en adolescentes. Esto permite inferir, por contrapartida, que sentirse apoyado y comprendido por los dos grandes contextos de pertenencia –familia y escuela- y experimentar sentimientos de pertenencia social actuarían como factores de protección, tal como ha sido establecido en otros estudios (e.g., Joiner, 2005; King & Merchant, 2008; Kleinman et al., 2012; 2014; Van Orden et al. 2010).

Con respecto a la segunda hipótesis planteada, la cual estimaba que las mujeres informarían más riesgo suicida, a la vez que mayores habilidades sociales de comunicación y mayor percepción de apoyo social por parte de sus amigos, también se confirmó parcialmente en cuanto a más potencial de suicidio informado en las adolescentes mujeres, lo que, como se expuso, era esperable en función de los resultados de otras investigaciones. La ausencia de diferencias significativas respecto a la capacidad para expresarse y pedir ayuda puede ser explicada en parte por el instrumento de medición utilizado para evaluar habilidades sociales, ya que plantea dificultades interpersonales en situaciones de la vida cotidiana que no implican específicamente la comunicación de problemas emocionales y la solicitud de ayuda. Es necesario continuar esta línea de investigación para ver si se mantienen los resultados aquí hallados e indagar con más profundidad la relación entre habilidades sociales como la asertividad y la empatía con los comportamientos suicidas. Asimismo, sería necesario replicar el estudio ampliando y diversificando la muestra, ya que los resultados se han obtenido sobre una base muestral reducida.

Más allá de las limitaciones señaladas, se considera que esta investigación reviste un aporte interesante, en cuanto a que permite una mejor comprensión de la

relación entre factores psicosociales y riesgo de suicidio en la población necochense, sobre todo teniendo en cuenta la escasez de investigaciones realizadas en el tema. Los datos aquí obtenidos pueden servir de base para futuras líneas de investigación en las cuales se comparen muestras de distintas ciudades que presenten diferencias en las tasas de suicidio. Por último, se espera que, además puedan ser tenidos en cuenta en las escuelas de la comunidad necochense en la planificación e implementación de estrategias de intervención en tres niveles: a) promoción de relaciones entre compañeros basadas en la integración y la aceptación; b) fortalecimiento de la relación docente-alumno, de manera que puedan ser una fuente de apoyo, confianza y acompañamiento para los adolescentes; y c) mejoramiento del tipo de apoyo provisto por las familias, favoreciendo el acompañamiento e involucramiento activo en la vida de los adolescentes. De esta manera, los jóvenes contarían con diferentes fuentes de apoyo social y comunidades educativas que promueven la integración a la vez que favorecen el desarrollo de la autonomía y la consolidación de la identidad personal.

Referencias bibliográficas

Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En C. Almonte, M.E. Montt & A. Correa (Eds), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 507-522). Santiago de Chile:. Editorial Mediterraneo.

Arroyave Sierra, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al *bullying*. *Revista CES Psicología, 5*(1), 116-125.

Barón, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe, 6,* 48-69.

Barrera, M., & Li, S.A. (1996). The relation of familiy support to adolescents´ psychological distress and behavior problems. En G.R. Pierce, B.R. Sarason y I.G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum.

Bobes García, J., González Seijo, J., & Saiz Martínez, P.A. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.* Barcelona: Masson.

Cabrera, E. (2005). Palabras que dejan huella: violencia en la escuela a través del discurso. *Revista Iberoamericana, 37,* 49-54.

Callanam, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; *47*(6), 857-69.

Cámara de Diputados de la Nación (2015). *Ley Nacional de Prevención del Suicidio Nº27.130.* Recuperado de http://www.diputados.gov.ar/secparl/dgral_info_ parlamentari a/dip/legislación Nacional.html

Carreras, M. A., Brizzio, A., González, R., Mele, S., & Casullo, M. M. (2008), Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con adolescentes argentinos y españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 25*(1), 107-124.

Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. V. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquicham, 9*(3), 281-296.

Castro Solano, A., Contini, N., & Fernández Liporace, M. (2006). Apoyo social en estudiantes adolescentes: generalización de la estructura factorial de una escala en distintos grupos. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*(1-2), 131-148.

Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (2007). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología, 2*(2), 33-41.

Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.

Cepeda-Cuervo, E., Pacheco-Durán, P. N., García-Barco, L., & Piraquive-Peña, C. J. (2008). Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. *Revista de Salud Pública*, *10*(4), 517-528.

Cohen Imach, S., Esterkind de Chein, A.E., Lacunza, A.B., Caballero, S.B., & Martinenghi, C. (2011). Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. . *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 29*(1), 167-185.

Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate, 9*, 45-63.

Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence, 41*(162), 341-353.

Durkheim, E. (1897/1989*). El suicidio.* Madrid: Akal.

Ellis, T. E. (2008). *Cognición y Suicidio.* México: Manual Moderno.

Fadanelli, M., Lemos, R., Soto, M. F., & Hiebra, M. C. (2013). Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires, 55*(249), 127-135.

Fernández Álvarez, H. (1993). Fundamentos de un modelo integrativo. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Liporace, M., & Casullo, M. M. (2006).Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 21*(1), 9-22.

Fernández Liporace, M., & Ongarato, P. (2005). Adaptación de la Escala de Apoyo Social para Estudiantes en adolescentes de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología, 2*(2), 43-50.

Galarza, A.L., Martínez Festorazzi, V.S., Castañeiras, C.E., & Posada, M.C. (2014). Riesgo suicida y resiliencia en un estudio con adolescentes argentinos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 60*(2), 98-107.

Ghanizadeh, A. (2008). Gender difference of school anger dimensions and its prediction for suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(2), 525-535.

Gonthier, F. (1998). Algunas reflexiones epistemológicas sobre la idea de suicidio en sociología. *Revista Española de Investigaciones sociológicas 1978-2002*,81(98), 117-131.

González Forteza, C., & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 18*(4), 41-48.

González Forteza, C., Salgado, N., & Andrade, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental, 16*(3), 16-21.

Guaygua, M., & Roth, E. (2008). Desarrollo y adaptación del Inventario de Situaciones Sociales (ISS): Validación factorial, de criterio y cálculo de confiabilidad. *AJAYU, 6*(2), 207-230.

Hamza,C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32,* 482-495.

Heinrich, L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review, 26,* 695-718.

Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social.* Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.

Heyd, D., & Bloch, S. (2001). La ética del suicidio. En S. Bloch, P. Chodoff & S. Green (Comps.), *La ética en psiquiatría* (pp. 415-432). Madrid: Triacastela.

Hur, J. W., Kim, W. J., & Kim, Y.K. (2011). The mediating effect of psychosocial factors on suicidal probability among adolescents. *Archives of suicide research, 15*(4), 327-336.

Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS*). Behavior Research and Therapy, 48,* 179-186

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría.* Madrid: Médica Panamericana.

King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonals factors. Relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of suicide research, 12*(3), 181-196.

King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30. Adolescent Inventory of suicide orientation – 30.*Minneapolis, USA: National Computer Systems.

Kleinman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research, 18*(2), 144-155.

Kleinman, E. M., Riskind, J. H., Schaefer, K. E.; Weingarden, H. (2012). The Moderating Role of Social Support on the Relationship Between Impulsivity and Suicide Risk. *Crisis, 33,* 273-279.

Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. *Archives of Suicide Research, 16*(3), 183-197.

Maimon, D., Browning, C., & Brooks Gun, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(3) 307–324.

Manga, D., Abella, V., Barrio, S., & Alvarez, A. (2007). *Tipos de adolescentes según la soledad y el acoso escolar percibido: diferencias en personalidad y apoyo social.* Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Universidad de León, España.

Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Estadísticas vitales. Información básica año 2013* (Publicación ISSN 1668-9054. Serie 5–N° 57). Recuperado desde http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf

Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., & Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety, 29,* 180–186.

Monjas Casares, M. (2000). Programas de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE.

Monjas Casares, M. I. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(10).

Musitu, G., & Cava, M.J. (2003), El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*(2), 179-192.

Nolten, P. W. (1994). *Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale.* Unpublished doctoral dissertation. University of Wisconsin-Madison, United States.

O´Connor, R. C., Fraser, L., White, M-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders, 110,* 207-214.

O´Connor, R. C., Fraser, L., White, M-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders, 110,* 207-214.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 52–59.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Public health action for the prevention of suicide.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Trastornos mentales y cerebrales.* Ginebra: Departamento de salud mental y toxicomanía. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Pedreira Massa, J. L, & Basile, H. S. (2011). El acoso moral entre pares (*bullying). Construção psicopedagógica, 19*(19), 8-33.

Reyes, W. G., & Torres Miranda, N. (2001). Intento Suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General, 17*(5), 452-460

Richaud de Minzi, C. (2004). Development of coping resources in childhood and adolescence. *Interdisciplinaria,* (núm. esp.), 63-74.

Roaten, K. (2008). *Cognition and suicide: the relationship between social problem-solving and suicidal behavior*. [Doctoral Thesis] University of Texas, United States.

Rotenberg, K., & Hymel, S. (1999). *Loneliness in childhood and adolescence.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior 30*(1), 18-33.

Sarmiento Silva, C., & Aguilar Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 21*(1), 25-30.

Sharaf, A. M., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 22*(3), 160–168

Ulloa, F. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría, 65*(3), 178-183.

Urquijo, S. (2009). Aprendizaje de la lectura. Diferencias entre escuelas de gestión pública y de gestión privada. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, (9), 19-34.

Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2*(9), 783-796.

Van Orden, A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600.

Värnik, A., et al. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders, 113*(3), 216–226.

Vega, E. (2015). Clínica con niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo? Buenos Aires: Lugar Editorial-

Wenzel, A., & Beck, T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12,* 189–201.

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Denominación del proyecto:

Estudio de características psicosociales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea.

Alumnas:

Di Rico, Eliana. Mat: 06956/05

Paternain, Natalia. Mat: 07492/06

Portillo, Natalia. Mat: 06757/04

Cátedra de radicación:

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica - GIEPsi

Supervisora: Lic. Aixa L. Galarza

Co-supervisora: Dra. Claudia E. Castañeiras

Fecha:

Denominación: Estudio de características psicosociales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea.

Descripción resumida:

El proyecto que se presenta se propone evaluar características psicosociales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes, particularmente en cuanto a habilidades sociales, percepción del apoyo social, soledad y aislamiento social. Se trata de un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental y transversal. Se administrará a una muestra de 100 adolescentes escolarizados de escuelas de gestión pública y privada laicas, un protocolo de evaluación que incluirá un registro de datos básicos y 4 medidas de autoinforme: Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30, Inventario de Situaciones Sociales ISS ,Cuestionario de Aislamiento y Soledad *CAS* y Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes.

Se espera que los resultados permitan avanzar en el conocimiento sobre la problemática del riesgo suicida en población adolescente de la ciudad de Necochea, con el fin de obtener datos concretos que puedan utilizarse para concientizar a la población y sentar las bases para posteriores investigaciones.

Palabras clave:

Riesgo suicida - Soledad - Aislamiento - Habilidades sociales - Apoyo social - Adolescentes

Duración: 9 meses

Descripción detallada

Motivos y antecedentes: En la actualidad, el suicidio es considerado a nivel mundial y en Argentina uno de los principales problemas de salud pública, ya que se encuentra dentro de las primeras causas de muerte (Ministerio de Salud 2012; OMS, 2012). Particularmente en jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia del suicidio ha ido en aumento a lo largo de la historia y la proyección es que esta tendencia continúe, por lo que su estudio se convierte en una necesidad de primer orden.

De acuerdo a la revisión de la literatura, se puede definir el *suicidio* como un acto deliberado que realiza un individuo para poner fin a su vida (Ellis, 2008; Martínez, 2007). Mientras que el *riesgo suicida* refiere a la predicción del potencial

autodestructivo de una persona, cuya estimación requiere considerar antecedentes personales y familiares, estado mental psicológico, factores biológicos, estresores, y factores epidemiológicos (Córdova Alcaráz, Estrada Trejo & Velázquez Altamirano, 2013; Martínez Glattli, 2005)

El acto de quitarse la vida ha sido tema de debate y polémica desde hace siglos, y ha sido abordado desde diferentes perspectivas como la filosofía, la religión, la sociología, la economía, la psicología y la ética. A finales del siglo XIX, Durkheim (1897/1989) estableció un antes y un después en el modo de tratar esta problemática. El autor relacionó las conductas suicidas al ambiente sociohistórico, estableciendo que la naturaleza del suicidio es eminentemente social; es decir propuso una explicación social de la tasa de suicidios. Esto sentó las bases del comienzo del estudio científico amoralista del suicidio (Heyd & Bloch, 2001).

A pesar del fuerte acento en el carácter social de la suicidalidad planteado por Durkheim, la Psicología y la Suicidología en particular, se alejaron de estos postulados al establecer el suicidio como resultado de un interjuego de múltiples factores de personalidad, cognitivos, emocionales, sociales, biológicos y ambientales (Ellis, 2008), con un amplio predominio del estudio de los aspectos cognitivos: los pensamientos suicidas. De todos modos, existen autores que aún enfatizan el rol de los factores sociales e interpersonales. Un ejemplo es la teoría interpersonal del suicido de Joiner y su equipo (Van Orden et al., 2011) que destaca como conceptos fundamentales del modelo la integración social [*social connectedness*], sentido de pertenencia [*belongingness*], y el sentimiento de ser una sobrecarga para los seres queridos [*burdensomeness*].

En la misma línea, Casullo (1998) enfatiza la importancia de considerar -particularmente en la adolescencia- que todo riesgo supone siempre una perspectiva vincular, pues implica tener en cuenta a las otras personas del entorno sociocultural en el que transcurren sus existencias cotidianas, a los individuos y los valores legitimados como de mayor peso en un momento sociohistórico determinado. Durante la adolescencia, el entorno social más amplio se vuelve particularmente relevante. El adolescente comienza a independizarse de las figuras parentales para encontrar un grupo de pertenencia, de pares, y empieza a posicionarse de manera diferente ante la sociedad,

lo que es fundamental para el ajuste y la consolidación de la identidad (Musitu & Cava, 2003).

Como se mencionó, si bien los teóricos de la suicidalidad reconocen la importancia de los factores sociales y psicosociales (King & Merchant, 2013), no abundan las investigaciones que estudien la relación entre estos aspectos y los comportamiento suicidas en la adolescencia, particularmente en nuestro contexto. Existen estudios que señalan su impacto al comprender que pueden actuar como factores de protección, o bien de riesgo (e.g., Hur, Kim & Kim, 2011; King & Merchant, 2013; Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006; Van Orden et al., 2010). Una de las variables que ha sido fuertemente asociada al riesgo de suicidio es la *soledad y aislamiento social* (e.g., Casullo, 1998; Contini et al., 2012; Van Orden et al., 2010). Por soledad se entiende el sentimiento subjetivo de insatisfacción emocional y social, asociado a la necesidad -real o percibida- de relaciones interpersonales de afecto y apoyo (Carvajal-Carrascal & Castillo 2009); aislamiento social -asociado al sentimiento de soledad- refiere a la falta de integración, el retraimiento y la alienación. Un estudio basado en 5423 adolescentes demostró que los sentimientos de soledad y aislamiento son fuertes predictores de las ideaciones suicidas (ver Van Orden et al. 2010).

Otra variable fundamental para un desarrollo psicosocial saludable en la adolescencia hace referencia a las *habilidades sociales,* entendidas como conductas específicas necesarias para ejecutar competentemente una tarea interpersonal (Monjas Casares, 2000). Son comportamientos adquiridos necesarios para la adaptación al ambiente, la resolución de problemas de la vida cotidiana y el establecimiento de relaciones satisfactorias con los demás, y por ello revisten particular relevancia en la adolescencia (Cohen Imach, Esterkind de Chein, Lacunza, Caballero & Martinenghi, 2011; Guaygua & Roth, 2008). Existen estudios que han demostrado que el potencial suicida está asociado a déficit en dichas habilidades (e.g., Monjas Casares, 2000; Roaten, 2008)

Por último, la variable quizás más ampliamente estudiada en relación a la suicidalidad es el *apoyo social percibido,* definido por Musitu y Cava (2003) como el conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía -real o percibida- de parte de la red social más cercana -padres, familiares, pares, etc. Existe evidencia contundente respecto al impacto moderador de esta variable en desarrollo psicosocial del adolescente (e.g., Castro Solano, Contini & Fernández Liporace, 2006;

King & Merchant, 2013; Musitu & Cava, 2003). Po ejemplo, Salvo y Melipillán (2008) plantean que menor apoyo percibido familiar por parte de la familia, los amigos y otros significativos se asocia con mayor riesgo suicida.

Considerando lo expuesto, este estudio empírico se centrará en estudiar la relación entre riesgo suicida, y variables psicosociales -soledad y aislamiento social, habilidades sociales, y apoyo social percibido- en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea. La mencionada ciudad se ha caracterizado históricamente por tener una prevalencia de tentativas y suicidio adolescente considerable, y no se cuenta con estudios que aborden la relación que ciertos factores psicosociales pudieran tener en la ocurrencia de este fenómeno.

Se espera que este estudio aporte datos para una mayor comprensión de la relación entre factores psicosociales y el riesgo de suicidio en la población necochense, con la intención de favorecer el diseño de estrategias de prevención más específicas a la problemática de la localidad. Asimismo se espera que sirva de base para futuras líneas de investigación.

Objetivo general: Estudiar las relaciones entre riesgo suicida y variables psicosociales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea.

Objetivos específicos:

1) Identificar indicadores de ideaciones y riesgo suicida.

2) Estudiar las relaciones entre riesgo suicida y variables psicosociales: soledad y aislamiento social, habilidades sociales, y apoyo social percibido.

3) Analizar el efecto diferencial sobre las variables bajo estudio según:

a) Género. b) Edad. c) Tipo de institución educativa (gestión pública-gestión privada).

Hipótesis

3. Aquellos adolescentes que informen más sentimientos de soledad, menor apoyo social percibido por parte de sus padres y amigos, y dificultades en las habilidades sociales, presentarán mayores puntuaciones de riesgo suicida.

4. Las mujeres informarán mayor riesgo suicida, a la vez que mayores habilidades sociales de comunicación, y mayor percepción de apoyo social por parte de sus amigos.

Métodos y técnicas

Diseño y tipo de estudio: No experimental. Estudio transversal, descriptivo y correlacional.

Participantes: Se trabajará con una muestra incidental simple conformada en un total estimado en N = 100 adolescentes escolarizados de nivel Secundario Superior de ambos sexos, con edades entre 15 y 18 años –aproximadamente- que asistan a instituciones educativas de gestión pública y privada de la ciudad de Necochea.

Instrumentos: Se implementará un protocolo de evaluación que incluirá un registro de datos básicos y 4 medidas de autoinforme:

- Registro de datos básicos: información sociodemográfica familiar y vital.
- *Inventario de Orientaciones suicidas* ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Casullo, 2006).
- *Inventario de Situaciones Sociales ISS* (Guaygua & Roth, 2008).
- *Cuestionario de Aislamiento y Soledad CAS* (Casullo, 1998).
- *Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes* (Nolten, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Ongarato, 2005).

Procedimiento: En primera instancia se realizarán los contactos, gestiones y autorizaciones correspondientes con los establecimientos educativos participantes. Tras un periodo de capacitación para llevar a cabo la recolección de datos, se administrará en forma colectiva el protocolo de evaluación en un único encuentro de aproximadamente 45 minutos de duración en las clases habituales de los adolescentes. En todos los casos la participación será voluntaria, confidencial y bajo consentimiento informado (CI). Se requerirá además el consentimiento de los padres o tutores en aquellos casos que corresponda. Los participantes recibirán una copia del CI, que incluirá información acerca de los servicios de asistencia al suicida. Durante todo el proceso de investigación se atenderá a las pautas éticas establecidas por FePRA (2013). Toda la información derivada de esta investigación se utilizará con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales.

Fuente de datos a emplear: Se contará con fuentes primarias, siendo estas las respuestas de los sujetos a los instrumentos administrados; y fuentes secundarias como material bibliográfico referido a la temática obtenido a través de libros, revistas especializadas y

bases de datos (Redalyc, S-Cielo, Medline, Science Direct, Dialnet, etc, y manuales de estadística.

Lugar de realización: Este estudio se realizará en escuelas de la ciudad de Necochea, con el aval de la Facultad de Psicología de la UNMdP. Estará radicado en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica – GIEPsi.

Cronograma mensual de actividades y tareas

ACTIVIDADES/MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Relevamiento y actualización bibliográfica										
2. Elaboración del marco teórico										
3. Gestión con las instituciones participantes y selección de la muestra										
4. Capacitación para la recolección de datos										
5. Gestión de las autorizaciones y consentimientos informados										
6. Aplicación del protocolo de evaluación										
7. Elaboración y carga de la base de datos										
8. Análisis e interpretación de los resultados										
9. Redacción del informe final										

Referencias

Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C.V. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquicham, 9*(3), 281-296.

Castro Solano, A., Contini, N., & Fernández Liporace, M. (2006). Apoyo social en estudiantes adolescentes: generalización de la estructura factorial de una escala en distintos grupos. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*(1-2), 131-148.

Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica.* Buenos Aires: Paidós.

Cohen Imach, S., Esterkind de Chein, A.E., Lacunza, A.B., Caballero, S.B., & Martinenghi, C. (2011). Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3.*RIDEP, 29*(1), 167-185.

Contini, E. N., Lacunza, A. B., Medina, S. E., Álvarez, M., González, V., & Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15*(1), 127-149.

Córdova Alcaráz, A.J., Estrada Trejo, A. G., & Velázquez Altamirano, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 15*(1), 7-21.

Durkheim, E. (1897/1989). *El suicidio.* Madrid: Akal.

Ellis, T. E. (2008). *Cognición y Suicidio.* México: Manual Moderno.

Fernández Liporace, M., & Casullo, M. M. (2006).Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica, 21*(1), 9- 22.

Fernández Liporace, M., & Ongarato, P. (2005). Adaptación de la Escala de Apoyo Social para Estudiantes en adolescentes de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología, 2*(2), 43-50.

Guaygua, M., & Roth, E. (2008). Desarrollo y Adaptación del Inventario de Situaciones Sociales (ISS): Validación Factorial, de Criterio y Cálculo de Confiabilidad. *AJAYU, 6*(2), 207-230.

Heyd, D., & Bloch, S. (2001). La ética del suicidio. En S. Bloch, P. Chodoff & S. Green, *La ética en psiquiatría* (Comps.) (pp. 415-432). Madrid: Triacastela.

Hur, J. W., Kim, W. J., & Kim, Y. K. (2011).The mediating effect of psychosocial factors on suicidal probability among adolescents. *Archives of Suicide Research, 15*(4), 327-336.

King, C. A., & Merchant, C. R. (2013). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 181-196.

King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30.Adolescent Inventory of suicide orientation – 30.*Minneapolis, USA: National Computer Systems.

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Recuperado de http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf

Martínez Glattli, H. (2005). Evaluación del riesgo de suicidio. *Hojas clínicas de salud mental, 5,* 35-48.

Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Estadísticas vitales. Información básica año 2011.* Recuperado de http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf

Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar.* Madrid: CEPE.

Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*(2), 179-192.

Nolten, P. W. (1994). *Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale*. [Doctoral dissertation].University of Wisconsin-Madison, USA.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Public health action for the prevention of suicide.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

Roaten, K. (2008). *Cognition and suicide: the relationship between social problem-solving and suicidal behavior*. [Doctoral Thesis] University of Texas, USA. Recuperado de http: //repositories.tdl.org/utswmed-ir/bitstream/handle/2152.5/594/roatenkimberly.pdf?sequence=3

Rivera Heredia, M. E. & Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 8*(2), 23-40.

Salvo G. L. & Melipillán A. R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena Neuropsiquiatría, 46*(2) 115-123.

Van Orden, A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600.