



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Psicología

Tesis de grado

Título:

**Análisis comparativo de factores asociados al riesgo de suicidio en una muestra
de adolescentes marplatenses.**

Cátedra de radicación:

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica - GIEPsi

Supervisora: Esp. Aixa L. Galarza

Estudiantes

Calogero Silvina DNI 33646534

Cuevas Marina DNI 31289652

Elegaja Florencia DNI 32419993

Fecha: 19 de diciembre de 2018

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumnos Calogero Silvina DNI 33646534, Cuevas Marina DNI 31289652 y Elejaga Florencia DNI 32419993 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 de las autoras".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por las alumnas Calogero Silvina DNI 33646534 , Cuevas Marina DNI 31289652 y Elejaga Florencia DNI 32419993 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 19 días del mes de diciembre del año 2018".

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

Informe de Evaluación de la Supervisora

La estudiante **Silvina Calogero** se ha desempeñado de manera adecuada durante el transcurso de la investigación realizada. Ha demostrado interés en la temática y compromiso en todas las fases del estudio, lo que permitió obtener como resultado un informe final de calidad, con un grado de elaboración importante para la instancia de aprendizaje que significa.

La estudiante **Marina Cuevasse** ha desempeñado de manera adecuada durante el transcurso de la investigación realizada. Ha demostrado interés en la temática y compromiso en todas las fases del estudio, lo que permitió obtener como resultado un informe final de calidad, con un grado de elaboración importante para la instancia de aprendizaje que significa.

La estudiante **Florencia Elejaga** se ha desempeñado de manera adecuada durante el transcurso de la investigación realizada. Ha demostrado interés en la temática y compromiso en todas las fases del estudio, lo que permitió obtener como resultado un informe final de calidad, con un grado de elaboración importante para la instancia de aprendizaje que significa.

"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 Calogero Silvina DNI 33646534, Cuevas Marina DNI 31289652 y Elejaga Florencia DNI 32419993".

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

Fecha de aprobación:

Calificación:

ÍNDICE GENERAL

Marco Teórico.....	1
Metodología.....	6
<i>Tipo de estudio</i>	6
<i>Hipótesis de trabajo</i>	6
<i>Muestra</i>	6
<i>Instrumentos</i>	6
<i>Procedimiento</i>	8
<i>Análisis de resultados</i>	9
Resultados.....	10
Discusión.....	14
Referencias bibliográficas.....	20
Anexo	25

ANALISIS COMPARATIVO DE FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUICIDIO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES MARPLATENSES

MARCO TEORICO

La adolescencia es un periodo del ciclo vital humano que se caracteriza por ser una etapa de intensos cambios. No solamente significa un paso de la niñez a la adultez, sino un período complejo y contradictorio en el que se producen transformaciones en lo corporal, psíquico, cognitivo, afectivo, familiar y social (Barón, 2000). Según este autor, en los adolescentes los cambios en su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se sienten desorganizados, torpes, fuertes, poco o muy atractivos. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su orientación, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. Asimismo, a nivel psicológico se consolida su personalidad y sentido de identidad, y cobra gran relevancia la construcción de significados en torno a la pertenencia y la autonomía (Fernández-Álvarez, 1992). Por último, específicamente en al área afectiva y de control de los impulsos, se caracterizan por una vida emocional más intensa y cierta impulsividad. Esto tiene su contraparte neurobiológica, debido al desbalance que se produce entre el desarrollo más veloz del sistema límbico, que se ocupa del procesamiento emocional, y desarrollo de los sistemas prefrontales de control cortical, que se encargan de manejar los impulsos (Stewart et al., 2017).

Así, se parte de una concepción salugénica de la adolescencia que la conceptualiza como una etapa de cambios en todo nivel que debe hacer frente a nuevas exigencias del entorno, sin aludir a términos patologizantes como crisis y vulnerabilidad en tanto etapas normales del desarrollo (Arnet, 2012; Contini de González, 2006; Steinberg, 2014). La disfuncionalidad, en todo caso, puede surgir en aquellos casos en que, por ejemplo, el adolescente no cuenta con los recursos suficientes para afrontar adecuadamente las exigencias, o cuando no encuentra congruencia entre cómo piensa y siente y lo cree que entorno socio-familiar espera de ellos (Vega, 2015). Algunos de los problemas más frecuentes que pueden aparecer en la adolescencia son las autolesiones,

consumo problemático de sustancias, trastornos de alimentación, ansiedad y comportamientos suicidas.

Específicamente los comportamientos suicidas y el suicidio en la adolescencia constituyen uno de los problemas más graves de salud mental a nivel mundial, dado su aumento progresivo (OMS, 2018). En el mundo se produce una muerte por suicidio cada 40 segundos, lo que supone una tasa de mortalidad anual global de 14 por 100.000 habitantes. En lo que respecta a población adolescente, se ha convertido en la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años de edad. En Argentina, en base a los datos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS, 2017), durante 2016 se produjeron 3.135 defunciones por suicidio (2.550 varones y 585 mujeres) de un total de 352.992 muertes por todas las causas y en todas las edades. La mayor cantidad de muertes por suicidio se presentó entre los adolescentes y adultos jóvenes, llegando a 850 muertes en el grupo etario de 15 a 24 años, lo que equivale al 27% de muertes por suicidio. La tasa en varones alcanza el 19.0 cada 100.000 habitantes, en tanto que en mujeres es sensiblemente menor llegando al 4.8 cada 100.000 habitantes. Debido a esta dramática situación, en marzo de 2015 se sancionó la Ley Nacional N°27.130 de Prevención de Suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015), que lo declara como un hecho de interés en todo el territorio nacional, garantiza la atención de las personas que se encuentran en riesgo de suicidio al mismo tiempo que la asistencia a las familias declarando, y fomenta la investigación, evaluación y capacitación de profesionales sanitarios.

En este punto es necesario definir el término suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud (2018) el *suicidio* es definido como un acto deliberado y realizado por el sujeto, a sabiendas de su resultado letal. El constructo *comportamientos suicidas* abarca todo el espectro de suicidalidad, lo que incluye las ideaciones propiamente dichas, los planes y crisis suicidas, así como las tentativas (Crosby, Ortega, & Melanson, 2011). Según estos autores, se define *intento de suicidio* como un comportamiento potencialmente dañino, autodirigido y no mortal, con la intención de morir; y conceptualizan las *ideaciones suicidas* en sentido restrictivo como ideas y sentimientos vinculados a quitarse la vida. En cambio, Casullo y Fernández Liporace (1997) hacen referencia a las ideaciones suicidas en sentido amplio como los procesos

cognitivos y afectivos que abarcan desde la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida hasta ideas de autodestrucción.

Por su parte, las autolesiones no suicidas (acrónimo en inglés, NSSI) tan frecuentes hoy en día, en general no están incluidas dentro del concepto de comportamientos suicidas. Hay acuerdo en considerarlas como conductas por medio de la que el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (American Psychiatric Association, 2013; Crosby et al., 2011; Mollá et al., 2015; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012; Van Orden et al. 2010). La finalidad está vinculada a aliviar malestar psicológico, resolver alguna dificultad interpersonal, o inducir un estado de sentimientos positivos, quedando excluida la intencionalidad suicida, por lo que no las considera como una tentativa suicida. De todas formas están incluidas dentro de lo que Crosby et al. (2011) denominan violencia autodirigida y constituyen uno de los factores de riesgo con mayor capacidad predictiva del intento de suicidio, sobre todo cuando se contempla la frecuencia, variedad y letalidad de los métodos empleados para autolesionarse (Anestis, Khazem, & Law, 2014; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012).

Uno de los modelos teóricos más relevantes en la actualidad es el propuesto por Joiner y su equipo, denominado teoría psicológica interpersonal del suicidio –acrónimo en inglés IPTS- (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Según esta teoría, el deseo suicida y las ideaciones suicidas surgen por la presencia simultánea de dos estados cognitivo-afectivos distorsionados: la percepción de ser una carga para los demás [*burdensomeness*]¹, y el sentimiento de no pertenencia [*thwartedbelongingness*]. El primero alude a la percepción de ser una carga difícil de sostener para los otros, como consecuencia de ser una persona imperfecta. Incluye la vivencia de sentimientos de odio hacia sí mismo, baja autoestima y sentimientos de culpa. El segundo estado refiere básicamente al sentimiento de no pertenecer, como resultado de la falta de integración social que se experimenta. Implica sentimientos de soledad y la ausencia de relaciones recíprocas de apoyo y afecto. Cuando estos estados se producen en simultáneo la

¹Las traducciones de estos términos han sido realizadas por la autora de la tesis, dado que aún no se cuenta con ninguna original desde el inglés al español en los textos que abordan la IPTS por parte de ningún traductor, editorial o *paper*.

persona empieza a creer que su muerte sería algo positivo para los demás, y se desarrollan síntomas tales como el deseo de morir, mayor frecuencia en la ideación y hablar de la muerte y/o el suicidio.

Sin embargo, de acuerdo con la IPTS la aparición del deseo de muerte no sería suficiente para que la persona efectivamente realice un intento de suicidio. Entonces proponen un tercer estado central del modelo, que es la capacidad adquirida para suicidarse [*acquired capability for suicide*]. Se caracteriza por un lado por una disminución del miedo al suicidio como tal, y por otro por un aumento de tolerancia al dolor físico. Está vinculado a la preparación y la planeación del intento de suicidio. Así, solamente cuando se producen los tres estados conjuntamente ocurriría el pasaje de la ideación a la tentativa de suicidio. El desarrollo de la *capacidad adquirida para suicidarse* tendría lugar por la exposición repetida a experiencias dolorosas producidas por la propia persona -como las autolesiones-, o por situaciones externas, -como situaciones de abuso o combate.

Considerando los postulados del modelo IPTS algunos de los factores de riesgo más relevantes y directamente ligados a las ideaciones suicidas serían el *aislamiento social*, los *sentimientos de soledad*, la falta de *apoyo social*, la *baja autoestima*, y la presencia de *autolesiones no suicidas* (Joiner, 2005; Van Orden et al. 2010). Si bien la literatura propone más factores de riesgo, como las dificultades de regulación emocional, déficit en la resolución de problemas, y antecedentes familiares por nombrar algunos, este trabajo se centrará únicamente en apoyo social, sentimiento de soledad, aislamiento y autolesiones.

El *apoyo social* es considerado como el conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Musitu & Cava, 2003). De acuerdo con los hallazgos de investigación, se trata de uno de los factores protectores de amplio espectro más relevantes para el desarrollo saludable del adolescente. Diferentes investigaciones han permitido dar cuenta de la importancia para el adolescente que tiene el apoyo social de la familia como también su grupo de amigos, pudiendo actuar como factor protector (e.g. Di Rico, Paternain, Portillo & Galarza, 2016; King & Merchant, 2008; Musitu & Cava, 2003; Van Orden et al., 2010). Por ejemplo, se constata que al percibir mayor apoyo de sus padres, los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento más

efectivas, su autoestima es más favorable y cuentan con mayores competencias sociales. Cuando el adolescente no encuentra el apoyo que necesita dentro de su familia, las relaciones con sus iguales se verán intensificadas, buscando en ellos más apoyo y consejos. Particularmente interesantes son dos estudios sobre el 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 (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014b; Kleiman, Riskind, Schaefer, & Weingarden, 2012).

Otros conceptos asociados al riesgo suicida son *el aislamiento social* y *los sentimientos de soledad*. El primero es entendido como la tendencia del sujeto a evitar vínculos psicosociales, alude al retraimiento y la alienación social. Características tales como ser tímido, introvertido, con baja autoestima, habilidades sociales pobres y ser adolescente aumentarían el riesgo de padecer aislamiento (Casullo, 1998; Contini, Cohen, Coronel, & Mejail, 2012). Esta dimensión es posiblemente uno de los predictores más fuertes de ideación suicida, intentos y comportamiento suicida (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 & Caro-Castillo 2009). Ambos factores, junto con la falta de apoyo social, son considerados facetas del sentimiento de no pertenencia en el modelo IPTS (Van Orden et al., 2010).

Considerando lo expuesto, este estudio empírico se centró en describir y analizar la relación entre riesgo suicida, presencia de autolesiones y tres variables interpersonales - soledad, aislamiento social, apoyo social percibido- en adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata. Concretamente se plantearon dos objetivos específicos: 1) Identificar casos de riesgo suicida en la muestra bajo estudio. 2) Comparar el subgrupo identificado con riesgo suicida y el subgrupo sin riesgo para analizar la presencia de diferencias significativas según género informado, autolesiones y variables interpersonales (apoyo social, soledad y aislamiento, y grado de satisfacción con las relaciones interpersonales). Como hipótesis de trabajo se propuso que aquellos adolescentes que informen presencia de autolesiones, menor apoyo social de padres y amigos, menos satisfacción en las relaciones interpersonales, y más sentimientos de

soledad y aislamiento, presentarán puntuaciones más elevadas de riesgo suicida, que aquellos que no presenten este conjunto de factores.

MÉTODO Y TÉCNICAS

Tipo de Estudio

No experimental. Se basó en un estudio descriptivo-correlacional, transversal y de grupos contrastados.

Hipótesis de trabajo

Los adolescentes que informen presencia de autolesiones, menor apoyo social de padres y amigos, menos satisfacción en las relaciones interpersonales, y más sentimientos de soledad y aislamiento, presentarán puntuaciones más elevadas de riesgo suicida, que aquellos que no presenten este conjunto de factores.

Participantes

Se trabajó con una muestra incidental simple conformada en un total estimado en $n=262$ adolescentes y jóvenes escolarizados (género informado: 66.3% femenino, 33.7% masculino, 0% transgénero), con edades entre 14 y 23 años ($M = 17.34$; $DS = 2.24$), de los cuales el 48% asistía a instituciones educativas de gestión pública y privada de nivel secundario, mientras que el 52% se encontraba cursando el primer año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la UNMDP, de la ciudad de Mar del Plata. De los jóvenes encuestados solo el 14% informó trabajar.

Respecto a la situación de convivencia, el 50.6% informó vivir con ambos padres, el 31.2% con uno solo de ellos, y el 18.2% registra otras situaciones de convivencia. Del total de la muestra, el 65.8% de los estudiantes evaluados conviven con sus hermanos.

En cuanto a la educación de los adultos a cargo de estos alumnos, se advierte que los mayores porcentajes corresponden a padres o tutores que accedieron al nivel secundario de escolaridad. Por otro lado, la distribución de ocupaciones del adulto a cargo muestra que la mayoría de los progenitores o encargados de estos alumnos poseen trabajos que implican calificaciones bajas o intermedias.

Instrumentos

Se implementó un protocolo de evaluación que incluyó un registro de datos básicos y dos medidas de autoinforme:

- *Registro de datos básicos*: información sociodemográfica familiar y vital; grado de satisfacción en las relaciones interpersonales; antecedentes psicológicos y clínicos sobre comportamiento suicidas y autolesiones no suicidas.
- *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 cinco dimensiones: Baja Autoestima, Desesperanza, Incapacidad Para Afrontar Problemas Emocionales, Soledad y Aislamiento Social, e Ideaciones Suicidas.

Baja autoestima: Sentimientos de menosprecio y bajo valor personal. P.e. Ítem 6. *Mientras crecía me hicieron creer que la vida es justa. Creo que me mintieron porque no es justa para nada.*

Desesperanza: Refiere a sentimientos de frustración e impotencia, sensación de incontrolabilidad y pesimismo. P.e. Ítem 17. *Aunque me sienta desesperanzado/a sé que las cosas pueden mejorar.*

Incapacidad para Afrontar Problemas Emocionales: Dificultades para comprender, expresar y regular de forma apropiada los estados emocionales. P.e. Ítem 3. *Generalmente pienso que aun los peores sentimientos van a desaparecer.*

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 4. *Confío en que los que se preocupan por mí, no me van a abandonar si tengo un fracaso.*

Ideaciones Suicidas: Pensamientos referidos a terminar con la propia existencia y a la legitimación del suicidio como forma de resolver problemas. P.e. Ítem 5. *Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto.*

En la versión original de King & Kowalchuk (1994), un puntaje total ≥ 45 o, al menos, tres ítems críticos respondidos con puntuaciones ≥ 2 indican una probabilidad de alto riesgo suicida. Los datos provistos por Fernández Liporace y Casullo (2006) informan valores de consistencia interna entre moderados y adecuados para la mayoría de las dimensiones.

- *Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes* (Nolten, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Ongarato, 2005). Mide el apoyo social percibido por el adolescente en función de 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, informal y evaluativo del apoyo social, utilizando una escala *Likert* de cuatro posiciones en términos de frecuencia de aparición de los comportamientos aludidos por cada reactivo. Se obtiene una puntuación por sumatoria simple para cada dimensión y una puntuación global de apoyo social.

Los resultados obtenidos por las autoras de la adaptación local indican que la escala cuenta con adecuadas evidencias de capacidad discriminativa de los reactivos, validez estructural y consistencia interna (entre $\alpha = .88$ y $.91$).

Para este estudio no se incluyó la escala profesores, dado que en estudios previos no arrojó resultados significativos (Di Rico et al., 2016). Asimismo, se ofreció la posibilidad de responder por separado según madre y padre.

Procedimiento

En primera instancia se realizaron los contactos, gestiones y autorizaciones correspondientes con los establecimientos educativos participantes (escuela secundaria y Facultad de Psicología de la UNMDP). Tras un periodo de capacitación para llevar a cabo la recolección de datos, se administró en forma colectiva el protocolo de evaluación en un único encuentro de aproximadamente 45 minutos de duración en las clases habituales de los adolescentes y jóvenes.

En todos los casos la participación fue voluntaria, confidencial y bajo consentimiento informado (CI). Se requirió además el consentimiento de los padres o

tutores en aquellos casos que corresponda. Durante todo el proceso de investigación se atendió a las pautas éticas establecidas por FePRA (2013) y la Declaración de Helsinki (WMA, 2014). Toda la información derivada fue utilizada con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales.

Análisis de datos

Para el objetivo 1, que planteaba la identificación de casos de riesgo, se aplicó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medias). Para ello se utilizaron como criterios: a) haber informado explícitamente en el registro de datos ideaciones o intento suicida; b) la puntuación obtenida total obtenida en el inventario ISO-30 en base al puntaje de corte establecido por los autores, o la presencia de tres ítems críticos del ISO-30 respondidos con puntuaciones ≥ 2 indican una probabilidad de alto riesgo suicida, tal como proponen los autores de la técnica.

Para realizar responder al objetivo 2, primero fue necesario clasificar la muestra y generar los grupos a comparar. Para el Grupo Riesgo (GR) se utilizaron los criterios recién descritos en el objetivo 1, lo que dio lugar a un total de $n = 42$. Para el Grupo No-Riesgo (NR) se establecieron dos criterios: a) puntuaciones ≤ 1 en los elementos críticos del inventario ISO-30; y b) no expresar ningún grado de ideación suicida o autolesión en el registro de datos; total $n = 174$. Finalmente, se excluyeron todos los casos de riesgo moderado ($n = 46$), con el fin de polarizar los grupos a contrastar. Se aplicó prueba t de Student para las variables apoyo social, soledad y aislamiento social, y U de Mann-Whitney para género y autolesiones, dado que se trata de variables categóricas.

RESULTADOS

Objetivo 1. Identificar casos de riesgo suicida en la muestra bajo estudio.

La escala de medición del Inventario ISO-30 permitió identificar un 8.4 % de la muestra con puntuaciones de alto riesgo (≥ 45 o menos o 3 ítems críticos ≥ 2), 22.5% riesgo moderado y 69.1% riesgo bajo (≤ 30). Como se puede observar, esta tendencia se mantiene cuando se considera el género (tabla 1). Respecto a la presencia de autolesiones, el 24.8% de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño, de los cuales un 9.2% lo concretó. Al considerar el género, en términos porcentuales varones y mujeres presentaron valores similares de concreción de autolesiones.

Tabla 1.

Distribución del grado riesgo y autolesiones

		Mujeres		Varones		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Riesgo de suicidio	Alto	15	8.6	7	8.1	22	8.4
	Moderado	42	24.0	17	19.8	59	22.5
	Bajo	118	67.4	62	72.1	181	69.1
Total		175	100	86	100	262	100
Autolesiones	Contempló	47	26.9	17	19.8	65	24.8
	No contempló	128	73.1	69	80.2	195	74.4
	Total	175	100	86	100	260	99.2

Nota. Se presentan los resultados del grado de riesgo hallado en la muestra, considerando el puntaje total ≤ 45 o al menos 3 ítems críticos ≥ 2 de la ISO-30.

Como análisis adicional, se realizó el cálculo de las puntuaciones medias para cada una de las dimensiones operacionalizadas por la escala de riesgo suicida (tabla 2), hallándose que los adolescentes en su conjunto han informado una puntuación promedio de casi el doble para la subescala Incapacidad para Afrontar los Problemas Emocionales respecto a las demás.

Tabla 2.

Frecuencia de las dimensiones ISO-30

	ISO-30				
	BA	DES	INC	SYA	IS
M	5.17	5.26	8.67	4.96	2.34
DE	2.99	2.85	2.73	3.48	2.55
Rango	0-18	0-18	0-18	0-18	0-18

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. Comparar los grupos riesgo suicida vs grupo sin riesgo para analizar la presencia de diferencias significativas según género informado, autolesiones y variables interpersonales.

Tal como se expusiera en el apartado análisis de datos, previamente a los análisis se procedió a la confección de los grupos a contrastar. Para ello se definieron criterios de inclusión-exclusión. En el caso del Grupo de Riesgo (GR), que quedó conformado por $n = 42$ casos, estos criterios fueron: a) haber informado explícitamente en el registro de datos ideaciones o intento suicida; y b) la puntuación obtenida total obtenida en el inventario ISO-30, o la presencia de tres ítems críticos del ISO-30 respondidos con puntuaciones ≥ 2 indican una probabilidad de alto riesgo suicida, tal como proponen los

autores de la técnica. Por otro lado, para el Grupo No-Riesgo (NR) se establecieron dos criterios: a) puntuaciones ≤ 1 en los elementos críticos del inventario ISO-30; y b) no expresar ningún grado de ideación suicida o autolesión en el registro de datos; total $n = 174$. Finalmente, se excluyeron todos los casos de riesgo moderado ($n = 46$), con el fin de polarizar los grupos a contrastar.

En primer lugar, se aplicó la prueba t de Student para analizar la presencia de diferencias entre los grupos en variables interpersonales: apoyo social, soledad y aislamiento, y satisfacción con las relaciones interpersonales (tabla 3).

Tabla 3.

Diferencias significativas en Grupo Riesgo vs. Grupo No-Riesgo en las variables bajo estudio

Variables		M (ds)	t
Satisfacción con relaciones interpersonales	Madre	GNR = 4.60 (.69)	3.19**
		GR = 3.97 (1.21)	
	Compañeros	GNR = 4.19 (.60)	2.73**
		GR = 3.76 (.98)	
Apoyo social	Madre	GNR = 32.88 (8.93)	5.11***
		GR = 22.64 (11.73)	
	Padre	GNR = 28.02 (11.69)	4.04***
		GR = 19.24 (12.72)	
	Compañeros	GNR = 25.44 (8.10)	3.29**
		GR = 18.87 (11.77)	
Amigos	GNR = 33.13 (8.47)	2.91**	
	GR = 28.54 (10.33)		
Soledad y Aislamiento social	GNR = 2.49 (1.75)	-9.31***	
	GR = 5.90 (3.27)		

** $p < 0.01$; *** $p < .001$

Como se puede observar, la mayoría de las variables interpersonales permiten diferenciar entre el GR y el NR. Los adolescentes que presentan riesgo de suicidio informaron significativamente menos apoyo social por parte de todas las fuentes –padre, madre, amigos y compañeros–. Las fuentes madre y padre son las que evidenciaron un nivel de significación mayor. En el caso de los adolescentes que no presentan riesgo suicida es interesante notar que el mayor apoyo percibido es por parte de la madre y de los amigos.

En cuanto a la satisfacción con las relaciones interpersonales, los adolescentes con riesgo de suicidio informan significativamente menos satisfacción tanto con su madre como con sus compañeros, en comparación al grupo de no riesgo. No se hallaron diferencias significativas respecto a la relación con el padre y con los amigos.

Por último, tal como era esperado en función de la literatura especializada disponible, se informa que en el grupo de riesgo los adolescentes presentan significativamente más sentimientos de no pertenencia social, de alienación y de soledad, que el grupo de no riesgo.

En segundo lugar, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para analizar la presencia de diferencias significativas entre los grupos en función del género y la presencia de autolesiones, dado que se trata de variables categóricas. Inesperadamente, solo se hallaron diferencias entre los grupos en relación a que los adolescentes del grupo de riesgo piensan significativamente más en hacerse daño, que los adolescentes del grupo no riesgo ($GR = 154.33$; $NR = 96.06$; $U = 1645$; $Z = -7.51$; $p = .000$). No se registraron diferencias en cuanto al género, lo cual constituye un hallazgo inesperado que será analizado en el apartado *Discusión*.

DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso como objetivo explorar las relaciones entre riesgo suicida, género, presencia de autolesiones, y tres dimensiones interpersonales -soledad, aislamiento social, apoyo social percibido y satisfacción con las relaciones interpersonales- en adolescentes y jóvenes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata.

En cuanto a la prevalencia del riesgo, el 69.5% se ubicó en la categoría de riesgo bajo, el 22.1% en riesgo moderado, y el 8.4% de la muestra bajo estudio informó puntuaciones riesgo alto. Esta prevalencia de riesgo alto se mantiene levemente por debajo de la tendencia evidenciada por investigaciones previas realizadas en el país, que hallaron para la Ciudad de Buenos Aires 11.5%, Mar del Plata 6.1%, Necochea 12,1%, Tucumán 12.8% y Catamarca 15% (e.g., Casullo & Fernández Liporace, 2007; Di Rico et al., 2016; Galarza, Martínez Festorazzi, Castañeiras & Posada, 2014). Respecto a las autolesiones, el 24.8 % de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño, de los cuales un 9.2 % lo concretó. Esta misma tendencia es similar a la hallada en Necochea, en donde se observó que un 30.3% de los participantes informaron haber pensado en autolesionarse y un 13% lo concretó. Asimismo, se encuentra por debajo del límite inferior de la prevalencia reportada por otros países, en los que se estima que entre el 15y el 30% de los adolescentes de población general se involucran en autolesiones no suicidas (Hamza et al., 2012; Muehlenkamp et al., 2012).

Luego se procedió a analizar la relación entre riesgo suicida y las variables interpersonales medidas en este estudio -satisfacción en las relaciones interpersonales, apoyo social, soledad y aislamiento social-. Para ello se optó por realizar un estudio comparativo entre un Grupo de Riesgo -GR- y un Grupo de No Riesgo -NR-. Tras definir los criterios de inclusión-exclusión expuestos en los apartados previos, GR quedó conformado por 42 casos que informaron explícitamente tener o haber tenido ideaciones o intento de suicidio, y/o obtuvieron una puntuación de riesgo alto en el inventario ISO-30. Contrariamente, NR se compuso de 174 jóvenes que no expresaron ningún grado de riesgo o autolesión en el registro datos, y que obtuvieron puntuaciones que los ubicaron en la categoría bajo riesgo en el inventario ISO-30. Todos los casos de riesgo moderado fueron excluidos, con el fin de polarizar los grupos a contrastar.

En cuanto a las dimensiones interpersonales bajo estudio, tal como se describió en el apartado *Resultados*, prácticamente la totalidad de ellas permite diferenciar entre el grupo de adolescentes con riesgo y el grupo de no riesgo. Diversos estudios internacionales y locales aportan resultados consistentes sobre la baja percepción de apoyo social, la presencia de sentimientos intensos de soledad y alienación, y las dificultades de comunicación en jóvenes que manifiestan comportamientos suicidas (e.g., Di Rico et al., 2016; Galarza, Castañeiras & Fernández Liporace, en prensa; King & Merchant, 2008; Kleiman et al., 2014b; Van Orden et al., 2010).

En lo referente a las fuentes de apoyo social, todas las ellas –padre, madre, amigos y compañeros– permiten diferenciar significativamente entre GR y NR. Desde la perspectiva de los jóvenes sin riesgo (NR), las fuentes valoradas como mayor apoyo fueron la madre y los amigos. Ello coincide con los hallazgos de diversas investigaciones que dan cuenta de la importancia que tienen para el adolescente la familia y sus amigos en esta etapa vital, pudiendo actuar como factores protectores (e.g., Di Rico et al., 2016; King & Merchant, 2008; Kleiman et al., 2012, 2014b; Musitu & Cava, 2003; Van Orden et al., 2010). La literatura empírica indica que cuando los jóvenes sienten que reciben mayor apoyo social por parte de los padres, utilizan estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen mayor autoestima y desarrollan mejores competencias sociales. Por otro lado, como se expuso en el apartado teórico, las relaciones con pares adquieren particular relevancia en esta etapa vital, puesto que aportan sentimiento de pertenencia y validación de la identidad, tan necesarias en este período en el que se está consolidando no solo su personalidad e identidad, sino también se encuentran construyendo su autonomía y generar su guion personal (Fernández-Álvarez, 1992). Así, el apoyo percibido por un grupo de amigos favorece sentirse escuchado, comprendido y sostenido por pares, lo que se torna sumamente relevante cuando, por diferentes circunstancias, no se cuenta con el apoyo de la familia. Asimismo, el apoyo social puede tener un fuerte impacto en la autoestima y la capacidad para afrontar problemas, por lo que es considerado un factor protector de amplio espectro para el desarrollo saludable adolescente (Nolten, 1994; Sharaf et al., 2009). Según Musitu -& Cava (2003) hay una reciprocidad entre el área familiar y de amistad, en tanto las habilidades sociales aprendidas en el contexto familiar y el vínculo establecido con los padres, influye en el tipo y calidad de las relaciones que establece el

adolescente con su grupo de iguales, a la vez que es de esperar que la calidad de las relaciones de amistad influya en las relaciones familiares.

Por otro lado, desde el punto de vista de los jóvenes con riesgo (GR), es interesante destacar que el menor apoyo percibido es de parte de los compañeros. Esto último resulta particularmente relevante, considerando la preponderancia que tiene la escuela en la vida cotidiana de los adolescentes. Un estudio previo llevado a cabo en otra ciudad de la provincia de Buenos Aires -Necochea- también constató que el vínculo percibido con los compañeros parece revestir mayor peso en el riesgo de suicidio, en comparación con el apoyo percibido de los amigos (Di Rico et al., 2016). Posiblemente ello se relacione con la vivencia de experiencias de hostigamiento y discriminación en el ámbito escolar. Son abundantes las investigaciones que resaltan el *bulluying* y el *ciberbullying* como parte de los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de comportamientos suicidas en la adolescencia (e.g., Arroyave Sierra, 2012; Fadanelli, Lemos, Soto & Hiebra, 2013; Pedreira Massa & Basile, 2011; Valadez, Amezcua, González, Montes & Vargas, 2011; Ybarra, Mitchell, Kosciw & Korchmaros, 2014). La evidencia indica que la vivencia de estas situaciones de hostigamiento y discriminación en forma repetida repercute negativamente en la autoestima, dificulta el desarrollo de competencias sociales, favorece la desconfianza y la aparición de sentimiento de no pertenencia y de soledad. Si además el adolescente siente que tampoco cuenta con apoyo en su familia, se propician las condiciones necesarias para la aparición de ideaciones de suicidio, tal como plantea Joiner (2005) en la teoría interpersonal psicológica del suicidio, cuando refiere a la experiencia conjunta de una percepción de ser una carga para los otros y de no pertenecer como los elementos necesarios para el deseo de muerte. En esta misma línea, la literatura disponible indica que el hostigamiento, la discriminación y la exclusión son algunos de los aspectos centrales para explicar por qué las personas que se identifican como parte del colectivo LGBTQI -lesbianas, gays, bisexuales, trans, travestis, *queer* e *intersex*- constituyen uno de los grupos que se encuentra en mayor riesgo (e.g., Almazan, Roettger & Acosta, 2014; Baiocco, Ioverno, Lonigro, Baumgartner & Laghi, 2015; Haas & Lane, 2015; McNeil, Ellis & Eccles, 2017; Mustansk & Liu, 2013; Ybarra et al., 2014).

Por su parte, las dimensiones soledad y aislamiento social evidenciaron gran capacidad discriminativa entre GR y NR, lo que es sumamente congruente con la

evidencia disponible (e.g., Casullo, 1998; Contini, Cohen, Coronel, & Mejail, 2012; King & Merchant, 2008; Van Orden et al., 2010). Esto significa que los adolescentes con riesgo suicida se caracterizan por una tendencia a evitar las situaciones sociales dado que experimentan timidez y tensión, y suelen sentirse alienados y rechazados. Al mismo tiempo la vivencia de sentimientos de soledad indica que sienten insatisfacción emocional en relación a sus necesidades de afecto y apoyo. Es decir, sienten que su entorno no brinda el apoyo y la contención emocional requeridas. En este sentido, se observó que los adolescentes con riesgo de suicidio informaron significativamente menos satisfacción tanto con su madre como con sus compañeros, en comparación al grupo de no riesgo.

En el marco de la teoría IPTS podría pensarse que cuando el adolescente percibe que su red social es acotada e insuficiente, surgen sentimientos tales como la falta de pertenencia social y, en menor medida, la percepción de ser una carga para los demás. Así, se intensifican los sentimientos de soledad y aislamiento social, de baja autoestima y culpa (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), lo que también refuerza un estado de desesperanza respecto del futuro y la percepción de que no se cuenta con los recursos necesarios para resolver problemas (Chu et al., 2017; Kleiman, Law & Anestis, 2014a). Todo ello genera las circunstancias necesarias para el desarrollo del deseo de la propia muerte y de las ideaciones suicidas.

Respecto a si la presencia de autolesiones no suicidas permite diferenciar entre GR y NR, tal como era esperado, los adolescentes de grupo GR presentan significativamente más autolesiones que el grupo NR. Esto coincide con la evidencia disponible, en tanto las NSSI constituyen uno de los factores de riesgo con mayor capacidad predictiva del intento de suicidio, sobre todo cuando se contempla la frecuencia, variedad y letalidad de los métodos empleados para autolesionarse (Anestis et al., 2014; Brackman, Morris, & Andover, 2016; Hamza et al., 2012; Matney et al., 2018). Según Joiner, al autolesionarse el adolescente adquiriría paulatinamente una mayor *capacidad para el suicidio*, como resultado de la disminución del miedo a hacerse daño y del incremento de la tolerancia al dolor físico (Joiner, 2005; Horton et al., 2016; Van Orden et al., 2010). Es decir, a través de la práctica de lesión repetida, un individuo puede habituarse a los aspectos físicamente dolorosos y temerosos de la autolesión, lo que le permite participar en formas autodestructivas cada vez más

dolorosas, físicamente dañinas y letales. Cuando esta capacidad adquirida para el suicidio se monta sobre los estados descritos anteriormente -sentimiento de no pertenencia y percepción de ser una carga- se generan las condiciones necesarias para que ocurra un intento de suicidio.

En relación al análisis de diferencias de género, la presente investigación diverge de otras realizadas en el país (e.g., Casullo & Fernández Liporace, 2007; Di Rico et al., 2016; Galarza et al., 2014). Se ha documentado que particularmente son los varones quienes se quitan la vida con más frecuencia, superando a las mujeres en una proporción 3:1, pero son las mujeres quienes informan más riesgo. Ello se suele explicar porque las mujeres tienden a elegir métodos menos letales que los varones, muestran mayor capacidad para pedir ayuda y, por ende, para buscar apoyo social de sus pares en el afrontamiento de sus problemas emocionales. En contraste con estos datos descriptos, la presente investigación arrojó hallazgos inesperados, ya que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género femenino y masculino respecto al comportamiento suicida. Surge el interrogante sobre si es posible que esta ausencia de diferencias significativas pueda deberse a una ruptura de los modelos hegemónicos heteronormativos construidos socialmente sobre la masculinidad y la femineidad, donde se vinculaba al varón con el autoritarismo y la dureza, y a la mujer como un ser sensible, con mayor capacidad para expresarse y pedir ayuda

Finalmente, en función de lo expuesto se considera que la hipótesis planteada se confirmó parcialmente. Se constató que los adolescentes que exhiben riesgo suicida efectivamente presentan más autolesiones, menor percepción de apoyo social, menor grado de satisfacción en las relaciones interpersonales, y más sentimientos de soledad y aislamiento. En base a estos resultados y a la luz de la teoría IPTS, se puede inferir que el sentir apoyo y comprensión de sus padres y compañeros actuaría como factor de protección, mientras que no percibirlo y sentir mayor soledad y aislamiento social serían factores de riesgo para el desarrollo de ideaciones suicidas.

Las limitaciones de este estudio pueden pensarse, en primer lugar, en función a la muestra con la que se trabajó, ya que se reduce a una franja etárea determinada escolarizada e incluyó tanto adolescentes como universitarios. Es necesario continuar con esta línea de investigación para corroborar si los resultados aquí hallados se replican en otros estudios con muestras más amplias y diversificadas, como por ejemplo

adolescentes más jóvenes y personas que se identifican con el colectivo LGBTQI. También sería necesario analizar más profundamente los roles que juegan la discriminación y *bullying* como factores de riesgo. Por otro lado se puede señalar como limitación la no inclusión de un subgrupo clínico, en tanto reduce la capacidad explicativa y de generalización a los resultados.

En segundo lugar, respecto a los instrumentos de medida utilizados, se trata en todos los casos de autoinformes, lo que siempre acarrea el riesgo de la presencia de sesgos en la autodescripción, si bien se tomaron las precauciones necesarias al establecer las condiciones de administración. Por último, se destaca el carácter limitado de los análisis estadísticos aplicados. Sería interesante para futuras investigaciones realizar estudios aplicando modelos de *path* para verificar el peso relativo de cada variable y los efectos directos e indirectos que puedan ocurrir, de forma de entender más cabalmente la interacción entre las variables en relación al riesgo de suicidio.

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 riesgo de suicidio, autolesiones y factores interpersonales, en adolescentes y jóvenes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata. El dato más inesperado fue el hallazgo de diferencias no significativas en cuanto a los géneros, a partir de lo cual se pueden desprender futuras líneas de investigación en las se analice comparativamente la relación entre riesgo suicida y el género en muestras de diferentes ciudades de Argentina. El suicidio abordado desde una perspectiva de género reviste un abordaje novedoso y acorde a los tiempos culturales que se están vivenciando, y probablemente complementario a investigaciones ya realizadas al profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo, lo que permitiría desarrollar medidas preventivas para implementar oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almazan, E. P., Roettger, M. E., & Acosta, P. S. (2014). Measures of Sexual Minority Status and Suicide Risk among Young Adults in the United States. *Archives of Suicide Research, 18*(3), 274-281. DOI 10.1080/13811118.2013.824832
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth edition (DSM-5®)*.USA: American Psychiatric Pub.
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., & Law, K. C. (2014) How Many Times and How Many Ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(2), 164–177. DOI: 10.1111/sltb.12120
- Arnet, J. J. (2012). *Adolescence and emerging adulthood.A cultural approach*. New Jersey, USA: Pearson Education Inc. 5 Ed.
- Arroyave Sierra, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al *bullying*. *Revista CES Psicología, 5*(1), 116-125.
- Asociación Medical Mundial- WSA. (2014).*Declaración de Helsinki*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., &Laghi, F. (2015).Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation.*Archives of Suicide Research, 19*(1), 75-88. DOI 10.1080/13811118.2013.833150.
- Barón, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe, 6*, 48-69
- Brackman, E. H., Morris, B. W., & Andover, M. S. (2016).Predicting risk for suicide: a preliminary examination of non-suicidal self-injury and the acquired capability construct in a college sample. *Archives of Suicide Research, 20*, 663-76.

- Cámara de Diputados de la Nación (2015). Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130. Recuperado de http://www.diputados.gov.ar/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/legislación Nacional.html
- Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. V (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquicham*, 9 (3), 281-296.
- Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (1997). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología*, 2(2), 33-41.
- Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2017). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in five samples. *Journal of Personality and Social Psychology*. DOI 10.1037/pspp0000152.
- Contini de González, N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Contini, E. N., Cohen, S., Coronel, C.P., & Mejail, S. (2012). Agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 6(1), 17-28.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., & Galarza, A. L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología*, 13 (2), 95-106.
- 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.

- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/220>
- 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.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos para un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Galarza, A. L., Castañeiras, C. E., & Fernández Liporace, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 0, 0-0.
- Galarza, A. L., Martínez Festerazzi, 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.
- Haas, A., & Lane, A. (2015). Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Suicide and Other Violent Deaths: A Step Towards Identifying and Addressing LGBT Mortality Disparities. *LGBT Health*, 2(1). DOI 10.1089/lgbt.2014.0083.
- 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. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.
- Horton, S. E., Hughes, J. L., King, J. D., Kennard, B. D., Westers, N. J., Mayes, T. L., & Stewart, S. M. (2016). Preliminary examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an adolescent clinical sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1133–1144. DOI 10.1007/s10802-015-0109-5.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of suicide research*, 12(3), 181-196. DOI 10.1080/13811110802101203
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30. Adolescent Inventory of suicide orientation – 30*. Minneapolis, USA: National Computer Systems.
- Kleiman, E. M., Law, K. C., & Anestis, M. D. (2014a). Do theories of suicide play well together? Integrating components of the hopelessness and interpersonal psychological theories of suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 431–438. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.10.015.
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014b). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155. DOI 10.1080/13811118.2013.826155
- Kleiman, 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. DOI 10.1027/0227-5910/a000136
- Matney, J., Westers, N. J., Horton, S. E., King, J. D., Eaddy, M., Emslie, G. J., Kennard, B. D., & Stewart, S. M. (2018). Frequency and Methods of Nonsuicidal Self-Injury in Relation to Acquired Capability for Suicide Among Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 22(1), 91-105. DOI 10.1080/13811118.2017.1283266.
- McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341-353. DOI 10.1037/sgd0000235
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)*
- Mollá, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ...& Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

- 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). DOI 10.1186/1753-2000-6-10.
- Musitu, G., & Cava, M.J. (2003), El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Mustansk, B. & Liu, R.T. (2013). A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437–448. DOI 10.1007/s10508-012-0013-9.
- 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, UnitedStates.
- Organización Mundial de la Salud (2018) *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pedreira Massa, J. L, &Basile, H. S. (2011). El acoso moral entre pares (*bullying*). *Construção psicopedagógica*, 19(19), 8-33.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity. Lessons from the new science of adolescence*. New York: Mariner Books. Houghton Mifflin Harcourt.
- 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, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., &JoinerJr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychologicalreview*, 117(2), 575- 600.
- Vega, E. (2015). *Clínica con niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo?* Buenos Aires: Lugar.
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Kosciw, J. G., &Korchmaros, J. D. (2014).Understanding Linkages between Bullying and Suicidal Ideation in a National Sample of LGB and Heterosexual Youth in the United States.*Prevention Science*, 16(3), 451-462. DOI 10.1007/s11121-014-0510-2.

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis comparativo de factores asociados al riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes marplatenses.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

Denominación: Análisis comparativo de factores asociados al riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes marplatenses.

Descripción resumida:

A nivel mundial los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen un serio problema de salud pública. Particularmente en Argentina, el suicidio -entendido como todo acto deliberado que realiza un individuo para poner fin a su vida- representa la segunda causa de muerte en población joven de 15 a 24 años. En este contexto, se propone un análisis comparativo de grupos de adolescentes con riesgo suicida y sin riesgo suicida, en función de factores interpersonales, género y autolesiones. La metodología propuesta en esta investigación consiste en un diseño no experimental, transversal con grupos contrastados (con riesgo y sin riesgo). Para ello se aplicará en forma colectiva un protocolo de evaluación que incluirá un registro de datos básicos, y dos medidas de autoinforme las cuales indagan la presencia de factores de riesgo vinculado a ideación y comportamientos suicidas (Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30) y apoyo social percibido por el adolescente (Escala de Apoyo Social Percibido). Se espera que esta investigación aporte datos para mejorar la discriminación y comprensión de factores relacionados con el riesgo suicida, que ayude a delinear perfiles y, de esta manera, facilitar una detección temprana para la toma de medidas preventivas.

Palabras clave: Suicidio; Riesgo Suicida; Adolescencia; Genero; Autolesiones; Factores interpersonales.

Duración: 8 meses

1. MOTIVOS Y ANTECEDENTES

Anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo y, desde hace ya unas décadas se ubica a nivel mundial entre los principales problemas de salud pública en la adolescencia (OMS, 2017). Diversas investigaciones en Latinoamérica sostienen que se ha ido produciendo un aumento gradual pero constante de la tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes adolescentes (Córdoba, 2016; Cuenca Doimeadios, Roselló López, Ricardo Díaz, Fernández Carballo & Ávila Pujol, 2016). En Argentina se ubica como la segunda causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años, y su mortalidad proporcional calculada sobre el total de defunciones con causas bien definidas asciende al 13,8% (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Particularmente son los varones quienes se quitan la vida con más frecuencia, superando a las mujeres en una proporción 3:1. Sin embargo, los estudios muestran que son las mujeres quienes informan más riesgo (e.g., Casullo & Fernández Liporace, 2007; Burrone et al., 2009; OMS, 2017).

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. Según Crosby, Ortega & Melanson (2011), se entiende por *suicidio* todo acto deliberado que realiza un individuo para poner fin a su vida; mientras que *comportamientos suicidas* abarca todo el espectro de suicidalidad, lo que incluye las ideaciones propiamente dichas, los planes y crisis suicidas, así como las tentativas. Por otro lado, resulta importante considerar las denominadas autolesiones no suicidas (NSSI por sus siglas en inglés), definidas como lesiones en la superficie del cuerpo con el principal objetivo de aliviar sentimientos o pensamientos negativos, *sin intencionalidad suicida* (Franklin & Nock, 2016). Si bien existe un debate respecto a si las NSSI deben considerarse dentro del espectro de los comportamientos suicidas o no, son numerosos los estudios que las ubican como el predictor más robusto de los intentos de suicidio (Hamza et al., 2012), sobre todo cuando se considera la variedad y letalidad de los métodos empleados para autolesionarse (Anestis, Khazem & Law, 2014).

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, y tiene efectos duraderos para los allegados de la persona que se quita la vida. Así, y

considerando los datos epidemiológicos, es de vital importancia fomentar la promoción de recursos saludables que amortigüen contra el desarrollo de comportamientos suicidas en la adolescencia. Para ello resulta menester identificar estos factores y comprender cómo interactúan. Algunos de los aspectos considerados más relevantes por la literatura son la autoestima, la regulación emocional y los recursos interpersonales -como el apoyo y la integración social- (Álvarez Caballer et al., 2017; Barzilay, et al., 2015; Corona Miranda, Hernández Sánchez & García Pérez, 2016; Horton et al., 2016). Diferentes estudios internacionales y locales aportan resultados consistentes sobre la baja percepción de apoyo social, la presencia de sentimientos intensos de soledad y alienación, y las dificultades de comunicación en jóvenes que manifiestan comportamientos suicidas (e.g. Anestis et al., 2011; Di Rico, Paternain Portillo & Galarza, 2017; Galarza, Castañeiras & Fernández Liporace, en prensa; Kleiman, Riskind & Schaefer, 2014; Van Orden et al., 2010).

En este sentido, la teoría psicológica interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Horton et al., 2016; Van Orden et al., 2010) resulta un marco adecuado para la comprensión de la naturaleza de los comportamientos suicidas, ya que conjuga factores intrapersonales e interpersonales, reubicando la centralidad del concepto de integración social, que alguna vez destacara Durkheim (1890/1980). Los autores proponen que el deseo de muerte surge como resultado de la combinación de dos estados cognitivo-afectivos: la percepción de ser una carga para los demás [*burdensomeness*], que incluye el odio a sí mismo y la creencia de ser un molestia o carga para los demás [*liability*]; y el sentimiento de no pertenecer [*thwarted belongingness*], que alude a sentimientos de soledad y aislamiento social. Estas creencias y sentimientos dan lugar a este estado psíquico particular que facilita la activación de ideaciones suicidas, y que sumado a la capacidad adquirida para el suicidio [*acquired capability for suicide*] puede ser letal. Este último aspecto de la teoría permite comprender la relación entre NSSI y los comportamientos suicidas. Según Joiner, al autolesionarse el adolescente adquiriría paulatinamente una mayor *capacidad para el suicidio*, como resultado de una disminución del miedo a hacerse daño y del incremento de la tolerancia al dolor físico.

Los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen una situación de extrema gravedad que requiere la toma de medidas de carácter preventivo. En este contexto, la presente investigación se propone lograr mayor comprensión sobre algunos

de los factores asociados a los comportamiento suicidas, al analizar de manera comparativa un grupo de adolescentes con riesgo de suicidio y un grupo sin riesgo. Se espera que los resultados obtenidos signifiquen un aporte para facilitar la detección temprana para la toma de medidas adecuadas en jóvenes de la ciudad de Mar del Plata.

2. OBJETIVO GENERAL

- Describir y analizar diferencias en adolescentes con riesgo suicida y sin riesgo en función del género, la presencia de autolesiones y factores interpersonales.

Objetivos específicos

- Identificar casos de riesgo suicida en la muestra bajo estudio.
- Comparar el subgrupo identificado con riesgo suicida y el subgrupo sin riesgo para analizar la presencia de diferencias significativas según género informado, autolesiones y variables interpersonales (apoyo social, grado de satisfacción con las relaciones interpersonales, sentimientos de soledad y aislamiento).

3. HIPÓTESIS

- Los adolescentes que informen autolesiones menor apoyo social, menos grado de satisfacción en las relaciones interpersonales, más sentimientos de soledad y aislamiento, presentarán elevadas puntuaciones de riesgo suicida.

4. MÉTODOS Y TÉCNICAS

4.1. Tipo de Estudio: No experimental. Estudio descriptivo- correlacional, transversal y de grupos contrastados.

4.2 Participantes: Se trabajará con una muestra incidental simple conformada en un total estimado en $n = 250$ adolescentes escolarizados, de distinto género, con edades entre 14 y 21 años aproximadamente, que asistan a instituciones educativas de gestión pública y privada de nivel secundario y universitario de la ciudad de ciudad de Mar del Plata.

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

- *Registro de datos básicos:* información sociodemográfica familiar y vital; grado de satisfacción en las relaciones interpersonales; antecedentes psicológicos y clínicos sobre comportamiento suicidas y autolesiones
- *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, Desesperanza, Incapacidad Para Afrontar Problemas Emocionales, Soledad y Aislamiento Social, e Ideaciones Suicidas
- *Escala de Apoyo Social Percibido para Adolescentes* (Nolten, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Ongarato, 2005). Consiste en 4 escalas de 15 ítems cada una que mide el apoyo social percibido por el adolescente en función de las fuentes: padres, profesores, compañeros de clase y mejor amigo/a. Para este estudio no se incluirá la escala profesores y se ofrecerá la posibilidad de responder por separado según madre y padre.

4.4 Procedimiento: En primera instancia se realizarán los contactos, gestiones y autorizaciones correspondientes con los establecimientos educativos participantes (escuela secundaria y Facultad de Psicología de la UNMdP). 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. Durante todo el proceso de investigación se atenderá a las pautas éticas establecidas por FePRA (2013) y la Declaración de Helsinki (WMA, 2014). Toda la información derivada será utilizada con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales.

4.5 Fuentes a Emplear: Se utilizarán fuentes primarias, siendo estas las respuestas de los participantes a los instrumentos administrados; y fuentes secundarias en cuanto a literatura científica referida a la temática, como revistas especializadas, libros y bases de datos (Redalyc, S-Cielo, *ScienceDirect*, Dialnet, *Medline*, *PsychInfo*, *ElSevier*, *MinCyT*, *ResearchGate*, etc.).

5. LUGAR DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO

Este estudio se realizará en la ciudad de Mar del Plata, con el aval de la Facultad de Psicología de la UNMdP. Estará radicado en la cátedra Instrumentos de Exploración Psicológica I.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/MESES	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Relevamiento bibliográfico y elaboración del marco teórico	■	■	■	■	■	■		
2. Gestiones y selección de la muestra		■	■					
3. Capacitación para la recolección de datos		■						
4. Administración del protocolo de evaluación			■	■				
5. Elaboración y carga de la base de datos				■	■			
6. Análisis e interpretación de los resultados					■	■		
7. Redacción del informe final						■	■	■

7. BIBLIOGRAFÍA

Anestis, M. D., Khazem, L. R., & Law, K. C. (2014) How Many Times and How Many Ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 164–177.

- Asociación Médica Mundial-WSA. (2014). *Declaración de Helsinki*. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders* 186, 68–74.
- Burrone, M. S., Bella, M., Acosta, L., Villace, B., López de Neira, M. J., Fernández, R., & Enders, J. E. (2012). Estudio de muertes por causas violentas: Un análisis de tendencia en jóvenes, Argentina, 2000–2008. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 460-465.
- Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (2007). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 2(2), 33-41.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Cuenca Doimeadios, E., Roselló López, M., Ricardo Díaz, N., Fernández Carballo, L. M., & Ávila Pujol, D. (2016). Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes en la provincia Holguín, 1996-2014. *Correo Científico Médico*, 20(3), 490-503.
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., & Galarza, A. L. (2017). Análisis de la relación entre factores psicosociales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología*, 13(2), 95-106.
- 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
- Fernández Liporace, M. & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 1 (21), 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.
- Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2016). Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. In P. M. Kleespies (Ed.) *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises* (pp. 401-416). London: Oxford University Press.
- Galarza, A. L., Castañeiras, C. E., & Fernández Liporace, M. (en prensa). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 0, 0-0.
- 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.
- Horton, S. E., Hughes, J. L., King, J. D., Kennard, B. D., Westers, N. J., Mayes, T. L., & Stewart, S. M. (2016). Preliminary Examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Adolescent Clinical Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1133–1144.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation–30*. Minneapolis, EE.UU.: National Computer Systems.
- Kleiman, 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.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Estadísticas vitales. Información básica año 2015*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>
- Nolten, P. W. (1994). Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale. (Doctoral dissertation. University of Wisconsin-Madison).
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

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.



Aixa L. Galarza

Firma de la supervisora

Firma de las alumnas

P/Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer):

Fecha:

