

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL E IDEACIÓN  
SUICIDA EN ADOLESCENTES**

**Investigación para optar al Grado Académico de Licenciado en  
Enfermería.**

**Docente guía: Ruth Hidalgo**

**Integrantes: Carolina Almonacid C.**

**Camila Burdiles A.**

**Sandra Orellana D.**

**Daniela Soto R.**

**CONCEPCIÓN, DICIEMBRE 2017**

## INDICE

I.	<b>RESUMEN</b>	4
II.	<b>ABSTRACT</b>	4
III.	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	10
IV.	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	11
V.	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	15
VI.	<b>HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	16
VII.	<b>MARCO TEÓRICO</b>	17
	<b>ADOLESCENCIA</b>	17
	<b>MODELO DE SISTEMAS BETTY NEUMAN</b>	22
	<b>MODELO DE NEUMAN APLICADO A LA INVESTIGACIÓN</b>	23
	<b>SUICIDIO E IDEACIÓN SUICIDA</b>	25
	<b>APOYO SOCIAL</b>	30
VIII.	<b>MARCO EMPÍRICO</b>	33
	• <b>PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES</b>	33
	• <b>APOYO SOCIAL COMO PREDICTOR DE SATISFACCIÓN DE VIDA</b>	33
	• <b>PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO ADOLESCENTE Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS</b>	34
	• <b>RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN SUICIDA Y ESTILOS PARENTALES</b>	35
	• <b>AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN VITAL EN ADOLESCENTES</b>	36
	• <b>CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN CHILE</b>	37
	• <b>PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES</b>	38
	• <b>SATISFACCIÓN VITAL EN ADOLESCENTES: RELACIÓN CON LA AUTOEFICACIA Y EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO.</b>	38
IX.	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	40
	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	40
	<b>POBLACIÓN OBJETO</b>	41
	<b>MUESTRA</b>	41
	<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	41
	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b>	41

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	41
INSTRUMENTOS.....	42
PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LOS DATOS: .....	44
DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES .....	45
<b>X. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>47</b>
EL PRINCIPIO DE LA DEFENSA DE LA VIDA FÍSICA: .....	47
PRINCIPIO DE LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD: .....	47
PRINCIPIO DE TOTALIDAD O TERAPÉUTICO:.....	48
PRINCIPIO DE SOCIABILIDAD Y SUBSIDIARIDAD:.....	48
<b>XI. RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>XII. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>XIII. ANEXOS.....</b>	<b>63</b>
• SOLICITUD DEL COMITÉ DE BIOÉTICA .....	63
• INSTRUMENTOS.....	67
✓ <i>Escala de Apoyo social percibido, Zimet. Modificación tipo Likert.</i> .....	67
✓ <i>Escala de ideación suicida de Beck</i> .....	69
• CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	74
• ASENTIMIENTO .....	76
<b>XIV. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>77</b>

## **RESUMEN**

Durante la última década, tanto en Chile como a nivel mundial, el índice de suicidio adolescente ha ido en aumento, posicionándose el territorio nacional, como el quinto país con la tasa más alta de suicidio adolescente. La adolescencia, corresponde a un período de múltiples cambios en diferentes dimensiones y se estima que para el año 2020, esta población aumente a un 21%

Esta investigación tiene como objetivo conocer la relación que existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida adolescente, utilizando un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y exploratorio, con un diseño transversal, que se aplicará a una muestra de 185 adolescentes de entre 13 y 18 años de un colegio de la Provincia de Concepción, durante el primer semestre del año 2017. Obtenidos los resultados, se tabularon y analizaron en la herramienta Microsoft Excel y SPSS statistics 23, respectivamente, obteniendo del análisis que, a mayor apoyo social percibido, menor será la ideación suicida que tengan o presenten los adolescentes.

## **ABSTRACT**

Over the last decade, both in Chile and worldwide, the adolescent suicide rate has been on the rise, positioning national territory, as the fifth country with the highest rate of adolescent suicide. Adolescence, run to a period of multiple changes in different dimensions and it is estimated that by the year 2020, this population increases to 21%.

This research aims to know the relationship between perceived social support and adolescent suicidal ideation, using a quantitative approach, correlational and exploratory, with a descriptive transversal design, which is It will apply to a sample of 185 adolescents between 13 and 18 years of a school in the province of Concepción, during the first semester of the year 2017. Obtained the results, were tabulated and analyzed in the tool Microsoft Excel and SPSS statistics 23, respectively, obtaining from the analysis that, to greater social support perceived, less will be the suicidal ideation that the adolescents have or present.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período importante a lo largo de la vida, en Chile, un 17% de la población tiene entre 10 y 19 años siendo considerado este rango de edad como adolescentes (1). Para el 2020, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se estima que junto a los jóvenes (20 - 24 años) representarán el 21% de la población total, estimada en 3.859.275 (2). Según el Departamento de Estadísticas e Informaciones en Salud, en el año 2014, 780 adolescentes fallecieron en el país, de estos el 1.7 por 100.000 habitantes de entre 10 y 14 años, y el 8,2 por 100.000 habitantes de entre 15 y 19 años son por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio) (3).

Los adolescentes son objeto de numerosas transformaciones físicas, psicológicas y sociales desde la pubertad, cuyo inicio se sitúa en torno a los 10-13 años de edad, esta etapa es limitada en el tiempo y definida como el conjunto de cambios biológicos y anatómicos; además de estas transformaciones corporales, el cambio que se produce es también psicológico, por una parte el adolescente no se siente totalmente tranquilo y por otra parte siente la necesidad de alejarse rompiendo todos los esquemas de su infancia dando paso a la formación de la identidad. Los cambios que sufre el adolescente también lo afectan a nivel familiar y personal, generando en ellos la necesidad de alejarse de sus padres y buscando nuevos referentes y satisfacciones entre la gente de su edad o entre adultos que no sean sus padres, todos estos cambios generan en él nuevos afectos y emociones dando lugar a nuevos sentimientos, “tienen altibajos”, “tienen días en que están de buenas y días en que están de malas”, contradiciéndose en lo que quieren y en lo que hacen (4).

Todo esto constituye para el joven una preocupación, por ello las redes sociales son algo en la rutina diaria del adolescente, es allí donde busca sentirse cómodo, más fuerte y avanzar en la vida, gracias a otros jóvenes, que juegan un rol de espejo, llega a ser el mismo y aprende a conocerse, en este marco, la amistad y los

intercambios ricos en afecto y complicidad tienen mucha importancia para el adolescente, el cual desea ante todo ocupar un sitio, en especial un sitio social (5). En la etapa adolescente el apoyo social proveniente de las redes de apoyo con las que cuentan los jóvenes es un factor importante en la formación y definición de la identidad.

Según Sluzki, las redes sociales son “el conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos e intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales”. Una red puede cumplir las siguientes funciones: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, regulación social, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos. Un análisis de las redes permite conocer el grado y tipo de apoyo social del que dispone una persona o percibe tener (6).

Para entender el concepto de apoyo social es necesario hacer una distinción entre los términos red social y apoyo social. Abelló y Madariaga definen la red social “como un conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. Es decir, cuando se habla de red social se hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario” (7). Ésta red puede ser evaluada en términos de sus características estructurales, funciones de los vínculos y los atributos de ellos. Las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Estos vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo. El aspecto importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes potencialmente brindan el apoyo social, es decir, estas redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano.

Según Ana María Méndez, en Psicología Social el apoyo social puede ser definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven ratificadas a través de la interacción con otros. Estas necesidades incluyen el afecto, la estimación o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad. Entre las revisiones de Méndez, Sarason identifica dos elementos básicos del apoyo social, **a)** la cantidad de otros disponibles a los cuales los individuos piensan que pueden dirigirse en momentos de necesidad y, **b)** el grado de satisfacción que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible. Así, el apoyo social puede tener un significado distinto para el que lo brinda como para el que lo recibe (8).

Durante su vida, el ser humano se ha mantenido en contacto o interacción con otras personas y esto lo lleva a adoptar un comportamiento específico, constituyendo de esta forma sus valores, actitud, creencias y conductas propias pero que se asemejan a las de aquellos con quienes comparte o se desenvuelve (7), puesto que al estar en contacto con otras personas, el ser humano tiende a mimetizarse y adoptar ciertas conductas que son propias de su entorno, como su familia, amistades, profesores, y con quienes se relacione.

Finalmente, según Steinberg & Morris “el periodo de transición entre la infancia y la etapa adulta tiene su origen en base a los cambios que se van presentando, el adolescente interactúa con diversos factores tanto individuales, familiares y sociales; de estos dependerá el éxito o fracaso de las tareas de desarrollo que son propias de esta etapa. Para lograr con éxito las tareas de desarrollo, el adolescente debe experimentar varios cambios, entre ellos modificar sus patrones de relación. Esta es una etapa de transición en la que se van dando cambios físicos, cognitivos y emocionales que pueden afectar las relaciones que el joven establece con padres, con sus pares y todo su entorno social. El proceso al que se ven enfrentados los adolescentes con el fin de definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de formar su personalidad y construir su identidad (tareas claves de la etapa que viven) donde predominan sus propias emociones, pensamientos y conductas (7).

En consecuencia, los efectos que tienen estos cambios en el adolescente pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Según Barrón tales factores son evidencia del periodo de vulnerabilidad que viven, en donde la influencia de la familia, los amigos, entre otros es fundamental, puesto que las redes de apoyo que de aquí se deriven pueden tener efectos positivos o negativos sobre esta población, es por ello que se resalta la necesidad de brindar apoyo social para el bienestar del adolescente. La percepción que los jóvenes tengan respecto del apoyo con que cuentan, las características de éste, su disponibilidad, accesibilidad, fortalezas y deficiencias, constituyen elementos centrales al intentar reflexionar sobre los medios para favorecer el desarrollo adolescente (7).

En el caso que los efectos sean negativos sobre el adolescente, puede ser evidenciado en acciones voluntarias o impensadas, que pueden llevar a consecuencias nocivas para la salud como comportamientos riesgosos. Esto lleva a que, tanto hombres como mujeres, los adolescentes han hecho un intento suicida y de ellos entre un 30 a un 50% lo repiten al año siguiente. Este acto suicida lleva consigo una dimensión de violencia tanto para el propio adolescente como para su entorno. “El adolescente ataca ese cuerpo que se convierte en fuente de vida durante la pubertad: ataca, a través de su cuerpo a la sociedad y a los allegados para quienes él es un ser en desarrollo”. Durante la adolescencia, el suicidio es una amenaza real de muerte. A esta edad la persona necesita ser protegida de sí misma pues la desesperación puede llevar a soluciones extremas a pesar suyo (8).

A veces el intento de suicidio puede no ser más que un medio para llamar la atención, una forma de descarga emocional o solicitud de ayuda, un ensayo del propio suicidio, un paso previo al mismo y en muchos casos un suicidio frustrado. La tentativa de suicidio es una conducta y como tal responde a muy diferentes motivaciones y fines, hecho ampliamente aceptado (9), aunque a veces simplemente es una idea, que es a lo que se llama ideación suicida y que, según el Ministerio de Salud, se define como los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método (10).

Esta investigación, tiene como propósito conocer la relación que existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en adolescentes. Utilizando la metodología propia del estudio descriptivo transversal, se mide la percepción del apoyo social y la ideación suicida mediante instrumentos válidos y confiables. Este estudio se realizará entre adolescentes de 13 a 18 años de un colegio de la Provincia de Concepción, durante el primer semestre del año 2017.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La interrogante central que se ha planteado en esta investigación es:  
¿Qué relación existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en los adolescentes entre 13 y 18 años de un colegio de la Provincia de Concepción en el primer semestre del año 2017?

## **FUNDAMENTACIÓN**

El suicidio corresponde a un importante problema de salud pública, siendo una de las veinte primeras causas de muerte y de carga de enfermedad (AVISA) para todas las edades globalmente y ocupa el octavo lugar como causa de muerte en el grupo de individuos entre 15 y 44 años.(11)

A nivel mundial, la tasa de suicidio ha aumentado progresivamente en esta última década. Por su parte, Chile no ha estado ajeno a ello ya que entre los años 1995 y 2010 la tasa aumentó en forma considerable, casi medio punto por cada 100.000 habitantes en la década de los noventa. Pese a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud para disminuir dicha cifra, como por ejemplo la implementación del programa GES para tratamiento de la depresión y la creación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, no se cumplió el objetivo sanitario propuesto para la década 2000-2010, esto es, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en un 10%. Es difícil dilucidar las causas que explican este aumento ya que el suicidio es una conducta entendida multifactorialmente (11).

Ahora bien, la adolescencia es un período del ciclo de vida lleno de cambios en distintas áreas: física, emocional, social, etc., hay inseguridades, crisis como parte del desarrollo, desequilibrios y oportunidades. La percepción del mundo del adolescente ya no es la de la infancia, sin embargo, tampoco es la de un adulto, y tiende a cambiar dependiendo del estado emocional en el que se encuentre lo que puede provocar que el adolescente sea influenciado en gran manera por quienes lo rodean, es por esto que las redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social que ayudará al adolescente a generar las herramientas necesarias para su quehacer dentro de su contexto cotidiano. (12)

Según proyecciones del Censo 2002, la población de adolescentes (10-19 años) y de jóvenes (20 y 24 años) representa el 17% y 8,3% del total de la población chilena, respectivamente. Para el 2020, según el INE, se estima que ambos grupos representarán el 21% de la población total estimada en 3.859.275 de adolescentes y jóvenes. (14)

Con respecto a la tasa de muertes por suicidio en población adolescente en el país, esta es cercana a la del resto de las edades, sin embargo, posicionan a Chile en el quinto lugar entre los países de la OECDE (*Organisation for Economic Co-Operation and Development*) con la más alta tasa de suicidio en la población comprendida entre los 15 a 19 años de edad (11).

La OMS en el año 2000, señala que un suicidio individual afecta profundamente a mínimo otras 6 personas y, en caso de ocurrir en una institución educativa o en el lugar de trabajo, el impacto es todavía mayor (14).

Según el Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos, el suicidio ha aumentado en forma sostenida desde el 2000 al 2005, encontrándose tasas de 1,0 por 100.000 habitantes en el 2000 (1,1 y 0,8 por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente), aumentando en el 2005 a 2,6 por 100.000 (3,3 y 1,9 por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente). En el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, la tasa de suicidios en el 2000 mostró un aumento importante (8,6 por 100.000), manteniéndose estable en el 2005 (8,9 por 100.000). Para el 2009, la tasa de suicidios en adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años, fue de 7 por 100.000, siendo mayor en los adolescentes hombres (9,4 por 100.000), que en las adolescentes mujeres (14).

El suicidio corresponde a un proceso que inicia con la ideación suicida en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte), luego transcurre el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado (14). Por otra parte, la ideación suicida en sí es un fenómeno bastante complejo en el que intervienen tanto factores personales, familiares como escolares. En los últimos años, en la mayoría de los países de todo el mundo, se está informando que la tasa de suicidio en adolescentes ha ido aumentando de forma alarmante. Es por todas estas razones que la investigación dentro de este campo, así como también la identificación de factores asociados a ésta, resulta de gran importancia en la prevención del suicidio.

La ideación suicida es una variable que puede determinar niveles patológicos en los adolescentes producto de los pensamientos y deseos más profundos de su propia muerte, este tipo de pensamientos suelen ser frecuentes durante la adolescencia, ya que, para algunos jóvenes, esta etapa no se recorre de forma tranquila, sino más bien como un período de intensas vivencias en el que aparecen sentimientos y actitudes contradictorias dentro de los diferentes ámbitos de su vida. Esas vivencias comprenden desde la confrontación de la propia identidad personal hasta ámbitos externos como lo es la relación con sus pares y con la sociedad en sí. (13)

El apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender y entender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida. Festinger, propuso que este deseo de buscar compañía de otra persona en situaciones de temor o ansiedad era debido a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conductas). (12)

Algunas investigaciones demuestran que las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones de tensión, además que las personas que se encuentran en mejores condiciones psicológicas y físicas eran aquellas que mantenían un mayor número de interacciones o se hallaban integrados socialmente, a diferencia de aquellas personas en condiciones de aislamiento o poca integración, por lo que el apoyo social es algo fundamental, más aún en la adolescencia (6).

Dentro de enfermería las intervenciones con adolescentes son de gran importancia debido a que este profesional es capaz de abordarlo de una forma biopsicosocial e integral, además, la enfermera es parte fundamental del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes, instituido por el Ministerio de Salud y aplicado en la atención primaria de salud, que incluye a la población adolescente entre 10 y

19 años y jóvenes entre 20 y 24 años, teniendo como propósito mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí y que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con pertinencia cultural en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y a la comunidad (8). Sin embargo, la realidad del adolescente es que no suele asistir por su cuenta a los servicios asistenciales a controlarse para, de este modo, tener una visión sobre lo que realmente perciben ellos como sus redes de apoyo. Por su parte, el equipo de salud tampoco genera instancias para que los adolescentes se acerquen y conozcan las prestaciones que existen para su grupo etario.

De este modo, esta investigación permitirá conocer si el apoyo social, el cual influye en todos sus ámbitos y desarrollo de la persona, puede ser un factor protector para los adolescentes, al momento de evitar el riesgo de suicidio.

Es importante que en cualquier abordaje e intervención que se realice en y con la población adolescente, se tome en cuenta cada factor que influye en sus características tanto individuales como de grupo, es por esto, que el acercamiento de enfermería hacia este grupo etario debe efectuarse de forma integral tomando en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino también aquellos elementos que influyen directamente en su pensamiento y estilo de vida como es la familia, redes de apoyo, aspectos psicosociales, oportunidades que le brinda la comunidad en la que se encuentra inserto, accesibilidad a servicios básicos y de salud, entre otros determinantes sociales que son ejes fundamentales en el desarrollo físico, psicológico y social de los adolescentes.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1. OBJETIVO GENERAL:**

1. Conocer la relación existente entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en adolescentes de un colegio de la Provincia de Concepción, 2017

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las características biopsicosociales de la muestra.
2. Identificar el apoyo social percibido por adolescentes
3. Describir la ideación suicida en los adolescentes
4. Analizar la relación entre el apoyo social e ideación suicida.

## **HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Los adolescentes que perciben un mayor apoyo social, tienen una menor ideación suicida que aquellos que perciben un menor apoyo social.

## **MARCO TEÓRICO**

Para poder comprender mejor el enfoque de esta investigación es imprescindible conocer la terminología relevante que se utilizó para su elaboración, como lo son: adolescencia, suicidio e ideación suicida y apoyo social.

### **Adolescencia**

La adolescencia es un tema actual y recurrente en la sociedad que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos, sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas.

Efectivamente, la adolescencia constituye un campo de estudio en la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y, por supuesto, también aparece como un concepto de la realidad familiar, educativa y social del presente. (16) Desde cada una de estas disciplinas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran los enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social.

La adolescencia es un período de transición difícil entre el mundo de la infancia y el del adulto. Se trata de un período obligado y natural que conduce hacia una mayor autonomía, una realización personal, y hacia una integración social (15). También es percibido como un progreso desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual, entendida además, como la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo. (15)

Existe una preocupación creciente por entender mejor el fenómeno de la adolescencia, tanto desde un punto de vista analítico o experimental como desde la perspectiva que busca desplegar determinadas acciones interdisciplinarias (educativas, sociales, sanitarias, etcétera) relacionadas con políticas públicas vinculadas a la realidad adolescente (16).

Tradicionalmente se ha considerado un período problemático y conflictivo, donde el adolescente busca quien es realmente y donde pueden surgir muchas dudas sobre su presente y su futuro, por lo que necesitará de un apoyo constante en su crecimiento personal. Pero actualmente, también existe la visión de que no son un problema, sino que se le ha dado un enfoque de recurso en proceso de desarrollo. Este cambio constituye para el joven una preocupación y precisa tener confianza en su capacidad para solucionarlo (15). Esto quiere decir, que todos los adolescentes tienen fortalezas, las cuales deben identificarse y profundizar no solo porque son positivas sino también porque alejan de conductas perjudiciales, todo esto para que se conviertan en personas adultas responsables y capaces.

Ningún esquema específico de desarrollo psicológico podrá describir de forma concreta y precisa a cada adolescente. La adolescencia como período no constituye un tiempo homogéneo en cuanto a las características biológicas y emocionales por las que los sujetos pasan, sino que cada adolescente constituye una entidad particular afrontado de forma particular las exigencias y oportunidades que la vida les brinda (15). Por lo tanto, es compartida la idea expresada por Acosta quien sostiene que “a la adolescencia se la intenta definir desde muy diversos saberes”. Estas definiciones no resultan coherentes entre sí, ya que se apoyan en disciplinas y criterios muy disímiles. El autor, ante esta situación, propone entonces que «puede resultar mucho más esclarecedor intentar caracterizar un poco lo que es la adolescencia que pretender definirla» (16).

Erik Erikson (1902-1994), habló de *estadios psicosociales*, para él la motivación primaria del comportamiento humano era de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas. Erikson hizo hincapié en que el cambio evolutivo tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital. En la teoría de Erikson, *existen ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital. Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar.* Según Erikson, estas crisis no son catástrofes, sino puntos de inflexión de mayor vulnerabilidad y mayor potencial. Cuanto más eficazmente resuelva estas crisis un individuo, más saludable será su desarrollo. (17)

El estadio que concierne para la investigación sería *Identidad versus confusión de la identidad*, es el quinto estadio psicosocial de Erikson, que coincide aproximadamente con la adolescencia. En este estadio, la persona se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en la vida y hacia dónde va. Los adolescentes deben adoptar muchos roles y adquirir un estatus nuevo propio de los adultos, por ejemplo, el laboral y el de pareja. Los padres deben dejar que los adolescentes exploren roles distintos y diferentes caminos dentro de cada rol. Si el adolescente explora estos roles de una forma saludable y encuentra un camino positivo a seguir en la vida, desarrollará una identidad positiva. Si los padres imponen una identidad al adolescente, si éste no explora adecuadamente muchos roles posibles y si no logra encontrar un camino positivo a seguir en el futuro, reinará la confusión de la identidad (17).

La adolescencia puede dividirse en tres etapas de desarrollo psicosocial: Adolescencia temprana de 12 a 14 años, adolescencia media de 15 a 17 años y adolescencia tardía de 18 a 21 años. Cada etapa sirve para que el individuo pueda llegar a conocerse y lograr superar cada etapa de su vida. (17)

Ahora bien, hay diferentes tareas que caracterizan el desarrollo adolescente como adquirir una independencia respecto de los padres, adoptar claves de emparejamiento y estilos de vida, atribuir una relevancia importante a su imagen corporal y aceptación de la imagen de sí mismo y establecer una identidad sexual, vocacional y moral. (17)

Es necesario, dentro del quehacer del profesional del área de la salud, realizar acciones dirigidas a los adolescentes y que éstas acciones tengan un carácter integral, realizando enfoques profundos en cada una de las áreas a desarrollar por los y las adolescentes.

En el área de la salud, las acciones a realizar en el o la adolescente en Chile, están centradas en el Control de Salud Integral de Adolescentes, “Control Joven Sano”, definido como: atención de salud integral a adolescentes que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud con objeto de intervenir en forma

oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo, por lo que la realización de este control implica que se incorporen los enfoques de derecho, determinantes sociales, género y diversidad cultural (18).

Para el cumplimiento de estos objetivos, actualmente se encuentra normado en Chile que este control sea realizado una vez al año (10 a 14 años) o un control cada 2 años (15 a 19 años), y es ahí donde el/la enfermera/o cumple un rol fundamental al llevar a cabo el proceso de enfermería (19).

Para otorgar un cuidado de calidad y una atención integral del adolescente por el profesional de enfermería, es imprescindible utilizar modelos o teorías de enfermería que otorgan una base sólida fundamental. Es así como, para la atención del usuario, con una mirada desde los distintos niveles de atención, un modelo que sirve de guía en las distintas etapas y que además brinda una visión global del usuario es el de Betty Neuman. En su modelo de sistemas (figura 1), la definición de los diferentes conceptos dentro del modelo ayuda en el trabajo a realizar con él o la adolescente, otorgando una mirada integral de los factores biopsicosociales que estarían influenciando su salud y como realizar las intervenciones necesarias según los hallazgos encontrados no solo en la valoración del o la adolescente, sino que también en dar los lineamientos de cómo guiar la atención según los hallazgos encontrados en un primer acercamiento.

La definición de los distintos conceptos dentro del modelo de Neuman, refuerza el trabajo a realizar con él o la adolescente, donde se otorga una mirada integral de los factores biopsicosociales que estarían influenciando la salud de los adolescentes y cómo realizar las intervenciones necesarias según los hallazgos encontrados.

“Él o la adolescente refleja el centro de interés del modelo (sistema cliente), estos son las personas sanas y enfermas como sistema holístico, pensando en el individuo, la familia o comunidad como sistemas clientes, considerados compuestos de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales

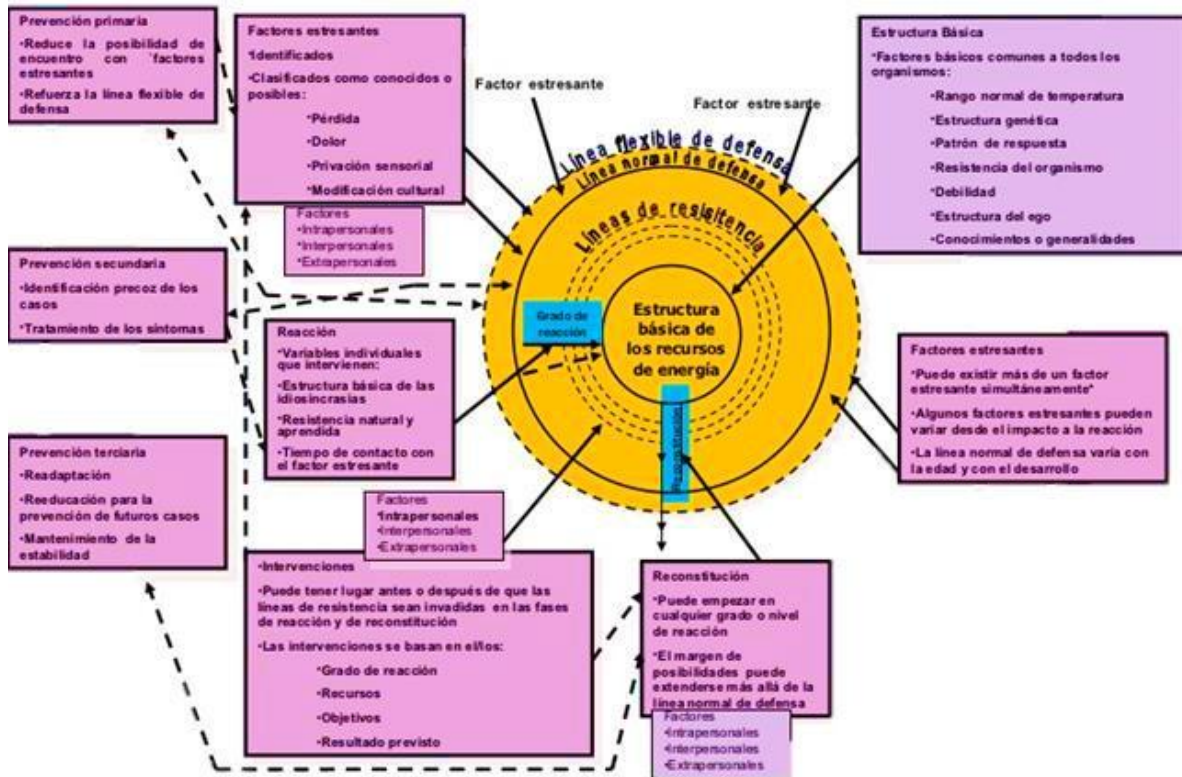
que interactúan entre sí por ser sistemas abiertos que están en permanente intercambio de energía, materia e información, intercambio que se produce dentro del individuo y con su entorno” (20).

Esto indica que el adolescente como centro de interés, se ve influenciado por factores propios de su desarrollo, tanto físico como psicológico, pero también por aquellos factores sociales propios de las exigencias que el medio social impone respecto al ciclo en el que se encuentra, como del ambiente en el que está inmerso.

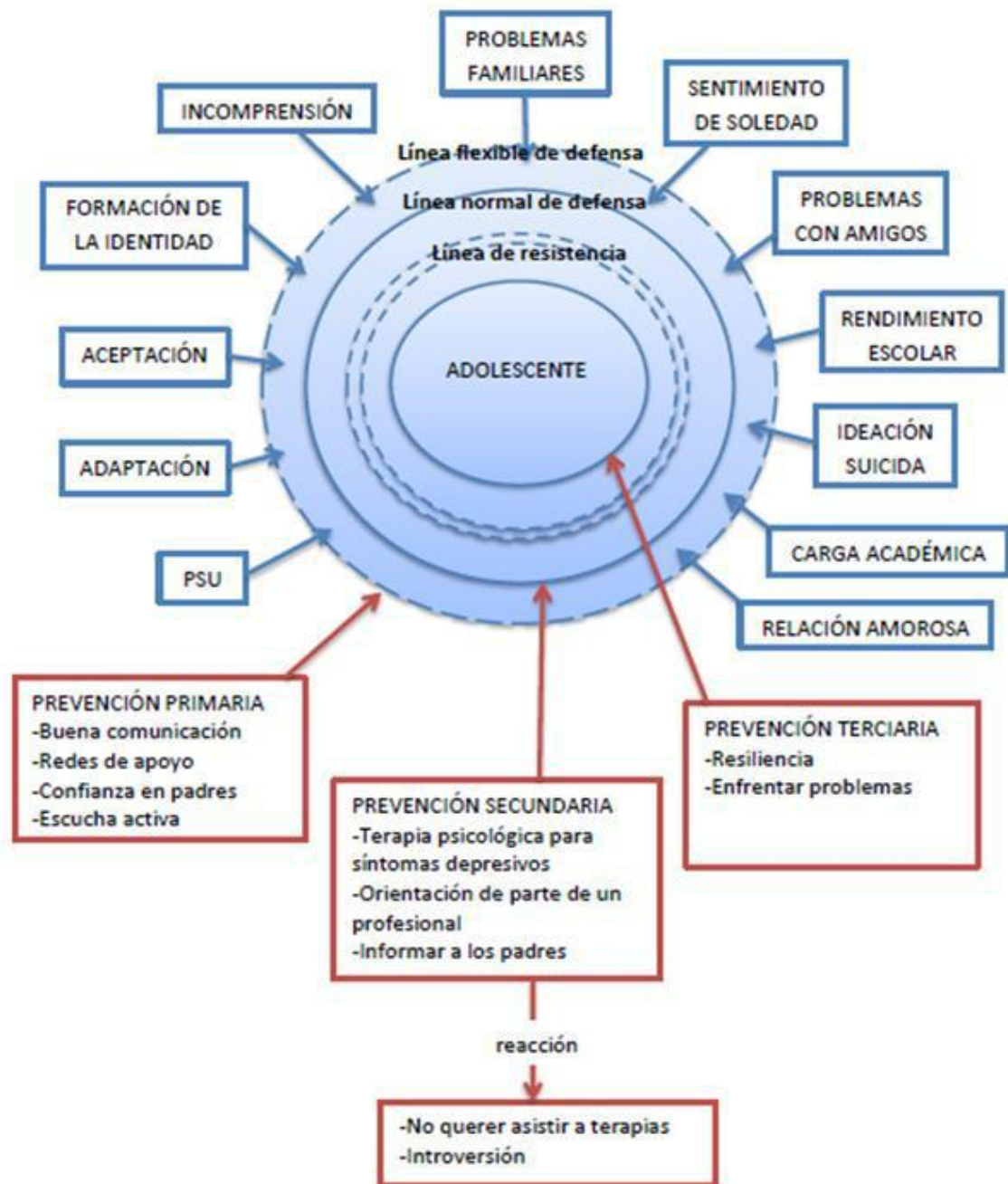
El intercambio constante entre factores internos y externo, genera que esta energía se pueda utilizar para la progresión del sistema hacia la estabilidad y el bienestar; o bien, producir un proceso de agotamiento y desorganización de la energía que conduce al sistema hacia la enfermedad o la posible muerte (20), por tanto, el adolescente podría llegar a presentar una serie de alteraciones biológicas o psicológicas si no es capaz de utilizar de manera adecuada su energía; o pudiera también, llegar a potenciar sus habilidades y llegar a la estabilidad si cuenta con los factores protectores adecuados y vuelca sus energías en ellos.

Para generar algún cambio en el sistema cliente, los factores estresantes del entorno, tanto interno como externo, deben atravesar las distintas líneas de defensa o de resistencia, que, si son efectivas, el sistema cliente puede reconstituirse y sobrevivir a la muerte o a la enfermedad. La cantidad de resistencia a un factor estresante está determinada por la interacción de las 5 variables del sistema cliente, las que son variables: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, del desarrollo y espirituales (20).

## Modelo de Sistemas Betty Neuman



## Modelo de Neuman aplicado a la investigación



Para poder brindar ayuda al usuario y así reaccionar ante los factores estresantes, Neuman define 3 niveles de prevención: La prevención primaria, enfocada a la valoración inicial para lograr la identificación, reducción o eliminación de elementos estresantes que puedan generar una reacción en el individuo; la prevención secundaria, referida a los síntomas que se producen luego de la reacción a elementos estresantes con el fin de dar prioridad a las intervenciones y tratamientos para reducir sus efectos nocivos; y finalmente la prevención terciaria, formada por los procesos de ajuste que se realizan al iniciar la reconstitución para luego reiniciar con la prevención primaria como proceso circular.

Finalmente, es importante mencionar que todas las personas pasan por ésta etapa, donde quizás no todos necesiten la misma atención debido a que cada individuo es diferente, sin embargo, es importante saber que es un período complejo donde es fundamental que el adolescente pueda utilizar sus factores protectores para vencer el estrés que conlleva ésta etapa.

## **Suicidio e ideación suicida**

Chile es uno de los países con una de las mayores tasas de suicidio en el mundo, solo superado por Corea del Sur, siendo especialmente alarmante las cifras en jóvenes, siendo las tasas más altas en jóvenes varones (21). Actualmente la mortalidad adolescente en el país asociada a causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) representan el 60% del total de las muertes, en particular la tasa de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo 3 veces mayor en adolescentes hombres que en mujeres, en términos porcentuales el suicidio adolescente representa aproximadamente el 10% de las muertes por suicidio en población general (22).

El término suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua en 1817, definiéndose a partir de los términos latinos Sui (uno mismo) y Carede (matar), es decir, “el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente (23). Hoy en día el suicidio se puede considerar como una forma de violencia auto infringida y se categoriza según el tipo de daño, la primera categorización es “comportamiento suicida mortal” que ocasionan la muerte, y la segunda “comportamiento suicida no mortal” considerado como un intento suicida o daño auto infringido deliberado, este tipo de violencia sigue careciendo de teorías sólidas que fundamente su explicación (24).

El suicidio puede ser considerado como un proceso que implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida, éste proceso está compuesto por cinco etapas que no necesariamente deben ser secuenciales: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que se le atribuye una relación causal y el ser uno de los factores principales frente a un suicidio ya que es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores (24).

La ideación suicida es cualquier pensamiento de intentar una conducta relacionada con el suicidio y puede identificarse cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando medios necesarios para conseguirlo (23), se puede considerar como un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado con factores psicológicos, sociales y biológicos que influyen recíprocamente en el suicidio. El factor psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida, problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia, son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. Otro grupo de factores asociados a la ideación suicida tiene que ver con los diversos contextos sociales de interacción sobre todo cuando se trata de adolescentes, como serían el contexto familiar y escolar. En este período de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia por lo que resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un pocas experiencias personales y sociales saludables y positivas (24).

El modelo estresor-diátesis propone un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) siendo los estresores los elementos precipitantes del acto suicida, al tiempo que la diátesis o vulnerabilidad aumenta la tendencia al pesimismo, la incredulidad ante otros, la desesperanza y la presencia de conductas agresivas con otros y consigo mismos. (25) En este modelo, los estresores externos (eventos vitales como dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva y demás) se constituyen en factores precipitantes del acto suicida. La diátesis o vulnerabili-

dad general se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza, síntoma que aparece de manera conjunta con la agresividad o impulsividad de origen orgánico. Según dicho modelo teórico, las características biológicas de un individuo se relacionan con las reacciones ante algunos factores estresores propios del medio social donde se desenvuelve cada sujeto. Se denomina diátesis a la vulnerabilidad genética, prenatal, postnatal o predisposición que interactúa con el ambiente y los sucesos vitales (estresantes), a fin de desencadenar conductas desajustadas y/o trastornos psicológicos. El comportamiento suicida se origina como efecto de la interacción y el solapamiento de cinco clases de factores: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales, y por la historia familiar y genética. Para el autor, la interacción de estos elementos podría arrojar luces acerca del por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Los desequilibrios genéticos tienen un peso importante a la hora de determinar la propensión al acto suicida y guardan relación con la alteración psicosocial de los patrones vitales, aspectos a los que se suman factores como las deficiencias en las pautas de crianza, dificultades en las habilidades sociales y el hecho de crecer en un entorno sociofamiliar de carácter negligente, agresivo y desprotector. Otros factores pueden ser el desequilibrio en la actividad de los neurotransmisores, la emergencia y agravamiento de trastornos mentales y las comorbilidades de síntomas, síndromes y trastornos (25).

Por otro lado, la teoría cognitiva de Beck, parte desde el enfoque de la terapia racional emotiva que hace referencia al comportamiento suicida y su relación con la depresión, en ella el individuo crea categorías mentales en función de experiencias vividas las cuales estructuran y orientan la conducta del sujeto, por lo que si esta conducta es desadaptada, el individuo percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro (25).

Otro modelo que intenta explicar el suicidio es el modelo teórico del cubo suicida de Shneidman que postuló una teoría psicológica acerca del suicidio

donde señala 4 conductas relacionadas a la presencia de los comportamientos suicidas: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. El primer constructo hace referencia a la hostilidad hacia sí mismo que, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación hace referencia a estados emocionales negativos y la forma en que estos influyen en las conductas del individuo. El tercer constructo es la constricción, el cual reúne ciertas características cognitivas como la imposibilidad de la persona de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que solo hace conscientes los aspectos negativos (visión de túnel) y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psicológico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la ideación suicida se presenta como una posible solución lo que constituye el cuarto constructo denominado cese. Posteriormente, Shneidman completa su teoría y presenta características comunes a todo comportamiento suicida. Estas son: (a) El propósito común del suicidio es buscar una solución. (b) El objetivo común es el cese de la conciencia del contenido insufrible de la mente. (c) La tercera característica se dirige al estímulo común que es el dolor psicológico intolerable. (e) El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. (f) La emoción común en el suicidio es la indefensión - desesperanza. (g) El estado cognitivo común es la ambivalencia. (h) El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. (i) La acción común es el escape. (j) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención. (k) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida. (26)

Shneidman se enfoca principalmente en relacionar constructos psicológicos como el dolor y la perturbación con la presión ejercida sobre el ambiente de tal forma que da pie para un modelo teórico representado por el “cubo suicida” en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa (26).

Y por último, la teoría de los constructos personales de Kelly parte con el concepto de adaptación, haciendo referencia de que todo individuo tiene una

forma diferente y particular de adaptarse a su medio, esto en función del desarrollo cognitivo que tenga el sujeto, lo cual posibilita al individuo para adaptarse o no al medio de acuerdo a su manera de procesar las experiencias; con fundamento en que la realidad es independiente de la interpretación, que cada sujeto se fundamenta en la idea que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición la que orienta y modifica la conducta. Por consiguiente, el comportamiento suicida se presenta como una forma de indefensión que puede aceptar o rechazar la definición de la vida. Según Kelly, el individuo que manifiesta estas conductas parte de la “visión de túnel” y decide no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar de la manera y el agrado, congruente con sus expectativas y necesidades (26).

## **Apoyo social**

El epidemiólogo John Cassel y los psiquiatras Sydney Cobb y Gerald Caplan, son considerados los padres en este ámbito de investigación, ellos inauguran las dos grandes tradiciones, que hasta la actualidad, comprenden el estudio del fenómeno del apoyo social. (27)

La primera tradición, representada por Cassel y Cobb, se centra en el estudio de las repercusiones que el apoyo social tiene en la salud y el bienestar, así como los mecanismos y procesos que le dan sentido a esta influencia, concluyendo que el apoyo social contribuye a amortiguar los efectos negativos de los sucesos vitales estresantes, en la salud física y mental. Además, Cassel afirma que es en los grupos primarios más próximos y significativos de la persona, donde encuentra el apoyo social que confiere el estatus de elemento protector de la salud. (27)

Caplan, que es precursor de la segunda tradición más pragmática, enfatiza el rol del apoyo social en la intervención social y comunitaria, fundamentalmente representado en los sistemas de apoyo tanto formal como informal de la persona. Este autor, además de priorizar la importancia del grupo primario de la persona, confiere una importancia capital a los recursos sociales comunitarios como fuente proveedora de apoyo informal, susceptibles de ser rescatados en distintas fases de actuación como la prevención y la intervención. Para Caplan un sistema de apoyo implica un patrón duradero de los vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al aportar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, o al proporcionar modificaciones acerca de la propia identidad y desempeño. De esta forma, los sistemas de apoyo suministrarán a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional, debido a esto es de gran relevancia el establecimiento de lazos sociales provisorios de apoyo social (27).

La percepción conceptual de apoyo social resulta complicada debido al amplio elenco de definiciones disponibles en la literatura científica, siendo la más efectiva la alcanzada por Lin y sus colaboradores en su definición acuñada en 1986, señalando los tres niveles fundamentales para el estudio del apoyo social: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas. Así, para Lin y colaboradores, el apoyo social puede ser definido como el “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital”. Una vez definido el concepto y enunciados los tres niveles de análisis, resulta pertinente abordar las tres perspectivas esenciales para el estudio del apoyo social: perspectiva estructural, perspectiva funcional y perspectiva contextual. (27)

La perspectiva estructural explora los contactos que mantiene el sujeto, para lo cual utiliza el análisis de redes. Se parte de la premisa que el solo hecho de tener relaciones sociales asegura la obtención de apoyo social, el que está definido por número de contactos sociales que se mantienen, el tamaño, que indica el número de sujetos que la componen, la densidad, relativo a la interconexión de los sujetos que conforman la red, la homogeneidad, es decir, la coherencia que muestran los integrantes de la red en diversas dimensiones como actitudes, valores, creencias, intereses, y el parentesco, que alude a la condición de parientes o no de los componentes de la red, en relación al sujeto objeto de apoyo social. (27)

En la perspectiva funcional el interés central recae en la funcionalidad de las relaciones sociales, en este tipo de relaciones se intercambian recursos materiales como objetos, dinero, servicios, etc., y simbólicos como acompañamiento, estima, consejo, entre otros. Estos recursos se interrelacionan con distintos tipos de apoyo social que cumplen, a su vez, determinadas funciones, definiendo diferentes tipos de apoyo social como son: el apoyo emocional (comprende todo lo relativo al área afectiva de la persona y la expresión de emociones), el apoyo informacional (entrega información acerca de recursos disponibles, ayuda en la

búsqueda de soluciones y consejos que ayudan en la gestión de conflictos) y el apoyo instrumental (apoyo tangible que es perceptible por el receptor, es la materialización del apoyo, generalmente en forma de dinero o servicios concretos).

Y la perspectiva contextual toma en cuenta los matices propios de aquella situación en las que las conductas de apoyo son movilizados, percibidas, ejercidas y recibidas con objeto de ser asociadas al apoyo social y bienestar personal, para ello contempla dimensiones propias del contexto tales como las características de los participantes, el momento en que tienen lugar el apoyo, su duración y finalidad (27).

Es de gran importancia considerar la diferenciación entre el apoyo social percibido, que se refiere a la dimensión cognitiva de la evaluación que hace el sujeto respecto a su entorno, la impresión o convicción con la que cuenta el sujeto de que llegado el momento pueda contar con el apoyo requerido, y el apoyo recibido, que se refiere al conjunto de intercambios que efectivamente recibe la persona ante situaciones de carencia o necesidad (27).

También existen modelos que manifiestan el significado de las relaciones interpersonales en forma de apoyo social, dándole importancia a la calidad constructiva del intercambio lo que deriva que el sistema tenga un sentido personal para cada individuo, permitiendo valorar los requerimientos sociales ya sean cotidianos o en crisis y la factibilidad de un afrontamiento cualitativamente útil. Es así como identificar que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar, es un mecanismo para elevar la moral y los estados afectivos positivos, creando un aumento de la autoestima, estabilidad y sentido de pertenencia, lo que fortalece al individuo y al grupo. De forma resumida se puede decir que un efectivo apoyo social posibilita: un desarrollo de cualidades con el consecuente fortalecimiento psicológico, amplitud en la perspectiva de equilibrio físico y psicológico con los beneficios que de esto se deriva, disminución del riesgo de enfermar (principalmente en las enfermedades crónicas y no transmisibles), aumento en la capacidad de afrontamiento en los eventos de la vida y disminución de la dependencia a los servicios de salud (28).

## **MARCO EMPÍRICO**

- **Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes**

En 2010 se realizó un estudio llamado “Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile”, un estudio descriptivo, transversal y correlacional realizado por Raúl Ventura y César Carvajal, alumnos de la Universidad de los Andes.

Los objetivos del estudio era determinar la prevalencia de ideaciones suicidas y tasas de intentos de suicidio entre adolescentes de 14 y 19 años residentes en el área metropolitana de Santiago y analizar los factores relacionados con el suicidio.

En cuanto al material y métodos, se aplicó una encuesta auto administrada, con una escala de depresión y cinco preguntas sobre tendencia suicida; a una muestra representativa de adolescentes de 14 a 19 años que asistían a escuelas públicas y privadas en el área metropolitana de Santiago.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la encuesta fue respondida por 1567 adolescentes entre 14 y 20 años (54% hombres). El 62% reconoció la ideación suicida y el 19%, intentos suicidas. Estas cifras fueron significativamente más altas entre las mujeres y los asistentes a las escuelas públicas. Los adolescentes de dieciséis años tuvieron las tasas más altas de ideación e intentos suicidas.

Finalmente concluyeron que existe una alta tasa de ideación suicida e intentos de suicidio en adolescentes del área metropolitana de Santiago (29).

- **Apoyo social como predictor de satisfacción de vida**

En el primer semestre del 2016 se realizó en una Universidad del País Vasco, España, un estudio titulado “Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el auto concepto y el apoyo social percibido”. Su objetivo fue explorar las relaciones del bienestar subjetivo con resiliencia, autoconcepto y

apoyo social, identificando variables predictoras del bienestar subjetivo. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de tipo transversal. Se administraron la escala de satisfacción con la vida de Diener, Emmon, Larsen, y Griffin, la escala de balance afectivo de Bradburn, la escala de resiliencia de Connor y Davidson, el cuestionario de autoconcepto multidimensional de Fernández-Zabala et al. y la escala de apoyo familiar y de amigos de González y Landero. La muestra estaba configurada con 1250 adolescentes de 12 a 15 años (49% chicos y 51% chicas), seleccionados aleatoriamente.

Los resultados confirmaron la existencia de relaciones entre bienestar subjetivo y las variables resiliencia, autoconcepto y apoyo social. El alto nivel de autoconcepto, resiliencia y apoyo familiar fueron predictores de satisfacción con la vida; alto nivel de resiliencia, autoconcepto y apoyo de las amistades, de afecto positivo; y bajo nivel de autoconcepto y apoyo familiar, de afecto negativo (30).

- **Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados**

En el 2015 se publicó en la Revista Médica de Chile un estudio titulado “Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción”, sus autores académicos de la Universidad de Concepción, Chile, Mario Valdivia, Daniel Silva, Félix Sanhueza, Félix Cova y Roberto Melipillán.

Sus antecedentes fueron que las tasas de mortalidad por suicidio están aumentando entre los adolescentes, por lo que el objetivo de la investigación era estudiar la prevalencia y los factores predictivos de los intentos de suicidio entre adolescentes chilenos. Fue realizado en una muestra aleatoria de 195 adolescentes de  $16 \pm 1$  años (53% varones), los cuales respondieron a una encuesta anónima sobre sus características demográficas, abuso de sustancias, el cuestionario de ideación suicida de Osaka, Apgar familiar de Smilksten. Escala de la desesperación de Beck, escala de la depresión de Beck e inventario de la autoestima de Coppersmith.

Los resultados indicaron que 25% de los encuestados habían intentado suicidarse al menos en una ocasión durante sus vidas. Estos intentos se asociaron significativamente con el género femenino, los padres ausentes, la disfunción familiar, el abuso de drogas, el tabaquismo, la baja autoestima, la desesperanza, la depresión y la ideación suicida reciente. Un análisis de regresión logística aceptó el sexo femenino, el tabaquismo y la reciente ideación suicida como predictores independientes significativos de intento de suicidio.

Como conclusiones indicaron que el intento de suicidio es común entre los adolescentes y sus predictores son el sexo femenino, el tabaquismo y la ideación suicida previa (31).

- **Relación entre ideación suicida y estilos parentales**

Un estudio publicado en 2011 titulado “Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos”, correlacionado empíricamente en un estudio transcultural en 16 países, sus autores son Ramón Florenzano U., Macarena Valdés C., Eugenio Cáceres C., Sylvia Santander R., Carolina Aspillaga H., Claudia Musalem A, estudiantes y profesionales de diferentes universidades de Santiago de Chile.

En Chile se ha observado un aumento de las tasas de suicidio de 1,1 a 2,6 por 100.000 entre adolescentes de 10 a 14 años y de 4,4 a 8,9 por 100.000 entre los 15 a 19 años. Con esto el objetivo del estudio era identificar factores protectores para la ideación suicida de acuerdo con los estilos de crianza.

Material y métodos: Se evaluó la relación entre ideación suicida y estilos de crianza en una muestra aleatoria de 2.346 escolares chilenos atendiendo a adolescentes de 13 a 20 años de edad (59% mujeres) de tres ciudades: Antofagasta (Norte de Chile, II Región), Santiago Central, Región Metropolitana) y Concepción (Sur, VIII Región). Los participantes fueron evaluados con la adaptación chilena del Programa Nacional de Adolescentes Cruzados (CNAP Plus) desarrollado por

Barber et al. La relación entre la ideación suicida y los estilos de crianza fue evaluada mediante análisis de regresión.

Los resultados: Las correlaciones entre la ideación suicida y los estilos de crianza de los hijos fueron en su mayoría significativos, pero débiles. Se observaron altos intentos en hijos de padres que tenían un fuerte control psicológico, control inconsistente, falta de expresión de afecto y hostilidad marital encubierta.

Como conclusiones indicaron que la alta autoestima de los adolescentes, una buena relación con los padres, la autonomía psicológica de los padres, la expresión del afecto físico, el apoyo social y la vigilancia paterna fueron factores protectores contra la ideación suicida (32).

- **Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes**

Un estudio realizado en el año 2013 por Juan Luis San Martín examinó la relación de las variables autoestima y apoyo social con la satisfacción vital en una muestra de 512 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 15 y 19 años (promedio de 16.4 años), de la ciudad de Concepción (Chile). Se utilizó la *Escala Multidimensional de Satisfacción Vital para Estudiantes* de Huebner, Laughlin, Ash y Gilman que consta de 40 ítems que miden distintas dimensiones de la satisfacción vital incluyendo familia, amigos, escuela, entorno y sí mismo. Para este estudio la escala original se tradujo y adaptó con la asesoría de un hablante nativo del idioma inglés experto en construcción de instrumentos. En la muestra estudiada se obtuvo un valor de confiabilidad medida a través del alfa de Cronbach. También se utilizó la *Escala de Autoestima de Rosemberg*, versión española de Martín, Núñez, Navarro y Grijalva: escala de auto-reporte tipo Likert de 10 ítems, su confiabilidad fue dada por el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados mostraron que tanto la autoestima como el apoyo social tenían relaciones positivas significativas con la satisfacción vital. El análisis de regresión reveló que ambas variables predecían significativamente el nivel de satisfacción vital, siendo mayor

la influencia relativa del apoyo social que de la autoestima. Se proponen diversas explicaciones para los resultados obtenidos (33).

- **Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile**

Este estudio publicado en 2013 titulado “Conducta suicida y trastornos psiquiátricos, un estudio poblacional” realizado por Daniel Silva, Benjamín Vicente, Sandra Saldivia y Robert Kohn, fue publicado en la revista médica de Chile.

El estudio describe que la conducta suicida va desde la ideación hasta la consumación del suicidio. El objetivo del estudio era evaluar la prevalencia del comportamiento suicida y su relación con factores sociodemográficos y enfermedades psiquiátricas.

Como material y métodos se realizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) a una muestra representativa de 2.978 participantes chilenos. Se calculó la prevalencia de cuatro conductas suicidas (pensar o desear la muerte, ideación suicida e intentos de suicidio) y de las enfermedades psiquiátricas de acuerdo con la tercera versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III-R).

Los resultados indicaron que la prevalencia de la concepción suicida en el curso de la vida fue de 14,3% y el intento de suicidio de 7,7%. Concordante con los estudios internacionales, el sexo femenino, los jóvenes, la condición de conviviente y las desventajas sociales (años de estudio e ingresos familiares) resultan marcadamente asociados a una mayor prevalencia de conducta suicida.

Como conclusión: Las tasas calculadas sobrepasan los datos de prevalencia internacional y se extrapolan a las tasas actuales de suicidio completado por lo que se esperan niveles más altos de conducta suicida. Teniendo en cuenta los trastornos asociados podemos inferir que es esencial un correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y el consumo de sustancias a cualquier otra intervención específica (34).

- **Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes**

En un estudio transversal extranjero llamado “Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana”, realizado por el Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México, se apreció lo siguiente.

Su objetivo principal era identificar prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México. Fue un Estudio transversal en 12.424 adolescentes de escuelas públicas en 2007. Se utilizaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios (RM) con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Los resultados arrojaron que 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (RM=1.30, RM=1.54); abuso sexual (RM=1.92, RM=1.57), sintomatología depresiva (RM=5.36, RM=1.51), consumo de tabaco (RM=1.30, RM=2.57), alcohol (RM=1.60, RM=1.31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (RM=1.28, RM=1.65). Como conclusión se postuló que casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión (35).

- **Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido.**

En el 2014, María Paulina Chavarría y Enrique Barra realizaron un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de examinar la relación de las variables autoeficacia y apoyo social percibido con la satisfacción vital en adolescentes de 13

colegios municipales de la comuna de Concepción. La muestra estuvo conformada por 358 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 14 y 19 años.

Los instrumentos utilizados *Escala de Autoeficacia General* de Bapler, Schwarzer y Jerusalem, *Cuestionario de Apoyo Social Percibido* y *la Escala Multidimensional de Satisfacción con la Vida en Estudiantes*. La confiabilidad fue verificada por el coeficiente Alfa de Cronbach y validada por la revisión de expertos.

Los resultados mostraron altos niveles de autoeficacia y apoyo social percibido, así como un nivel relativamente alto de satisfacción vital. Tanto la autoeficacia como el apoyo social global y sus dimensiones presentaron relaciones significativas con la satisfacción vital en la muestra total y en cada sexo. La autoeficacia mostró una relación algo mayor con la satisfacción vital que el apoyo social. Cabe destacar que el apoyo social instrumental (conducta dirigida a solucionar problemas) fue la única variable que mostró mayor relación con la satisfacción vital en las mujeres que en los hombres (36).

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

Esta investigación tiene un enfoque *cuantitativo*, de alcance *correlacional* y exploratorio y con un diseño *transversal*, que pretende recolectar y analizar datos para probar hipótesis establecidas previamente. Este enfoque confía en la medición numérica, el conteo y en el uso de estadísticas para intentar establecer con exactitud patrones en una población llevando la esencia en su título: cuantificar y aportar evidencia a una teoría que se tiene para explicar algo (1). Al ser un estudio correlacional tiene como objetivo evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular, midiendo el grado de relación entre esas dos o más variables, es decir, mide cada variable presuntamente relacionada y después calculan y analizan su relación; la utilidad principal de este estudio es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas (37), en cuanto a esta investigación, se pretende describir la relación que existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en los adolescentes. Además, se puede agregar que esta investigación tiene un enfoque exploratorio ya que surge de la necesidad de examinar esta relación, debido a que en Chile y en todo el mundo, ha sido poco estudiado si el apoyo social percibido durante la etapa de la adolescencia juega un papel importante al momento de la ideación suicida, así de esta forma, se puede familiarizar con el aumento del suicidio en la población adolescente en Chile. Que sea de tipo transversal se refiere a que plantea la relación entre diversas variables de estudio, en la cual los datos se recogen sobre uno o más grupos de sujetos, en un solo momento temporal (38). Esta investigación no tiene propósito de continuidad ya que sólo será realizada en el primer semestre del año 2017.

### **Población objeto**

La población en estudio son los adolescentes entre 13 a 18 años del primer semestre del año 2017 de un colegio de la Provincia de Concepción.

### **Muestra**

La muestra es de 185 adolescentes, aleatoria y estratificada a través del mecanismo Excel.

### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis es el adolescente de 13 a 18 años.

### **Criterios de inclusión:**

1. Adolescentes estudiantes del colegio escogido de la Provincia de Concepción
2. Adolescentes de entre 13 y 18 años
3. Adolescentes que acepten participar en el estudio

### **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que presenten algún tipo de patología mental ya diagnosticada y que estén en tratamiento.
- Adolescentes fuera del rango etario.
- Adolescentes que cuyos padres no hayan consentido.
- Adolescentes que no hayan asentido.

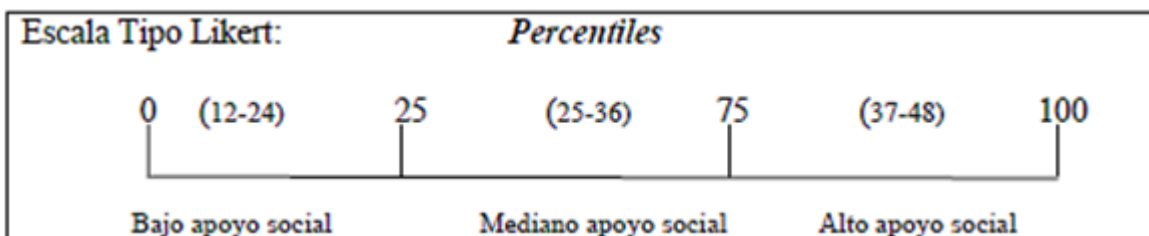
## Instrumentos

- **Escala de Apoyo social percibido, Zimet. Modificación tipo Likert.**

Este instrumento proviene de Estados Unidos, diseñada en 1988 por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, se tradujo y adaptó para posteriormente ser validado en un grupo de adultos mayores crónicos del país el año 2002 por Arechavala y Miranda, obteniéndose una validez de contenido y confiabilidad aceptable el cual se midió con el coeficiente de Cronbach, resultando 86 para toda la escala. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios con grupos de pacientes crónicos y adultos mayores.

La escala se conforma por dos subescalas: Familia- Otras personas significativas con 8 afirmaciones cuyo puntaje máximo es de 32 puntos y la subescala amigos, formada por 4 ítems, cuyo puntaje máximo es de 16 puntos. Así a mayor puntaje, mayor apoyo social percibido. La modalidad de respuesta utilizada en esta escala es de tipo Likert ya que son frases afirmativas que permitan al encuestado responder desde 1 que indica casi nunca hasta 4 que indica casi siempre o siempre. Se encierra en un círculo la alternativa donde mayormente se identifique el entrevistado y luego se procede a sumar los puntajes que haya obtenido en cada subescala. Según la Sra. Cecilia Arechavala, Enfermera especialista en Gerontología de la Universidad Católica y que fue una de las personas que adaptó y validó este instrumento en el país, refiere que puede utilizarse un criterio estadístico para clasificar el apoyo social donde se suma el puntaje total de cada encuesta y se ubica dentro de percentiles:

Escala Tipo Likert para la clasificación puntaje:



- Bajo el percentil 25: Percibe bajo apoyo social

- Entre el percentil 25 y 75: Percibe mediano o regular apoyo social.
- Sobre el percentil 75: Percibe alto apoyo social.

Se debe tener la precaución de hacer el cálculo de los puntajes cada vez que se utilice una nueva muestra, ya que la clasificación solo sirve para la muestra en la que se sacaron puntajes (39).

- **Escala de ideación suicida de Beck**

La escala de ideación suicida de Beck es un instrumento tipo entrevista semiestructurada que tiene por objetivo cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. Se presenta dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con dos ítems (20 y 21) en la que se indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida. Esta escala tiene un criterio de fiabilidad de consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una fiabilidad inter examinador de 0.83. Tiempo de administración es de 5 a 10 minutos y existen dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado. El nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 o 5 es 1 o 2 (2=máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems. Sólo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido 1 o 2. Corrección e interpretación: Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los

valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo). El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. En un estudio en España la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13,5 (6.9) y 11,6 (6.8) respectivamente. (40)

### **Procedimiento para recolectar los datos:**

- Envío de documentos de solicitud al Comité de Ética, incluidos los instrumentos validados a utilizar, consentimiento informado y asentimiento.
- En una primera instancia se solicitó una entrevista con el director del establecimiento educacional, para solicitar autorización y explicar el propósito del estudio y su metodología.
- Ya aceptada la entrevista, ésta se realizó con el resumen del proyecto, anexos y consentimiento y asentimiento informado a utilizar.
- Se realizó coordinación con encargado u “orientador” del establecimiento educacional, con el cual se trabajó durante el tiempo que duró la investigación.
- Se solicitó listado de alumnos completo al orientador o encargado de apoyo a la investigación.
- Se realizó primer acercamiento y repartir consentimiento informado a todos los alumnos, además solicitar traer lo antes posible firmados por sus apoderados, ya sea por alumnos o por los mismos apoderados en una reunión de curso.
- Asistió a la reunión de apoderados donde se solicitarán la devolución de los consentimientos faltantes, además de darle la información pertinente al caso y contestar a sus dudas si se da la oportunidad.

- Obtenidos los consentimientos se realizaron los descartes pertinentes, excluyendo para participar de la investigación a aquellos adolescentes que no cumplen los requisitos ya mencionados anteriormente.
- Se escogieron, de forma aleatoria, los adolescentes que participaron en la investigación y que cumplían con los criterios de inclusión, mediante el programa Excel.
- Se realizó coordinación con el orientador o encargado del colegio para lograr aplicar las pautas e instrumentos correspondientes a la investigación.
- Se explicaron los propósitos de la investigación a los adolescentes participantes antes de aplicar los instrumentos, contestando sus dudas.
- Se aplicaron las pautas y los instrumentos correspondientes a los alumnos, curso por curso en un orden previamente determinado y según cronograma.
- Recolectados los instrumentos ya aplicados y respondidos se procedió al análisis de los datos.

### **Definición nominal y operacional de variables**

<b>Definición nominal</b>	<b>Definición Operacional</b>		
<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías</b>	<b>Indicadores</b>
Variable independiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Apoyo Social:</u></b>                Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de con-</li> </ul>	1) Apoyo social de familiares y otros significativos 2) Apoyo social de amigos	1) Bajo apoyo social: 12 a 24 pts. 2) Mediano apoyo social: 25 a 36 pts. 3) Alto apoyo social: 37 a 48 pts.	Instrumento: Escala de Apoyo Social percibido de Zimet Variable cualitativa Escala ordinal

<p>fianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital. (Lin)</p>			
<p>Variable Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Ideación suicida:</u></b></li> </ul> <p>Pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Actitud hacia la vida / muerte</li> <li>2) Pensamientos o deseos suicidas</li> <li>3) Proyecto de intento de suicidio</li> <li>4) Realización del intento proyectado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Escala de tres puntos (0 – 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• a = 0</li> <li>• b = 1</li> <li>• c = 2</li> </ul> </li> <li>2) Puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio.</li> <li>3) La puntuación total es la suma de todos los puntos.</li> </ol>	<p>Instrumento: Escala de ideación suicida de Beck</p> <p>Variable cualitativa</p> <p>Escala ordinal</p>

## **ASPECTOS ÉTICOS**

La Universidad Católica de la Santísima Concepción rige sus actos de investigación bajo el modelo de bioética personalista, en el cual la condición de persona es el fundamento ontológico-real que sustenta y da validez a los principios teóricos. Son 4 principios que operan como ayuda y guía de la acción y que deben ser tomados en consideración en cada decisión relativa a la relación con el paciente y en la investigación con seres humanos. En orden jerárquico son:

### **El principio de la defensa de la vida física:**

Destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona ya que la persona no puede existir si no es en un cuerpo, ya que esto le da un lugar en el tiempo y espacio.

En esta investigación se respeta dicho principio ya que el adolescente no será un instrumento, no se experimentará con la vida de las personas del estudio, se resguardará en todo momento su integridad física y emocional, por lo que no corre ningún riesgo.

### **Principio de libertad y responsabilidad:**

El concepto refiere que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo, de otros y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. Se debe procurar la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes.

Esta investigación cumplirá con este principio ya que el participante podrá obtener la información que desee respecto al tema que se pretende investigar, mediante el consentimiento informado entregado y asentimiento, además de po-

der consultar lo que considere pertinente saber para, mediante su propio razonamiento y libertad, lograr decidir si desea o no participar de la investigación. El participante podrá retirarse de esta investigación si lo desea.

### **Principio de totalidad o terapéutico:**

La persona humana, libre, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva éste principio, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo.

En este estudio se considera al ser humano como un todo, considerándolo como un ser físico, moral y espiritual.

### **Principio de sociabilidad y subsidiaridad:**

La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria.

Esta investigación se basa, en casi su totalidad, en este principio ya que se considera al adolescente como un ser social que necesita de esta sociedad para recibir apoyo, el cual será medido mediante la escala de apoyo social percibido que entregará información certera y específica sobre cómo se desenvuelve el adolescente y cómo percibe a esta sociedad en su vida.

## RESULTADOS

En esta investigación se realizó el proceso de simulación de datos para la obtención de los resultados que a continuación se presentarán, esto se efectuó mediante la utilización del programa Microsoft Excel y su opción de análisis de datos, posteriormente, generación de números aleatorios basándose en dos variables fundamentales para poder responder la hipótesis planteada, las que son: apoyo social percibido e ideación suicida.

En cada variable se utilizaron diferentes parámetros para poder dar respuesta y mayor credibilidad a los datos, por ejemplo, se utilizaron como parámetros las respuestas que se podían obtener de la aplicación de cada escala descrita para cada una, por ejemplo, para la variable de apoyo social percibido se utilizaron los parámetros: Bajo apoyo social, Mediano apoyo social y Alto apoyo social, en cambio, para la variable de ideación suicida se utilizaron dos parámetros: riesgo de suicidio o sin riesgo de suicidio. Luego de la obtención de 185 respuestas para cada variable y siguiendo el orden de los objetivos planteados para esta investigación se presentarán los datos obtenidos. Para la edad se utilizaron seis parámetros (13, 14, 15, 16, 17 y 18) correspondientes a las edades de los adolescentes, para sexo se utilizaron dos parámetros (femenino y masculino) y para las últimas dos

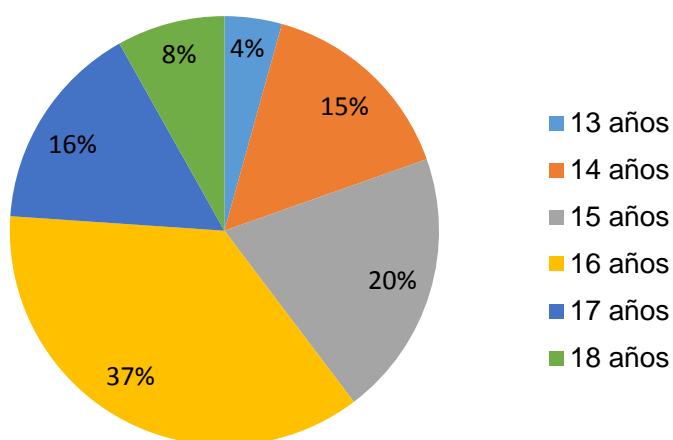
Para iniciar se darán a conocer los resultados obtenidos correspondientes a las características propias de los adolescentes, de este modo el **gráfico 1** muestra el porcentaje correspondiente a las edades de los adolescentes, estos van desde los 13 años a 18 años, según resultados, de un total de 185 adolescentes la edad más reiterada fue de 16 años con un 37% del total, seguido de 15 años con un 20%, 17 años un 16%, 14 años un 15%, 18 años con un 8% y 13 años con un 4%, además según los datos de la **tabla 1** se puede obtener el promedio de edad correspondiente a 15,6 años y la moda corresponde a 16 años.

En la **tabla 2** se muestran la cantidad de adolescentes que son hombres y las que son mujeres, datos expresados en porcentajes en el **gráfico 2** de donde se señala que 42,2% corresponde a hombres y el 57,8% a mujeres.

**Tabla 1:** Distribución de los adolescentes según edad.

Edad	N° Adol.
13 años	8
14 años	28
15 años	37
16 años	67
17 años	30
18 años	15
Total	185

**Gráfico 1:** Distribución de los adolescentes según edad

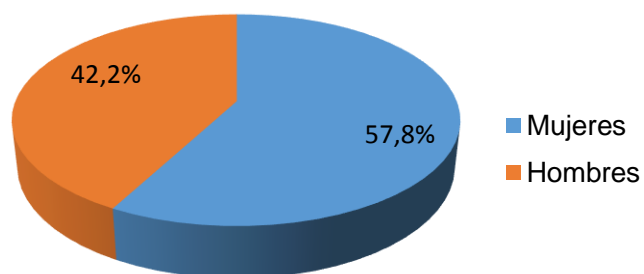


**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

**Tabla 2:** Distribución de adolescentes según sexo.

Sexo	N° Adol.
Mujeres	107
Hombres	78
Total	185

**Gráfico 2:** Distribución de los adolescentes según sexo



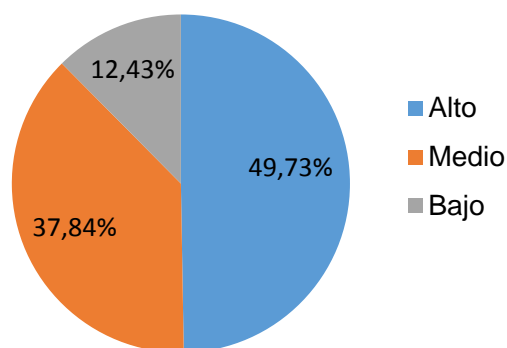
**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

El **gráfico 3** muestra el apoyo social percibido por los adolescentes en donde del total de encuestados (185), un 49,73% percibe un alto apoyo social, un 37,84% percibe un mediano apoyo social y un 12,43% percibe un bajo apoyo social. En la **tabla 3** se puede evidenciar que la moda resultante es “alto apoyo social percibido”, y de manera más precisa, que existe un mayor número de adolescentes que perciben un alto o mediano apoyo social.

**Tabla 3:** Distribución de adolescentes según apoyo social percibido.

Percepción de Apoyo Social	N° Adol.
Alto	92
Medio	70
Bajo	23
Total	185

**Gráfico 3:** Distribución de adolescentes según apoyo social percibido



**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

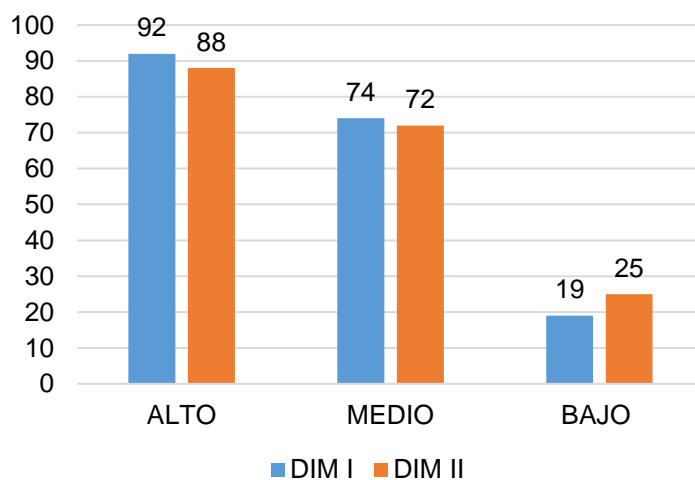
Así también se analizaron las respuestas simuladas para la Escala de Apoyo social percibido, Zimet la cual se divide en dos dimensiones para la percepción del apoyo, las que son: apoyo social de familiares y otros significativos (DIM I) y apoyo social de amigos (DIM II), en donde según los resultados se puede decir que el 49,73% de los adolescentes perciben un alto apoyo de parte de su familia u otros y de los amigos (**gráfico 4**). De los mismos resultados se puede obtener que en promedio (87.57%) los adolescentes perciben, tanto de familiares y significativos como de los amigos, un mediano apoyo social (**tabla 4**). Es importante a su vez mencionar que en el apoyo social alto y medio se encuentran puntajes semejantes entre la percepción de la familia y de los amigos, en cambio, en

los adolescentes que obtuvieron un bajo apoyo social se puede evidenciar una diferencia significativa entre las dos dimensiones, siendo, contrario a lo esperado, mayor la cantidad de adolescentes que perciben bajo apoyo social de amigos que de la familia y/o significativos.

**Tabla 4:** Distribución de la relación apoyo social y dimensión

Apoyo social \ Dimensión	I	II
	Alto	92
Medio	74	72
Bajo	19	25
Total	185	185

**Gráfico 4:** Distribución de la relación entre el apoyo social y dimensión



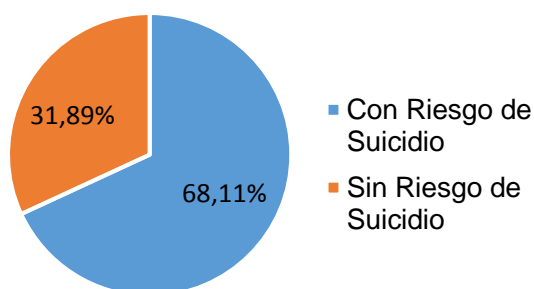
**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

El **gráfico 5** corresponde al porcentaje de adolescentes que presentan o no ideación suicida, en donde de los resultados obtenidos se destaca que el 68,11% de los adolescentes presentó ideación suicida, es decir, 126 adolescentes de los 185 presentan un riesgo de ideación suicida, siendo a su vez este parámetro el correspondiente a la moda dentro de esta variable (**tabla 5**), en cambio el 31,89% no presentó ideación suicida.

**Tabla 5:** Distribución de adolescentes según ideación suicida.

Ideación Suicida	N° Adol.
Con Riesgo de Suicidio	126
Sin Riesgo de Suicidio	59
Total	185

**Gráfico 5:** Distribución de adolescentes según ideación suicida



**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

El **gráfico 6** muestra la relación que existe entre apoyo social percibido por los adolescentes (185) y la ideación suicida. De este gráfico podemos referir que los adolescentes que presentaron un alto apoyo social percibido, un 57,6% presentaron riesgo de suicidio, en cuanto al mediano apoyo social percibido, un 72,9% presentó riesgo de suicidio. De los alumnos que percibieron un bajo apoyo social, el 95,7% presentó riesgo de suicidio. Esto refiere que si es menor la percepción del apoyo social del adolescente, mayor es el riesgo de ideación suicida por parte de los mismos. Es importante agregar que dentro de la escala se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio,

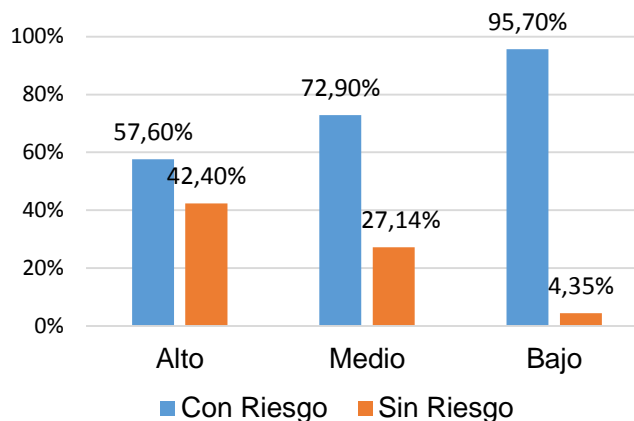
indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio, lo que a su vez afecta los resultados obtenidos.

**Tabla 6:** Distribución de relación entre apoyo social percibido e ideación suicida adolescente.

Apoyo Social \ Ideación Suicida	Con Riesgo	Sin Riesgo
	Alto	53
Medio	51	19
Bajo	22	1
total	126	59

**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

**Gráfico 6:** Distribución de relación entre apoyo social percibido e ideación suicida adolescente



Para el análisis de los datos obtenidos, éstos se tabularon en Excel, y a continuación se utilizó la herramienta estadística SPSS Statistics 23.

Primero que todo y antes de evaluar el nivel de correlación, fue necesario evaluar la normalidad de las variables en cuestión ya que esto permite discernir de mejor forma qué coeficiente de correlación es más óptimo aplicar. Dentro de la última herramienta utilizada para el análisis de datos, existen dos pruebas que permiten evaluar si la distribución de las variables es normal o anormal, estas son Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk donde según la literatura la primera prueba se utiliza cuando la variable tiene más de 50 datos mientras que la segunda se utiliza en aquellos casos donde la o las variables a estudiar cuentan con menos de 50 datos. En este caso, al contar con una muestra de 185, es necesario utilizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

La interpretación del valor de significancia asintótica depende del valor de p obtenido al momento de realizar la prueba, donde si este es mayor a 0,05 se

dice que los datos se distribuyen de forma normal (simétrica), en cambio, si el valor de p es inferior a 0,05 significa que los datos se distribuyen de forma anormal, es decir, tienen una distribución asimétrica al momento de graficar el histograma (**gráfico 7**). De esta forma, al analizar las variables, el p-valor obtenido fue de 0,000 (**tabla 7**).

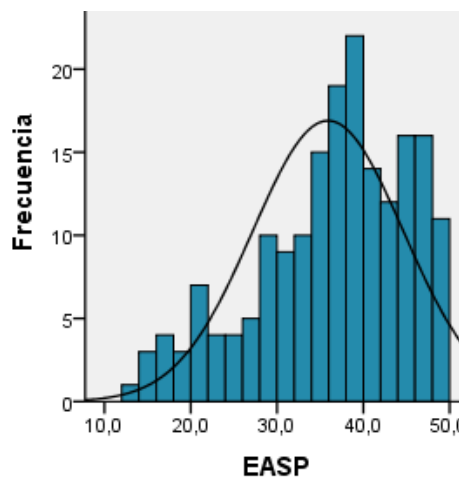
**Tabla 7:** Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig. asintótica
EIS	,327	185	<b>,000</b>
EASP	,107	185	<b>,000</b>

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Fuente:** Estudio con datos simulados sobre apoyo social percibido como factor protector en la ideación suicida adolescente. Concepción, 2017

**Gráfico 7:** Distribución de la normalidad de variable EASP



A partir del p-valor obtenido (0,000) se dice que la distribución de los datos de las variables analizadas, son anormales o asimétricos lo que quiere decir que no se puede utilizar un coeficiente paramétrico para evaluar el nivel de correlación existente entre las variables.

Por lo anteriormente descrito, dentro de la herramienta SPSS, existen dos coeficientes para evaluar el nivel de correlación (r de Pearson y rho de Spearman) por lo que fue necesario determinar cuál era el más óptimo. R de Pearson es una prueba paramétrica por lo que requiere de variables numéricas con distribución normal, es por esto que no se utilizó en este estudio sino que la evaluación de la correlación entre las variables (Apoyo Social Percibido e Ideación Suicida) se hizo por medio de rho de Spearman, ya que ésta es una prueba no paramétrica que

acepta variables de libre distribución e incluso ordinales, es decir, rho de Spearman acepta variables que no se encasillan dentro de parámetros por lo que puede evaluar variables que obtengan datos aislados.

La interpretación del valor del coeficiente de correlación oscila entre el -1 y 1 indicando así asociaciones positivas o negativas respectivamente, o 0 indicando no correlación, pero no independencia. En este caso, el valor obtenido de rho fue de -0,246 lo que indica que la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral) (**tabla 8**).

<b>Tabla 8:</b> Resultados correlación de Spearman				
			EASP	EIS
Rho de Spearman	EASP	Coeficiente de correlación	1,000	-,246**
		Sig. (bilateral)	.	,006
		N	126	126
	EIS	Coeficiente de correlación	-,246**	1,000
		Sig. (bilateral)	,006	.
		N	126	126
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				

De esta forma, a partir de los resultados obtenidos y según el procesamiento de datos simulados por medio de la herramienta estadística (SPSS Statistics 23), se **acepta** la hipótesis nula ( $H_0$ ) (los adolescentes que perciben un mayor apoyo social, tienen una menor ideación suicida que aquellos que perciben un menor apoyo social) con un 25% de significación aproximadamente, lo cual indica que existe una correlación entre las variables pero que es débil ya que en este caso el valor obtenido de rho (-0,246) oscila entre -0,20 y -0,39 (baja correlación).

Por lo tanto, es correcto decir que, a mayor apreciación de apoyo social, menor será la ideación suicida en los adolescentes, y de forma inversa cuando se trate de las otras variables, variables inversamente proporcionales.

## DISCUSIÓN

Como ya se había hecho referencia anteriormente en esta investigación el apoyo social se puede entender como una influencia que contribuye a amortiguar los efectos negativos de los sucesos vitales estresantes, en la salud física y mental. A su vez la ideación suicida se define como cualquier pensamiento de intentar una conducta relacionada con el suicidio y puede identificarse cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando medios necesarios para conseguirlos.

Es ante estas dos definiciones que diversas interrogantes surgieron y se desarrolló esta investigación para poder dar las respuestas necesarias a una pregunta en particular ¿Qué relación existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en los adolescentes entre 13 y 18 años de un colegio de la Provincia de Concepción?

Los resultados obtenidos en esta investigación que dieron respuesta a esta interrogante lograron reafirmar la hipótesis que planteaba que “los adolescentes que perciben un mayor apoyo social, tienen una menor ideación suicida que aquellos que perciben un menor apoyo social”. Asimismo, se evidenció que existe un riesgo de ideación suicida en adolescentes, en concordancia con los estudios relacionados que mencionan que existe un incremento del riesgo de suicidio en esta etapa.

Si bien se logró evidenciar que en un nivel alto de apoyo social percibido existía un bajo riesgo de ideación suicida, el nivel de correlación obtenido fue bajo entre ambas variables ( $\rho -0,246$ ), lo que demuestra la existencia de la relación entre las dos variables, sin embargo, esta se puede clasificar como débil. Aun así, el resultado permitió responder de manera afirmativa el planteamiento de ésta investigación, dando así a nuevas discusiones como por ejemplo ¿cómo afectaba

las escalas utilizadas al resultado obtenido?, ya que dentro de las escalas utilizadas la escala de ideación suicida de Beck, el rango de puntuación total es de 0-38, en donde se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, así, una mayor puntuación daría como resultado un riesgo de suicidio más elevado. Debido a esto, una gran cantidad de los resultados fue determinado como riesgo de suicidio, y al relacionarlos con la escala de apoyo social, a pesar de obtener como resultado alto o mediano apoyo social percibido, la relación fue significativamente baja para las dos variables.

Dentro de las limitaciones se puede destacar que la cantidad de variables que se analizaron para poder dar respuesta a la interrogante eran solo dos, lo que deja una baja evidencia de otras formas en que la ideación suicida o el apoyo social percibido pueden ser influenciados. Por otro lado, una de las más grandes limitaciones que se presentó al realizar ésta investigación fue que no se encontraron estudios previos donde se relacionan estas dos variables, solo se encontraron estudios de cada variable por separado y relacionadas con otras variables no contempladas en esta investigación, también con muestra adolescente, es así como por ejemplo, Raúl Ventura y Cesar Carvajal, mencionan que el 62% reconoció la ideación suicida y finalmente concluyeron que existe una alta tasa de ideación suicida e intentos de adolescentes en el área metropolitana de Santiago (29), investigación que se puede comparar con los resultados obtenidos, donde un 68,1% de los adolescentes presenta un riesgo suicida relacionado con la ideación suicida, además dentro de esta investigación se determinó que los adolescentes de dieciséis años tuvieron las tasas más altas de ideación e intentos suicidas, lo cual también se puede comparar con los resultados que se obtuvieron en donde los adolescentes de 16 años obtuvieron mayores resultados de ideación suicida. En otros estudios se concluía que la ideación suicida previa era un factor predisponente al suicidio (31), y que una buena relación con los padres, la autonomía psicológica de los padres, la expresión del afecto físico, el apoyo social y la vigilancia

paterna eran factores protectores contra la ideación suicida (32). Las tasas calculadas sobrepasan los datos de prevalencia internacional y se extrapolan a las tasas actuales de suicidio completado, por lo que se esperan niveles más altos de conducta suicida (34), y en México los resultados arrojaron que 47% reportó al menos un síntoma de ideación, esto relacionado con diversos factores (35).

Por otra parte, según la literatura, Chile es uno de los países con una de las mayores tasas de suicidio en el mundo, superado solo por Corea del Sur, siendo alarmante las cifras en jóvenes y las tasas más altas en varones (21). Si se refiere a ideación suicida, en los resultados de ésta investigación se reflejó un mayor porcentaje de mujeres, siendo no menor el de los hombres. Esto puede tener relación en que los hombres buscan el método que los llevará al resultado esperado (suicidio), sin limitaciones ni dar vuelta en él lo que planean hacer (ideación suicida). (21)

Así, se encontraron diversos resultados que evaluaban el apoyo social en los adolescentes, sin embargo, relacionado a otros factores que para la presente investigación son poco relevantes, aunque dentro de los que se pueden destacar se puede mencionar que en dos de las investigaciones revisadas, el apoyo social se relacionaba con la satisfacción vital, y en ambas los resultados mostraron que el apoyo social tenía relaciones positivas significativas y era un predictor de la satisfacción vital, permitiendo a su vez, de acuerdo a los resultados, constatar que el apoyo social también tiene relación con la ideación suicida, ya que este podría ser un efecto negativo de la ausencia de satisfacción vital.

De acuerdo a los datos presentados en esta investigación se hace de gran relevancia que profesionales dediquen mayor tiempo de investigación a esta área, con el fin de obtener resultados que puedan comparar y que permitan un mejor conocimiento y manejo de la ideación suicida, así como es necesario una profundización dentro de las investigaciones futuras que relacionen más variables y que comprendan muestras más extensas para la obtención de datos más certeros. Es importante mencionar que la poca cantidad de escalas validadas que se pueden

utilizar para realizar estas investigaciones dificultan hacer una investigación más profunda y los resultados que entregan no siempre son fiables debido a los puntajes de cohorte que manejan, es por esto que la creación de escalas que midan de forma más integral y no entregue clasificaciones tan tajantes de acuerdo a los resultados obtenidos sería de gran ayuda para futuras investigaciones.

## CONCLUSIÓN

La ideación suicida es todo pensamiento acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método, es el paso previo al suicidio consumado, el cual responde esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería un hecho social, y es de suma relevancia la relación que pueda existir entre éste y cualquier variable que evalúe cómo se siente dentro de la sociedad el individuo, como por ejemplo el apoyo social que percibe cada persona, el cual como concepto es un componente fundamental en los momentos de transición dentro del desarrollo de cada sujeto, tanto individual como familiar y socialmente.

Es importante mencionar que, dentro de las características biopsicosociales de los adolescentes, estos requieren de la atención de su entorno, de la compañía y apoyo de su familia y amigos ya que estos influyen en ellos. Los seres humanos son seres sociales, necesitan vivir en sociedad y en esta etapa de la adolescencia puede influir de forma positiva o negativa la forma en que se relacionan con otros.

El apoyo social se puede identificar con preguntas tan simples como, ¿con qué personas se relaciona a diario?, o si se sintiera triste, ¿con quién hablaría?, sin embargo, al ser una variable tan subjetiva, se hace difícil encontrar instrumentos óptimos para medirlas y precisar las respuestas

El hecho de percibir un mayor apoyo social por parte de los adolescentes disminuye la ideación suicida que estos tengan, y viceversa, lo cual queda demostrado dentro de la presente investigación con los resultados obtenidos, en donde de un total de 185 adolescentes la mayoría de ellos tienen una alta percepción de apoyo social, que al ser relacionado con la ideación suicida no presentaba mucha relación ya que a pesar de que gran cantidad de jóvenes perciben un alto apoyo social, más del 50% de la muestra presentaba riesgo suicida, el cual puede ser

atribuido a la escala utilizada para medir esta variable en donde se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, no obstante al ser relacionado de manera más específica, con un método más adecuado para éste tipo de variables la relación, a pesar de ser baja, se demostró que sí existe.

De esta forma se puede deducir de la presente investigación que, si existe una relación entre las variables investigadas, pudiendo, el apoyo social, comportarse como un factor protector en los adolescentes lo cual disminuye la ideación suicida y por ende el acto de suicidio, aunque se hace imprescindible la investigación con mayor profundidad del tema debido a la falta de investigaciones que relacionen otros componentes sociales con la ideación suicida.

Es importante destacar que, como se evidenció en los resultados, la diferencia significativa entre la percepción del apoyo social de parte de familiares y los amigos, la cual, a diferencia de lo expuesto en el marco teórico, demostró que los adolescentes perciben en mayor cantidad un alto y mediano apoyo de parte de familiares y una mayor cantidad de bajo apoyo social de parte de amigos.

Dentro de la enfermería se hace imprescindible manejar este tipo de información que permitirá utilizar los recursos disponibles de una mejor forma, como los modelos de enfermería y así realizar las intervenciones necesarias, acompañada de una atención de forma personalizada. En Chile la atención de los adolescentes se realiza basándose en el Control de Salud Integral de Adolescentes, “Control Joven Sano”, por lo que esta investigación permite comprender y abarcar de mejor manera la evaluación biopsicosocial del adolescente y realizar las derivaciones de forma oportuna a los profesionales adecuados. Sin embargo, no es común que los adolescentes asistan a control por decisión propia, por lo tanto, se hace necesario emplear políticas de prevención y promoción masivas y efectivas para así poder concientizar a la población sobre esta problemática social e intervenir de mejor manera, ante esto es necesario hoy en día que las enfermeras se empoderen de su rol frente al trabajo con este grupo etario.

## ANEXOS

- SOLICITUD DEL COMITÉ DE BIOÉTICA

### PROYECTO DE TESIS PREGRADO

#### **1. Investigador:**

Carolina Almonacid C. / [calmonacid@enfermeria.ucsc.cl](mailto:calmonacid@enfermeria.ucsc.cl) / +56972334595

#### **2. Título del proyecto:**

Apoyo social como factor protector en ideación suicida en adolescentes

#### **3. Resumen del proyecto**

Estudio con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional y de diseño transversal cuyo sujeto de estudio es el adolescente bajo una problemática que cada vez adquiere más importancia epidemiológica en la sociedad chilena contemporánea.

La tentativa de suicidio es una conducta y como tal responde a diferentes motivaciones y fines, hecho ampliamente aceptado, aunque a veces simplemente es una idea, que es a lo que llamaremos ideación suicida y que, según el Ministerio de Salud, se define como los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. Ante esto se hace relevante la investigación que tiene como propósito conocer la relación que existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida en adolescentes. Utilizando la metodología propia del estudio descriptivo transversal, se medirá la percepción del apoyo social y la ideación suicida mediante la Escala apoyo social percibido Zimet con modificación tipo Likert y la escala de ideación suicida de Beck.

#### **4. Objetivo del proyecto**

Determinar qué relación existe entre el apoyo social percibido y la ideación suicida, en adolescentes de 13 a 18 años de diferentes colegios de la Provincia de Concepción.

#### **5. Objeto de Estudio**

Adolescentes de 13 a 18 años de diferentes colegios de la Provincia de Concepción.

#### **6. Metodología**

Se solicita entrevista con Jefe Comunal del DAEM y se le entrega el resumen del proyecto visado por el Comité de ética de la UCSC.

Se solicitará tener catastro de los diferentes colegios de la comuna de Concepción, para entregar las solicitudes pertinentes a los directores de tres establecimientos de educación media de la Comuna.

Los alumnos de la carrera de Enfermería de la UCSC, Carolina Almonacid C., Camila Burdiles A., Sandra Orellana D. y Daniela Soto R., aplicarán una encuesta personal a una muestra de 200 adolescentes de entre 13-18 años de primero a cuarto medio de diferentes colegios de la provincia de Concepción a confirmar, la cual será completamente anónima y cuya información permanecerá confidencial, además de pautas como la Escala de Zimet sobre apoyo social percibido y la escala de ideación suicida de Beck. Muestra aleatoria estratificada con criterios de inclusión y exclusión.

#### **7. Resguardo de los principios éticos falta la ética personalista**

El objetivo principal de la investigación es relacionar el apoyo social percibido con la ideación suicida en adolescentes, basándose en esto es necesario regir el trabajo mediante un modelo ético que nos permita resguardar la integridad de los adolescentes participantes de la investigación, es por esto que buscamos mantener la defensa de la vida como principal fundamento ya que la persona no

puede existir si no es en un cuerpo y si éste se ve dañado o simplemente se tiene la idea de dañarlo se está incumpliendo, más aun teniendo en cuenta que las personas son libres de las elecciones de su vida pero siempre y cuando éstas vayan enfocadas a la realización y conservación de la vida, o de la mantención de su totalidad, a su vez esta libertad le conlleva a buscar el bien de otras personas, asumiendo así las responsabilidades que se tienen con la propia vida y la de los demás, se debe procurar la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida lo cual se puede ver afectado con una simple ideación suicida, es necesario considerar que la libertad de las personas se realiza a partir del conocimiento, ya sea del tema o del objetivo de las acciones que realicen, es por esto como investigadores se ha decidido utilizar el consentimiento informado y el asentimiento con el fin de entregar información y respetar las elecciones que de forma libre se realicen por parte de quienes participen en la investigación.

Además, es necesario considerar al adolescente como una parte de la sociedad, siendo el centro de esta misma, y debe ser beneficiado y beneficiario de toda esta organización social, así mismo dentro de la investigación buscamos encontrar si es que existe una relación con el apoyo social percibido, el cual es netamente parte del principio de sociabilidad. Dentro de este principio es importante recalcar que es necesario entregar toda la ayuda que los adolescentes necesitan y no puedan entregarse por sí mismos, lo cual está profundamente relacionado con la percepción del apoyo social.

Ésta investigación está libre de riesgos físicos y psicológicos para los participantes. La información de éste estudio puede conducir a un mejor enfoque para la prevención y pesquisa oportuna de depresión e ideación suicida en adolescentes. Los resultados de la investigación pueden ser publicados en revistas científicas o presentados en reuniones, pero su identidad no será divulgada, la información de salud será confidencial según la ley, la responsabilidad será de parte de

todo el equipo de investigación, cumpliendo los principios de ética de la universidad.

#### **8. Documentación que se adjunta:**

- Instrumentos:
  - Escala de Apoyo social percibido, Zimet. Modificación tipo Likert
  - Escala de ideación suicida de Beck
- Consentimiento Informado y asentimiento

El investigador principal solicita autorización para la realización del proyecto anteriormente citado, y se compromete al cumplimiento de la normativa aplicable al mismo, incluyendo la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal (confidencialidad).

**Fecha:** Noviembre 2016

**Nombre Académico Responsable:**

Ruth Elena Hidalgo Avendaño

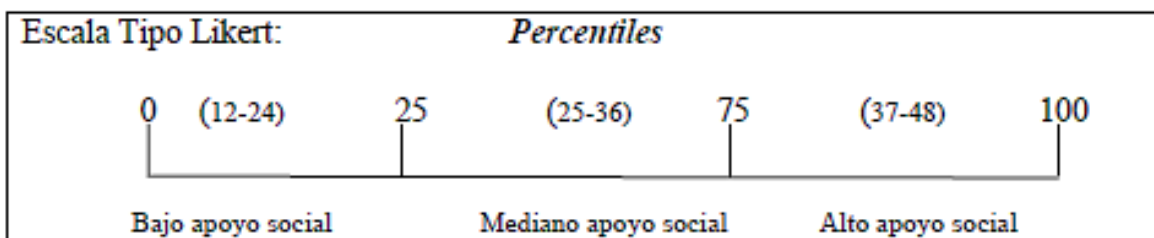
rhidalgo@ucsc.cl

- **INSTRUMENTOS**

✓ **Escala de Apoyo social percibido, Zimet. Modificación tipo Likert.**

<b>FAMILIA Y OTROS SIGNIFICATIVOS</b>	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
1. Tengo la seguridad de que mi familia realmente trata de ayudarme	1	2	3	4
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	1	2	3	4
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
6. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	1	2	3	4
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos	1	2	3	4
Total sub ítem				

<b>AMIGOS, VECINOS O COMPAÑEROS DE TRA- BAJO</b>				
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4
10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo pro- blemas	1	2	3	4
11. Cuando tengo ale- grías o penas puedo com- partirlas con mis amigos	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4
Total sub ítem				
TOTAL PUNTAJE				



- (1) Bajo apoyo social percibido
- (2) Mediano apoyo social percibido
- (3) Alto apoyo social percibido.


✓ **Escala de ideación suicida de Beck**

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la fase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

- I. Características de las actitudes hacia la vida
  1. Su deseo de vivir es:
    - a. Moderado a fuerte
    - b. Mediano a poco (débil)
    - c. No tengo deseo (inexistente)
  
  2. Su deseo de morir es:
    - a. No tengo deseo de morir
    - b. Pocos deseos de morir
    - c. Moderado a fuerte
  
  3. Sus razones para vivir/morir son:
    - a. Vivir supera a morir
    - b. Equilibrado (es igual)
    - c. Morir supera a vivir)
  
  4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
    - a. Ninguno (inexistente)
    - b. Poco (débil)
    - c. Moderado a fuerte
  
  5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
    - a. Tomaría precauciones para salvar su vida
    - b. Dejaría la vida/muerte a la suerte
    - c. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener la vida

\* Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “a” deje de contestar el cuestionario

II. Características de los pensamientos deseos

6. Su duración de pensamientos/deseos son:

- a. Breves, duran poco tiempo o pasajero
- b. Temporadas o periodos largos
- c. Duran un tiempo largo o continuo

7. Su frecuencia de pensamientos/deseos son:

- a. Rara vez, ocasionalmente (baja)
- b. Frecuentemente pienso/deseo
- c. Casi todo el tiempo pienso/deseo)

8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos son:

- a. Rechazo los pensamientos/deseos
- b. Ambivalente, indiferente
- c. Aceptación de los pensamientos/deseos

9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:

- a. Tiene capacidad de control
- b. Inseguridad de capacidad de control
- c. No tienen capacidad de control

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):

- a. No lo intentaría porque algo lo detiene
- b. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detiene
- c. No tienen o mínimo interés en las razones que detienen

11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:
- a. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
  - b. Combinación de a y c
  - c. Escapar, acabar, manera de resolver los problemas

III. Características del intento

12. El método: especificidad/oportunidad de pensar el intento
- a. Sin considerar método o plan
  - b. Considerado, pero sin elaborar los detalles
  - c. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados
13. El método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento
- a. Método no disponible, no oportunidad
  - b. Método requeriría tiempo/esfuerzo, oportunidad no disponible realmente
  - c. Método y oportunidad disponibles
  - d. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método
14. La sensación de capacidad para llevar a cabo el intento
- a. No tiene el valor, o la capacidad (debilidad o asustado)
  - b. No está seguro de tener valor o capacidad
  - c. Está seguro de tener el valor
15. La expectativa de anticipación de un intento real
- a. No
  - b. Sin seguridad, sin claridad
  - c. Si

IV. Actualización del intento

16. La preparación real de realizarlo

- a. Ninguna preparación
- b. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- c. Completa (preparativos terminados)

17. La nota suicida

- a. No ha escrito nota o carta
- b. Solo pensada, iniciada, sin terminar
- c. Nota o carta escrita (terminada)

18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos, regalos)

- a. No
- b. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales
- c. Planes realizados y arreglos finales

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida

- a. Revela la idea abiertamente
- b. Evita o revela las ideas con reserva
- c. Encubre, oculta o engaña y miente

20. Intento de suicidio anteriores

- a. No ha intentado
- b. Uno
- c. Más de uno

21. Intención de morir asociada al último intento

- a. Baja
- b. Moderada, ambivalente, insegura
- c. alta

La escala de ideación suicida de Beck se calificará de la siguiente manera:

A = 0

B = 1

C = 2

La puntuación total es la suma de todos los puntos.

El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a):

Junto con saludar, queremos invitar a su pupilo a participar en un proyecto de investigación, cuyos responsables son Carolina Almonacid, Camila Burdiles, Sandra Orellana y Daniela Soto, estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Esta investigación tiene por objetivo determinar si el apoyo social se relaciona con la ideación suicida en adolescentes de 13 a 18 años de un Colegio de la Provincia de Concepción. Su participación consistirá en responder unas encuestas que se aplicarán, con el fin de obtener los datos necesarios para medir el riesgo de ideación suicida.

### **Riesgos**

La participación en la investigación no lleva riesgos para su pupilo, debido a que sólo se aplicarán encuestas. De igual forma, se garantiza la posibilidad de detener su participación si se sintiera afectado(a) o decidiera sin mediar explicación alguna, retirarse.

### **Confidencialidad**

Por otra parte, toda la información que se genere a partir del trabajo compartido será tratada confidencialmente y actuará en calidad de custodio de los datos los investigadores responsables de la investigación Carolina Almonacid. Al respecto, su nombre no aparecerá en el trabajo final, ni en los informes parciales, ya que sólo se utilizarán los datos o nombres ficticios si fuera necesario.

## Derechos

Si ha leído y firmado este documento está señalando su voluntad y decisión de participar de esta investigación. Sin embargo, podrá poner fin a ésta cuando lo desee sin ningún tipo de perjuicio en su contra.

Si estima que no se ha respetado este acuerdo, podrá presentar una queja formal a la jefa de carrera de Enfermería, Sra. Verónica Drago (email: vdrago@ucsc.cl, fono: 412345000) y/o al Decano de la Facultad de Medicina, Sr. Marcelo Lagos S. (email: mlagoss@ucsc.cl, fono: 412345444) y/o a la Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Sra. Mónica Tapia Ladino, Vicerrectora Académica al fono: 412345012 o email: mta-pia@ucsc.cl.

Este documento se firma en dos originales, uno para el Investigador Responsable y el otro para el participante.

Agradeciendo de antemano su disponibilidad y futura colaboración en este proyecto, le saluda el equipo de investigación.

_____	_____	_____
Nombre del tutor	Firma	Fecha

- **ASENTIMIENTO**

**Alumno:**

Yo \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, alumno de \_\_\_\_ año,  
deseo participar de la investigación realizada sin presión de terceros y bajo propia res-  
ponsabilidad y apoyo de mi tutor.

---

Firma alumno

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Unicef. Participación adolescente. Chile, marzo 2015. Página Web. Disponible [online] en: <http://unicef.cl/web/participacion-adolescente/>
2. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: plan de acción 2012-2020. Santiago de Chile, septiembre 2012 2ª Edición, marzo 2013. Disponible [Online] en: [\\_http://web.min-sal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf](http://web.min-sal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf)
3. Departamento de estadísticas e información de salud. Mortalidad (1) por Lesiones Auto infligidas intencionalmente (CIE 10: X60-X84) según sexo y grupo etario, por región de residencia. Chile 2000 a 2014[Excel]. Chile; 2014 [citado: 26 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2016/09/Suicidios\\_regi%C3%B3n\\_grupos\\_edad\\_2000\\_2014-2.xlsx](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2016/09/Suicidios_regi%C3%B3n_grupos_edad_2000_2014-2.xlsx)
4. Braconnier A. Guía adolescente. Madrid, Síntesis, 2003. Página 24
5. Braconnier A. Guía adolescente. Madrid, Síntesis, 2003. Página 364.
6. De Quiroga A., Morales J. (coordinador), otros. Psicología social, Cap. 9: *Atracción, Aislamiento y apoyo social*. Primera edición, Buenos Aires, Argentina. Pearson Educación, 2002. Pág. 229.
7. Orcasita L., Uribe A. *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes*. Revista Psychologia: Avances de la Disciplina. Vol.4.Nº2:69-82 [sitio web]. Julio-Diciembre 2010. [Acceso 16 sept. 2016] Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga-Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
8. Braconnier A. Guía adolescente. Madrid, Síntesis, 2003. Página 253
9. Clemente M, González A, Sánchez Concheiro M. *Suicidio*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.

10. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental: división de prevención y control de enfermedades. Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su Implementación [Internet]. 1ra ed. Santiago, Chile; 2013 [citado: 26 Octubre 2016]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Preencion.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf)
11. Bustamante F, Florenzano R. *Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura*. Rev. chil. neuro-psiquiatría. [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Nov 08]; 51(2): Pág. 126-136. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>.
12. De Quiroga A, Morales J (coordinador), otros. Psicología social, Cap. 17: Psicología social, salud apoyo social: el concepto de apoyo social. Primera edición, Buenos Aires, Argentina. Pearson Education, 2002. Pág. 413.
13. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: PLAN DE ACCIÓN 2012-2020 [Online] 2da ed. Santiago: Barbara Hayes F., Pamela Burdiles F., Patricia Narváez E.; 2013 [citado: 14 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
14. Sánchez J, Villarreal M, Musitu G, Martínez B. *Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial*. Vol. 19, n. 3, 2010. Pág. 279-287. Disponible [online] en: [http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/s\\_cial/in2010v19n3a8.pdf](http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/s_cial/in2010v19n3a8.pdf).
15. Aguilar M. *Tratado de enfermería del niño y el adolescente: cuidados pediátricos*. Madrid. Elsevier Science; 2º Edición, 2012. Pág. 198-199.
16. Lozano Vicente. Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última década, 2014, Volumen 22 n°40, Pág. 11-36. [citado: 7 de noviembre 2016]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>

17. Doyi A. *Teorías sobre el desarrollo adolescente. La ciencia del desarrollo*. [Citado el 7 de noviembre de 2016] Disponible en: <https://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>
18. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral del adolescente y adulto joven. Chile. Ministerio de Salud, 2012
19. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral del adolescente y adulto joven. Chile. Ministerio de Salud, 2014.
20. Bustamante C., Jofré V. *Atención del o el adolescente basado en el modelo de sistemas de Betty Neuman*. 2014. Vol.1 (1) Pág. 78-91
21. Scheuch M. *Tasa de suicidio adolescente es la más alta de Latinoamérica*. Diario Uchile [Internet]. 2012 [citado 7 noviembre 2016]; disponible en: <http://radio.uchile.cl/2012/03/24/tasa-de-suicidio-adolescente-es-la-mas-alta-de-latinoamerica/>
22. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Situación Actual Del Suicidio Adolescente En Chile, Con Perspectiva De Género. Santiago, Chile: Pamela Burdiles Fraile.; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
23. Villalobos F. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior [Doctorado]. Universidad de Granada; 2010.
24. Sánchez J, Villareal M, Musitu G. Ideación Suicida [Internet]. Valencia, España; [citado 7 noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
25. Blandón O, Andrade J, Quintero H, García J, Layne B. *El suicidio: cuatro perspectivas*. 1° ed. Medellín, Antioquia, Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigo; 2015. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf>
26. Hoyos C. *Modelos, Teorías Predictivas y Explicativas del Comportamiento Suicida*. In: Hoyos Villelas C, ed. by. Análisis descriptivo del comportamiento

- suicida en adolescentes de 12 a 17 años atendidos en un centro especializado para adolescentes [Internet]. México; 2011 [citado 10 noviembre 2016]. disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/Capitulo3.pdf>
27. Larraondo P. *Familia y apoyo social: experiencia de intervención comunitaria*. [Máster]. Psicología social, Universidad Complutense de Madrid; 2015.
28. Subsecretaría de Salud mental y abordaje de las adicciones, Ministerio de salud. La organización local fortalece la identidad comunitaria [web]. Argentina: La Pampa. 2010. [citado el 28 de octubre de 2016] disponible en: [http://www.adicciones.lapampa.gov.ar/images/stories/Archivos/PDF/Bibliografia/Prevencion/MODELOS\\_TEORICOS\\_EN%20PSICOLOGIA\\_COMUNITARIA.pdf](http://www.adicciones.lapampa.gov.ar/images/stories/Archivos/PDF/Bibliografia/Prevencion/MODELOS_TEORICOS_EN%20PSICOLOGIA_COMUNITARIA.pdf)
29. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib M. *Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile*. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 noviembre 05]; 138(3): 309-315. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>
30. Rodríguez-Fernández A, Ramos-Díaz E, Ros I, Fernández-Zabala A, Revuelta L. Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. Suma Psicológica [Internet]. 2016 [citado: 20 octubre 2016]; 23(1):60-69. disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-articulo-bienestar-subjetivo-adolescencia-el-papel-S0121438116000047>
31. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. *Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción*. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Noviembre 09]; 143(3): 320-328. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

- 98872015000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>.
32. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S, Aspillaga C, Musalem C. *Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos*. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Noviembre 10]; 139(12): 1529-1533. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011001200001&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>.
33. San Martín, J. y Barra, E. *Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes*. Terapia psicológica, [Internet] 31(3), pp.287-291. [Citado el 8 noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082013000300003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300003)
34. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. *Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional*. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Noviembre 09]; 141(10): 1275-1282. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013001000006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>.
35. Pérez- Amezcua B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana*. Salud pública México [revista en la Internet]. 2010 agosto [citado 2016 noviembre 05]; 52(4): 324-333. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es).
36. Chavarría, M. y Barra, E.. *Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido*. Terapia psicológica, [Internet] 32(1), pp.41-46. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082014000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en) [Citado el 20 de octubre de 2016].

37. Gómez M. Introducción a la metodología de la investigación científica. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas; 2006.
38. Ortiz Uribe, F. *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Primera edición; 2006. México: Limusa/Noriega, p.48.
39. Rubilar Muñoz K. Análisis descriptivo del Perfil Biopsicosocial de personas con patologías respiratorias crónicas beneficiarios del Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Consultorio Comuna Los Lagos, durante el período Septiembre a diciembre año 2007. [Licenciatura]. Universidad Austral de Chile; 2008. Disponible [en línea] en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmr896a/doc/fmr896a.pdf>
40. Universidad complutense de Madrid. Proyecto de evaluación psicológica clínica. Madrid, España; 2006. Disponible [en línea] en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI_F.pdf)