

Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea

*Eliana Di Rico**

Natalia Paternain

Natalia Portillo

Aixa Lidia Galarza

Resumen

Los comportamientos suicidas en la adolescencia se han convertido en un grave problema de salud pública. En este sentido es menester preguntarse por aquellos factores que puede ayudar a la comprensión y prevención de estos comportamientos, y que deben ser considerados para estimar el grado de riesgo de suicidio y de planificar intervenciones. La literatura disponible indica que existen diferentes factores –cognitivos, emocionales e interpersonales- que pueden actuar como factores protectores ante la suicidalidad, o bien, factores de riesgo que aumentan la probabilidad del adolescente de involucrarse en este tipo de comportamientos autodestructivos. El presente estudio transversal se propuso estudiar la relación entre riesgo suicida y tres factores interpersonales–soledad, aislamiento social y apoyo social percibido– en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea (Prov. de Buenos Aires, Argentina). Se aplicaron tres medidas de autoinforme a 99 adolescentes escolarizados necochenses (64,6% mujeres; $M_{edad} = 16,43$; $DS = 0,98$). Los resultados muestran que la experiencia de soledad ($r = .68^{**}$) y el apoyo social de padres ($r = -.57^{**}$) y de compañeros de clase ($r = .60^{**}$) exhiben las asociaciones de mayor magnitud con riesgo de suicidio. Se discuten los resultados y su potencial impacto.

Palabras clave: Comportamientos suicidas – Apoyo social – Soledad – Aislamiento social – Adolescentes – Argentina

Analysis of the relation between interpersonal factors and suicide risk in adolescents of Necochea city

Abstract

Adolescents' suicidal behaviors have become a major public health concern. In this sense, it is necessary to reflect on those factors that may help to understand and prevent such behaviors and to be considered to estimate the suicide risk degree and to plan interventions. Available literature points out that there are different factors –cognitive, emotional and interpersonal- which may act as protective factors to suicidal condition, or risk factors that enhance the adolescent's probability of engaging with such behaviors. The present cross-sectional study was aimed to study the relationship between suicide risk and three interpersonal factors –loneliness, social isolation and perception of social support- in high school adolescents from the Necochea city- Buenos Aires province, Argentina. Three self-report measures were administered to 99 *Necochenses* high school adolescents (64,6% women; $M_{age} = 16,43$; $DS = 0,98$).

Results show that the experience of loneliness ($r = .68^{**}$) and the parents' perceived social support ($r = -.57^{**}$) and classmates ($r = .60^{**}$) show greater degree associations with suicide risk. Results and their potential impact are discussed.

Keywords: Suicidal behavior – Loneliness – Social isolation – Perceived Social Support – Adolescents – Argentina

Introducción

La adolescencia es un fenómeno biopsicosocial que ocurre entre la pubertad y la adultez; es decir, es la etapa vital en la que se produce la transición de la niñez y la dependencia hacia la consolidación de la personalidad madura y autónoma (Steinberg, 2014). Desde un enfoque salutogénico, es una etapa signada por intensos cambios biopsicosociales (Contini de González, 2006; Steinberg, 2014; Vega, 2015), en contraposición a los modelos clásicos patológicos que la conciben como etapa de crisis, de “tormenta y estrés” (ver revisión Arnett, 2012). Algunos de los cambios más importantes se producen a nivel neurocognitivo; el pensamiento

alcanza el nivel lógico-formal, se desarrollan la capacidad de razonamiento abstracto y de proyección a futuro. Adquiere la habilidad para pensarse a sí mismo, lo que facilita que vaya logrando mayor autoconocimiento y autodominio. A nivel afectivo y psicosocial, se complejiza lo vincular, surgen nuevas formas de relación (grupo de amigos, relaciones amorosas y sexuales), y se modifican los patrones vinculares de la infancia, sobre todo respecto a las relaciones con la familia y la escuela. Asimismo, tomando los conceptos del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), también debe afrontar cambios y nuevas demandas a nivel del mesosistema (relaciones familia-escuela), del exosistema (entorno más amplio, instituciones sociales) y del

* Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina E-mail: elunow@hotmail.com

macrosistema (contexto sociocultural y económico). De esta manera, bajo el enfoque salutogénico, la adolescencia no es una etapa patológica en sí misma. Sostienen, en cambio, que la disfuncionalidad, es decir, problemas de comportamiento, cuadros del espectro ansioso-depresivo y distintos grados de desajuste psicológico, emergen cuando los recursos con que cuentan los jóvenes no resultan suficientes para responder a las exigencias y cambios que se les plantean, o cuando sus pensamientos y comportamientos no logran ser congruentes con lo que creen que su entorno familiar y social esperan de ellos (Fernández-Álvarez, 1993; Vega, 2015).

Actualmente el suicidio y los comportamientos suicidas¹ en la adolescencia están considerados a nivel mundial y en Argentina entre los principales problemas de salud pública. Se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en personas de 15 a 44 años, y se estima que para el año 2020 alcanzará las 1,5 millones de muertes anuales (OMS, 2015). Según estos datos, si bien en menores de 15 años es relativamente poco frecuente, en varios países se está atendiendo un incremento considerable de la tasa de mortalidad por suicidio en jóvenes de 15 a 19 años de edad. Específicamente en nuestro país se ha convertido en la segunda causa de muerte para esta franja etaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2014), por lo que en marzo del año 2015 se sancionó la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015), la cual lo declara de interés en todo el territorio nacional y garantiza la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio, y la asistencia a las familias de víctimas de suicidio.

El suicidio es un fenómeno humano transcultural y universal. Ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Sin embargo, las actitudes y valores de cada cultura respecto al suicidio han sido y son enormemente variables: en algunas ha sido castigado y perseguido, mientras que en otras ha sido tolerado, incluso considerado un acto honorable (Heyd & Bloch, 2001). Debido a ello, el acto de quitarse la vida ha sido tema de debate y polémica desde hace siglos, y ha sido abordado desde diferentes perspectivas como la filosofía, la religión, la ética, la sociología, la economía y la psicología. Es a finales del siglo XIX con la obra de Durkheim (1897/1989) que se demarcó un antes y un después en el modo de tratar este fenómeno. El autor propuso una explicación social de la tasa de suicidios al relacionar las conductas suicidas con el ambiente sociohistórico, estableciendo que la naturaleza del suicidio es eminentemente social. Si bien fue Montesquieu quien realizó por primera vez un auténtico estudio sociológico del suicidio al dar cuenta de la insuficiencia de la argumentación moralista y religiosa, y proponer la muerte voluntaria como objeto científico, como plantea Gonthier (1998), es recién con la tesis de Durkheim que el suicidio pasa a ser considerado verdaderamente como hecho social y como hecho

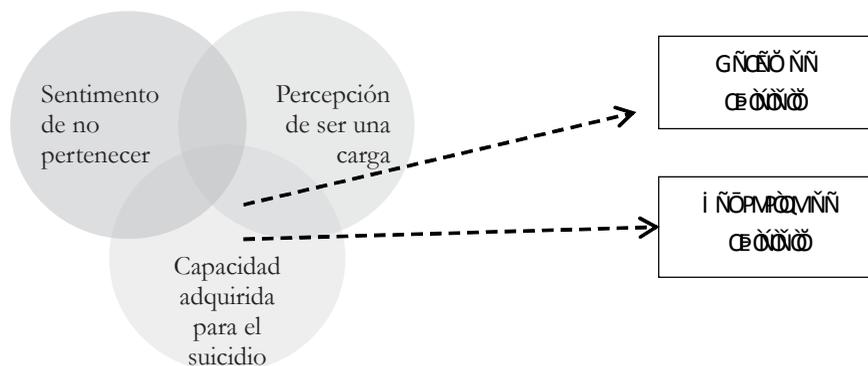
sociológico. Es por ello que autores como Heyd & Bloch (2001) sostienen que fue la obra durkheimiana la que sentó las bases del comienzo del estudio científico amoralista del suicidio. El concepto central en la tesis durkheimiana es el de “integración” y plantea que el suicidio es una expresión del grado de integración de distintos medios sociales y supone una ruptura entre los lazos del individuo y la sociedad (Minetti, 2011).

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

Sin embargo, hace unos años Joiner y su equipo propusieron la teoría psicológica interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), en la cual conjugan factores intrapersonales e interpersonales, reubicando la centralidad del concepto de integración social. Esta teoría propone que el deseo de la propia muerte está compuesto por dos estados cognitivo-afectivos, la percepción de ser una carga para los demás [*burdensomeness*], cuyas facetas incluyen el odio a uno mismo y la sensación de ser una molestia para los demás [*liability*], y el sentimiento de no pertenecer [*thwartedbelongingness*] que a su vez implica los sentimientos de soledad y aislamiento social. Estos sentimientos llevarían a creer que la muerte de uno sería algo positivo para los demás. El modelo explica que, por sí mismos, ninguno de estos dos estados son suficiente para despertar el deseo de la propia muerte [*desirefor suicide*] pero juntos dan lugar a este estado psíquico particular que facilita la activación de ideaciones suicidas, y que sumado a la capacidad adquirida para el suicidio [*acquiredcapability for suicide*] puede ser letal (figura 1). Este último concepto resulta particularmente interesante y prometedor, ya que permitiría discriminar entre aquellos adolescentes que presentan un historial de ideaciones suicidas pero jamás han realizado un intento, respecto de quienes si lo hacen (Barzilay et al., 2015; Stewart, Eaddy, Horton, Hughes & Kennard, 2015), a la vez que ofrece una posible explicación sobre el nexo entre autolesiones no suicidas –llamadas NSSI por sus siglas en inglés- y los comportamientos suicidas. Los autores proponen que la capacidad adquirida para el suicidio comprende dos dimensiones: disminución del miedo al suicidio y aumento de la tolerancia al dolor físico (para una explicación detallada de la teoría ver Van Orden et al., 2010).

Figura 1. Representación gráfica de la tesis propuesta por la Teoría Interpersonal del Suicidio.

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



En esta línea, cada vez son más los estudios que ofrecen evidencia sobre el impacto de los factores interpersonales bien como factores de protección, bien como factores de riesgo (e.g., Casullo, 1998; Hur, Kim & Kim, 2011; Kidd et al., 2006; King & Merchant, 2008; Kleinman, Riskind & Schaefer, 2014; Maimon, Browning & Brooks Gun, 2010; Martínez, 2007; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011; Van Orden et al., 2010). La Organización Mundial de la Salud (2001) establece como factores protectores para el comportamiento suicida *patrones familiares* (buena relación con los miembros de la familia; apoyo familiar), *estilo cognitivo y personalidad* (buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo, en su propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades); *búsqueda de consejo* cuando hay que elegir opciones importantes; *receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas*; *receptividad hacia conocimientos nuevos*. Uno de los aspectos que más atención ha recibido por parte de la psicología es el rol que juega la familia. Los hallazgos de investigación son consistentes respecto al impacto de las relaciones familiares disfuncionales en los comportamientos suicidas (e.g., Maimon et al., 2010; Reyes & Torres Miranda, 2001; King & Merchant, 2008; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011; Sharaf, Thompson & Walsh, 2009; Van Orden et al., 2010). Se ha encontrado que la disfunción familiar tiene una influencia considerable en los comportamientos suicidas tanto en muestras clínicas como de población general (Kidd et al., 2006). De acuerdo con Ulloa (1994), cuando el adolescente no encuentra apoyo en su familia, sino que siente hostilidad y rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos, puede ocurrir que esta experiencia negativa se transforme en violencia hacia sí mismo y lo lleve a la ruptura de los vínculos familiares. Un estudio reciente (Conner et al., 2016) ofrece evidencia que señala que las relaciones cercanas y positivas con los padres [*improved connectedness to fathers*] tienen un efecto protector directo sobre la disminución del riesgo de ideaciones y tentativa suicida en niños y adolescentes.

Sin embargo, en la etapa adolescente, no solo es fundamental el rol de la familia, sino que el entorno

social más amplio se vuelve particularmente relevante (Kidd et al., 2006). La formación y consolidación de la identidad involucra la percepción sobre sí mismo, del esquema corporal y las características físicas, pero también la percepción que los demás tienen sobre uno. Así, en la construcción de su identidad, el adolescente comienza a independizarse y dedicar menos tiempo a las figuras parentales en pos de su grupo de pertenencia (Kidd et al., 2006; Rotenberg & Hymel, 1999) y las relaciones románticas y de amistad con pares se vuelven prioritarias (Carreras, Brizzio, González, Mele & Casullo, 2008; Musitu & Cava, 2003; Richaud de Minzi, 2004). De ahí que para la Teoría Interpersonal del Suicidio, la percepción de ser una carga no solo para la familia, sino también para otros significativos es una piedra angular en la etiología de los comportamientos suicidas, incluyendo, además, bajo este constructo pensamientos y sentimientos de odio a sí mismo (Van Orden et al., 2010).

En este sentido, dos de los factores que han sido fuertemente asociados al riesgo de suicidio son la soledad y el aislamiento social (e.g., Casullo, 1998; Daniel & Goldston, 2012; King & Merchant, 2008; Van Orden et al., 2010). Un estudio basado en 5423 adolescentes demostró que los sentimientos de soledad y aislamiento social son predictores robustos de los comportamientos suicidas (ver Van Orden et al., 2010). Por *soledad* se entiende el sentimiento subjetivo de insatisfacción emocional y social, asociado a la necesidad –real o percibida– de relaciones interpersonales de afecto y apoyo (Carvajal-Carrascal & Castillo 2009). El *aislamiento social* –asociado al sentimiento de soledad– refiere a la percepción de falta de integración, el retraimiento y la alienación social. Ambos factores, junto con la falta de apoyo social, son considerados facetas del sentimiento de no pertenencia [*thwarted belongingness*] (Van Orden et al., 2010). Es importante diferenciar que cierta vivencia de soledad es esperable durante la adolescencia, ya que en el camino hacia la autonomía y la individuación puede aparecer más necesidad de afiliación y protección, a la vez que mayor vulnerabilidad a la soledad emocional y social (Rotenberg & Hymel, 1999). La revisión de literatura de Heinrich y Gullone (2006) muestra que el

paso a la adolescencia implica para los jóvenes el desarrollo de expectativas hacia sus relaciones sociales, esperando lealtad, apoyo e intimidad, junto a un cambio en el sistema de creencias sobre los amigos con los que compartirían hasta ese momento. Entonces, en aquellos casos en los que los adolescentes no han desarrollado suficientemente las habilidades socioemocional es necesarias para la interacción social y para enfrentarse con un ambiente social cambiante, o si construyen expectativas poco realistas respecto a sus relaciones sociales, es esperable que experimenten sentimientos de soledad. Esta presencia persistente y dolorosa de este sentimiento lo que la convierte en un factor de significación clínica, no solo para la adolescencia sino también para la adultez (Heinrich & Gullone, 2006).

Por último, el factor quizás más ampliamente estudiado en relación a la suicidalidad es el *apoyo social percibido*, definido por Musitu y Cava (2003) como el conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía—real o percibida—de parte de la red social más cercana—padres, familiares, pares, etc. Existe evidencia contundente respecto al impacto de esta variable en el desarrollo psicossocial del adolescente (e.g., Castro Solano, Contini & Fernández Liporace, 2006; King & Merchant, 2008; Kleinman et al., 2014; Kleinman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012; Musitu & Cava, 2003). Particularmente, de acuerdo con Noltén (1994), se consideran de gran relevancia las conductas de apoyo de cuatro fuentes—los *padres*, los *docentes*, los *compañeros de clase* y el *mejor amigo o amiga*—dado que están vinculadas al ajuste psicossocial y operan en las diferentes áreas de la vida cotidiana de los adolescentes. Los estudios llevados a cabo por Kleinman et al. (2012, 2014) muestran evidencia respecto al efecto moderador del apoyo social percibido en el desarrollo de comportamientos suicidas, indicando, por ejemplo, que aun en casos de adolescentes con un componente impulsivo elevado, la percepción de poseer apoyo social actúa como un claro factor de protección. Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, pedir ayuda, tener su opinión o, simplemente, tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (e.g. Martínez, 2007; Musitu & Cava, 2001). También se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con competencias sociales más adecuadas (Musitu & Cava, 2001; Sharaf et al., 2009).

En síntesis, la evidencia disponible pone de manifiesto la importancia considerable que estos factores interpersonales pueden tener como factores protectores ante la suicidalidad, o bien, factores de riesgo que aumentan la probabilidad del adolescente de involucrarse en este tipo de comportamientos autodestructivos; y por ende, el potencial que revisten a nivel de la planificación de intervenciones comunitarias de prevención. En esta línea, este estudio empírico se centró en estudiar la relación entre riesgo suicida y tres

factores interpersonales—soledad, aislamiento social y apoyo social percibido— en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea (Prov. de Buenos Aires, Argentina)². La mencionada ciudad se caracteriza por tener una prevalencia elevada de tentativas y de suicidio adolescente, y no se cuenta con estudios que aborden la relación que estos factores interpersonales pudieran tener en la ocurrencia de este fenómeno. Se establecieron tres objetivos específicos: *a)* Identificar el grado de riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes escolarizados; *b)* Analizar el efecto diferencial del género; y *c)* Estudiar las relaciones entre riesgo suicida y las variables interpersonales soledad, aislamiento social y apoyo social percibido. Como hipótesis de trabajo se planteó que aquellos adolescentes que informen más sentimientos de soledad, menor apoyo social percibido por parte de sus padres y amigos, y aislamiento social presentarán mayores puntuaciones de riesgo suicida.

Método

Diseño y tipo de estudio: Se trata de estudio empírico de corte transversal, descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental.

Participantes: Se trabajó sobre una muestra no probabilística intencional de 99 adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea (64,6% mujeres), con edades comprendidas entre 14 y 19 años ($M = 16,43$; $DS = 0,983$). El 46,5% ($n = 29$ mujeres; $n = 17$ varones) de los adolescentes asistían a instituciones públicas y el 53,5% ($n = 35$ mujeres; $n = 18$ varones) a instituciones privadas y se encontraban cursando el nivel Secundario Superior al momento de la evaluación.

Protocolo de evaluación: Se utilizó un registro de datos básicos para relevar información socio-demográfica y aspectos clínicos (P.e. tratamiento psicológico, problemas importantes, autolesiones y experiencias positivas). Complementariamente, se administraron 3 medidas de autoinforme en correspondencia con los objetivos planteados:

- *Inventario de Orientaciones Suicidas - ISO - 30* (King & Kowalchuk, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Casullo, 2006). Estima el grado de riesgo de suicidio a través de la presencia de factores vinculados a ideación y comportamientos suicidas operacionalizados en 30 ítems y 5 dimensiones: *Baja autoestima* (sentimientos de menosprecio y bajo valor personal); *Desesperanza* (sentimientos de frustración e impotencia, sensación de incontrolabilidad y pesimismo); *Incapacidad para afrontar problemas emocionales* (dificultades para comprender, expresar y regular de forma apropiada los estados emocionales); *Soledad y aislamiento social* (sentimiento de no pertenencia, de ser una carga para los demás y sentirse poco comprendido por los otros), e *Ideaciones suicidas* (pensamientos referidos a terminar con la propia existencia y a la legitimación del suicidio como forma de resolver problemas), cuyos reactivos

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

• *Cuestionario de Aislamiento y soledad – CAS* (Casullo, 1998). Indaga la presencia de factores de soledad (sentimientos de inadecuación y falta de contacto con otras personas) y aislamiento (acción de apartarse o abstraerse del trato con los demás.) a través de 25 ítems (12 evalúan soledad y 13 tendencias al aislamiento). Presenta 4 opciones de respuestas de frecuencia. Los niveles de confiabilidad en términos de consistencia interna son altamente aceptables para la muestra estudiada (Soledad $\alpha = .81$ y Aislamiento $\alpha = .83$).

• *Escala de Apoyo social percibido para Adolescentes* (Nolten, 1994; adaptación argentina Fernández Liporace & Ongarato, 2005). Se trata de una escala multidimensional de 60 ítems que mide el apoyo social percibido por el joven considerando cuatro fuentes: padres, profesores, compañeros de clase y mejor amigo/a. El adolescente debe responder para cada fuente a 15 ítems que contemplan los tipos emocional, instrumental, informacional y evaluativo del apoyo social. Se utiliza una escala Likert de 4 posiciones en términos de frecuencia. El coeficiente Alpha de Cronbach evidenció una elevada consistencia interna de las cuatro subescalas para la muestra bajo estudio (APSPadres $\alpha = .91$; APSProfesores $\alpha = .89$; APSAmigos $\alpha = .91$; APSCompañeros $\alpha = .91$).

Procedimiento: En primer lugar, se realizaron las gestiones administrativas con los directivos de los establecimientos educativos. Luego, se realizó una capacitación y entrenamiento a las tesisistas para la administración de los protocolos, de manera de garantizar la uniformidad en las condiciones de administración, generar un espacio de seguridad y contención para los adolescentes participantes, anticipar y ejercitar posibles respuestas a situaciones difíciles que

se pudieran presentar. El protocolo de evaluación se administró de manera colectiva por cursos académicos en un único encuentro de aproximadamente una hora, a alumnos de dos instituciones educativas laicas de nivel Secundario Superior de gestión pública y privada de la ciudad de Necochea. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima, con la entrega de un previo consentimiento informado, firmado tanto por los adolescentes como por sus padres o tutores en los casos que correspondiera. En el mismo se garantizó el cumplimiento de las pautas éticas que regulan los procedimientos de investigación científica estipulados por la Declaración de Helsinki, la Ley N°11.044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N°25.326. Una vez finalizada la administración del protocolo, se brindó a los alumnos un espacio para que expresen sus dudas e inquietudes y conocer su valoración de la experiencia. Se les dio información acerca del S.A.S (Servicio de atención al suicida) de la ciudad de Necochea como forma de prevención y ampliación de la información.

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

Resultados

Identificación de riesgo suicida

La escala de medición del Inventario ISO-30 permitió identificar un 12.1% de la muestra con puntuaciones de alto riesgo (≥ 45 o menos 3 ítems críticos ≥ 2), 25.3% riesgo moderado y 62.6% riesgo bajo (≤ 30). Respecto a autolesiones, el 30.3% de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño, de los cuales un 13% lo concretó. Tanto en lo referido a ideaciones suicidas como autolesiones, las mujeres representan la mayoría de los casos hallados (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del grado riesgo y autolesiones según género

		Mujeres		Varones		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Riesgo de suicidio	Alto	10	15.6	2	5.7	12	12.1
	Moderado	17	26.6	8	22.9	25	25.3
	Bajo	37	57.8	25	71.4	63	62.6
Total		64	100	35	100	99	100
Autolesiones	Contempló	21	32.8	9	25.7	30	30.3
	No contempló	43	67.2	26	74.3	69	69.7
Total		64	100	35	100	99	100

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

Se realizó el cálculo de las puntuaciones medidas en cada una de las dimensiones operacionalizadas por la medida de riesgo suicida (Tabla 2), se halló que los adolescentes en su conjunto han informado una puntuación promedio de casi el doble para la subescala

Incapacidad para afrontar los problemas emocionales respecto a las demás. Un análisis por género muestra que esta tendencia se mantiene, si bien las mujeres han informado una puntuación promedio mayor ($M = 9.51$; $DE = 3.02$), que los varones ($M = 7.87$; $DE = 2.74$).

Tabla 2. Frecuencia de las dimensiones ISO-30

BA	DES	INC	SYA	IS
5.68	4.96	9	5.15	2.02
2.99	3.01	3.03	3.29	2.20
0-24	0-24	0-24	0-24	0-24

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

Análisis de diferencias significativas según género

Se analizaron las varianzas para las distintas medidas en función del género utilizando el estadístico prueba *t* de Student (Tabla 3). Las mujeres presentaron

puntuaciones más elevadas en desesperanza, incapacidad para resolver problemas emocionales y riesgo suicida, a la vez que informaron mayor apoyo percibido por parte de sus docentes.

Tabla 3. Análisis de diferencia de medias en las variables bajo estudio según género

Variables		M (DE)	t
ISO30	DES	M = 5.57 (2.99) V = 3.87 (2.75)	2.72**
	INC	M = 9.51 (3.02) V = 7.87 (2.74)	2.59*
	RIESGO DE SUICIDIO	M = 28.76 (11.46) V = 23.03 (9.44)	2.46*
APS	PROFESORES	M = 40.96 (9.8) V = 36.85 (6.11)	2.19*

Nota. Solo se presentan resultados significativos. Se toma la puntuación total de ISO-30 como variable Riesgo de suicidio. M = Mujeres (n = 64); V = Varones (n = 35). ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; DES = Desesperanza; INC = Incapacidad para afrontar problemas emocionales; APS = Apoyo social percibido. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Análisis de la relaciones entre factores de riesgo suicida y variables interpersonales

Se analizó la matriz de correlaciones bivariadas *r*

de Pearson entre las dimensiones de las medidas de soledad-aislamiento social y apoyo social percibido, en relación con la escala de riesgo suicida (Tabla 4).

Tabla 4. Asociaciones entre dimensiones de riesgo suicida y factores interpersonales

		ISO-30					Riesgo de suicidio
		BA	DES	INC	SYA	IS	
CAS	Soledad	.53**	.56**	.39**	.62**	.44**	.68**
	Aislamiento	.36**	.33**	.31**	.46**	.34**	.48**
APS	Padres	-.42**	-.44**	-.36**	-.51**	-.42**	-.57**
	Profesores	-.24*	-.24*	n.s.	-.20*	-.28**	-.29**
	Compañeros	-.51**	-.41**	-.36**	-.53**	-.49**	-.60**
	Amigos	-.27**	-.33**	n.s.	-.33**	-.43**	-.38**

Nota. Se destacan en negrita las correlaciones superiores a $r = .40$. Se toma la puntuación total de la ISO-30 para analizar la variable Riesgo de suicidio. ISO-30 = Inventario de Orientaciones Suicidas; BA = Baja Autoestima; DES = Desesperanza; INC = Incapacidad para afrontar problemas emocionales; SYA = Soledad y Aislamiento; IS = Ideaciones suicidas; CAS = Cuestionario de Aislamiento y Soledad; APS = Apoyo social percibido. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; n.s. = No significativo.

Como se puede observar, todas las dimensiones evaluadas presentan asociaciones con la medida de riesgo suicida ISO-30. Las variables Soledad y APS con padres y compañeros muestran las asociaciones -positiva y negativas respectivamente- más elevadas con riesgo de suicidio, presencia de ideaciones suicidas y aislamiento social. Un análisis de los ítems pone en evidencia que los reactivos de mayor peso han sido los relativos a sentirse apoyado y acompañado activamente por los padres (p.e. *Me ayudan en todas las actividades que me interesan; Me ayudan encontrar soluciones o respuestas a mis problemas; Me hacen notar mis errores con buena onda*). Asimismo, es interesante notar que el apoyo percibido del grupo de amigos solo correlaciona moderadamente con ideaciones suicidas; mientras que el apoyo percibido de parte de los profesores ha presentado correlaciones entre bajas y nulas en todos los casos. Por otro lado, el apoyo percibido de los profesores ha presentado asociaciones entre bajas y nulas en todos los casos. Esto se entiende si se piensa que los adolescentes, sobre todo los más jóvenes, intentan diferenciarse de los adultos y buscan refugio en un grupo de pertenencia, conformado por pares con quienes se identifican.

Discusión

El objetivo de este estudio fue estudiar las relaciones entre riesgo suicida y los factores interpersonales soledad, aislamiento social y apoyo social percibido en adolescentes escolarizados de la ciudad de Necochea (Prov. de Buenos Aires, Argentina). En cuanto a la prevalencia del riesgo, un 12.1% de los jóvenes informaron puntuaciones de alto riesgo. Este dato mantiene la tendencia de investigaciones previas realizadas en el país (e.g., Casullo & Fernández Liporace, 2007; Galarza, Martínez Festerazzi, Castañeiras & Posada, 2014) que hallaron para la provincia de Catamarca un 11.3%, un 11% en Buenos Aires y

Tucumán, y un porcentaje algo menor en la ciudad de Mar del Plata de 6.1%. En lo que refiere a autolesiones, el 30.3% de los participantes informó haber pensado alguna vez en hacerse daño y un 13% lo concretó. Esta misma tendencia es similar a la hallada en otros países, en los que se estima que entre 12 y 31% de adolescentes de población general se involucran en autolesiones sin intencionalidad suicida (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012).

Considerando el género, los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos de investigación a nivel nacional (Casullo & Fernández Liporace, 2007; Galarza et al.; 2014) e internacional (e.g. Callanan & Davis, 2012; Ghanizadeh, 2008; Langhinrichsen-Rohling, Friend & Powell, 2009; Värnik, A., et al. 2009), siendo las mujeres quienes informan más riesgo suicida, asociado fundamentalmente a mayor experiencia de sentimientos de desesperanza e incapacidad para resolver problemas emocionales. De hecho, los organismos oficiales indican en una proporción 3 a 1 mayor riesgo e intento suicida en la población femenina, aunque dicha proporción se invierte en el caso de suicidio (Ministerio de Salud de la Nación, 2014; OMS, 2015). Dicho esto, existe consenso en considerar que ciertos factores asociados al riesgo suicida varían según el género. Si bien las mujeres presentan más ideaciones y comportamientos suicidas, tienden a buscar apoyo social para afrontar sus problemas emocionales, ya que tienen más capacidad para expresarse y pedir ayuda. Otra explicación a la llamada "masculinización del suicidio" (Casullo, 1998), radica en que las mujeres tienden a elegir métodos menos letales que los hombres (Callanan & Davis, 2012). También es necesario considerar los métodos de recolección de datos utilizados en los estudios, es su mayoría autoinformes. Dos interrogantes válidos surgen al respecto. En primer lugar, hasta qué punto este tipo de instrumentos psicológicos de medición pueden facilitar

más sinceridad por parte de las mujeres. Y, en segundo lugar, hasta qué punto pueden tener un funcionamiento diferencial los reactivos que las componen, dado que las escalas de medición psicológica utilizadas habitualmente, incluidas las utilizadas en este trabajo, no cuentan con estudios de sesgo. En este sentido, Langhinrichsen-Rohling, Friend & Powell (2009) ponen de relieve las implicaciones que esto conlleva en la clínica, dado que, si los psicoterapeutas utilizan instrumentos de autoinforme tradicionales, la probabilidad de fracasar en la identificación de varones con comportamientos suicidas es considerable.

La hipótesis propuesta -aquellos adolescentes que informaran más sentimientos de soledad, menor apoyo social percibido por parte de sus padres y amigos, presentarían mayores puntuaciones de riesgo suicida- se confirmó parcialmente. Como se pudo observar, el análisis de las correlaciones entre riesgo suicida y las dimensiones interpersonales medidas en este estudio reveló asociaciones significativas prácticamente en todos los casos, siendo las de mayor magnitud con soledad y apoyo social percibido. La variable soledad, es decir la vivencia de insatisfacción -real o percibida- en las relaciones interpersonales, presentó las correlaciones positivas de mayor magnitud con los factores de riesgo baja autoestima, desesperanza, soledad y aislamiento e ideaciones suicidas, y también con riesgo suicida. Estos datos son convergentes con los hallazgos de investigación, que sostienen que, junto con aislamiento social, la vivencia de soledad es uno de los predictores más robustos de comportamientos suicidas (Kidd et al., Van Orden et al., 2006). En cuanto al apoyo social percibido, se observan las asociaciones más elevadas con la presencia de ideaciones suicidas, el aislamiento social y el potencial de riesgo de suicidio. De todas las fuentes posibles de apoyo, la familia y el grupo de amigos son las más importantes entre los adolescentes. La literatura es consistente respecto a este punto, estableciendo que las relaciones satisfactorias con padres y amigos se asocian a un resultado más positivo en esta etapa del desarrollo (Corsano, Majorano & Champretavy, 2006; Maimon et al., 2010; Reyes & Torres Miranda, 2001; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011; Steinberg, 2008; Resett, 2016). Los resultados obtenidos en este estudio indican, coincidiendo con Conner et al. (2016) que el apoyo social de los padres actuaría como un factor protector directo. El tipo específico de apoyo que pareciera ejercer mayor efecto alude al acompañamiento parental activo en la vida del adolescente y ser fuente en la cual los jóvenes pueden buscar consejo y apoyo de sus elecciones. Respecto al apoyo por parte de amigos, es interesante notar que solo correlaciona moderadamente con ideaciones suicidas. Se podría pensar que esta fuente funcionaría como un factor protector más bien indirecto ante el desarrollo o activación de este tipo de pensamientos.

Siguiendo con el análisis, de las cuatro fuentes de apoyo, la fuente compañeros presentó las asociaciones negativas de mayor magnitud con riesgo e ideaciones suicidas, baja autoestima, soledad y aislamiento social. La adolescencia es la etapa vital en que la necesidad de

pertenecer a un grupo social de pares y extra-familiar se vuelve imperiosa. Entonces, se podría pensar que el contacto permanente y prolongado con un grupo de pares que no ha sido elegido puede bien actuar como factor protector cuando el adolescente logra identificarse con un grupo y pertenecer; o bien puede ser un factor de riesgo considerable cuando la identificación recíproca no ocurre y el joven no es aceptado como miembro perteneciente. Si se parte de la base de que, a menudo, los jóvenes significan la escolaridad como una situación altamente estresante, es menester destacar entre los factores de riesgo escolares el rechazo de los compañeros, la marginación, la hostigación y la discriminación. En la vida escolar pueden darse numerosas conductas ofensivas y de rechazo. Los profesores y los pares pueden ser crueles en los apodosos, los estigmas y el trato verbal que dan a alumnos o compañeros de clase (Manga, Abella, Barrio & Álvarez, 2007). Existe un importante cúmulo de evidencia a nivel nacional e internacional sobre la relación entre acoso escolar, o el llamado *bullying*, así como su veta más actual el *cyberbullying*, y los comportamientos suicidas (e.g. Arroyave Sierra, 2012; Fadanelli, Lemos, Soto & Hiebra, 2013; Pedreira Massa & Basile, 2011; Valadez, Amezcua, González, Montes & Vargas, 2011; Ybarra, Mitchell, Kosciw & Korchmaros, 2014). Un niño o adolescente acosado puede presentar depresión, temor, baja autoestima, aislamiento y sentimientos de rechazo. Estas y otras características del adolescente acosado afectan su vida diaria, su desarrollo personal y, en general, todas sus actividades (Cabrera, 2005) y pueden, incluso, impulsarlo a considerar comportamientos extremos como el suicidio o las autolesiones (Cepeda-Cuervo, Pacheco-Durán, García-Barco & Piraquive-Peña, 2008).

Se puede sostener, entonces, que el apoyo social percibido es un factor clave -bien de protección, bien de riesgo- ya que no solo impacta significativamente en los comportamientos suicidas, sino que además incidiría sobre la autoestima y el sentimiento de pertenencia. Es así que un adolescente que se siente sin respaldo, incomprendido, rechazado, puede experimentar sentimientos de alienación social, lo que, a su vez, provocaría que vivencie más sentimientos de soledad, de incontrolabilidad, desesperanza y disminución de su autoestima; todos factores de riesgo de los comportamientos suicidas. Retomando y ampliando lo planteado por Ulloa (1994), cuando el adolescente no encuentra sostén en su entorno social, sino que percibe hostilidad, rechazo, desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos, puede ocurrir que se transforme en violencia hacia sí mismo. Esto permite inferir, por contrapartida, que sentirse apoyado y comprendido por los grandes contextos de pertenencia del adolescente -familia y escuela- y experimentar sentimientos de pertenencia social actuarían como factores de protección, tal como ha sido establecido en otros estudios (e.g. Joiner, 2005; King & Merchant, 2008; Kleinman et al., 2012; 2014; Van Orden et al. 2010).

De este modo, y en concordancia con la idea central de Durkheim (1897/1989), la integración social

adquiere un rol esencial en la etiología del suicidio. En términos de la teoría psicológica interpersonal de Joiner, el aislamiento social, la soledad y la percepción de falta de apoyo social son facetas del constructo de orden superior integración social [*social connectedness*], y se vinculan directamente con los comportamientos suicidas porque son indicadores observables de que la necesidad de pertenecer, entendida como una necesidad psicológica fundamental del ser humano, está insatisfecha, dando lugar al estado cognitivo-afectivo de no pertenencia [*thwartedbelongingness*] (Van Orden et al., 2010).

Las limitaciones de este estudio pueden resumirse en dos grandes puntos: a) Respecto a la muestra, por su tamaño reducido y no incluir un subgrupo clínico, en tanto reduce la capacidad explicativa y de generalización a los resultados. b) Respecto a los instrumentos de medida utilizados, se trata en todos los casos de autoinformes y, tal como fue explicitado anteriormente, no cuentan con estudios de sesgo.

Más allá de las limitaciones señaladas, se considera que esta investigación preliminar reviste un aporte interesante, en cuanto a que permite una mejor comprensión de la relación entre factores interpersonales y riesgo de suicidio en la población necochense, sobre todo teniendo en cuenta la escasez de

investigaciones realizadas en el tema a nivel nacional. Además, desde la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), se espera que puedan ser de utilidad para las escuelas, tanto de la comunidad necochense como de otras localidades, para la planificación e implementación de estrategias de intervención en tres niveles: a) promoción de relaciones entre compañeros basadas en la integración y la aceptación; b) fortalecimiento de la relación docente-alumno, de manera que puedan constituir una fuente de apoyo, confianza y acompañamiento para los adolescentes; y c) mejoramiento del tipo de apoyo provisto por las familias, favoreciendo el acompañamiento e involucramiento activo en la vida de los adolescentes. De esta manera, los jóvenes contarían con diferentes fuentes de apoyo social y comunidades educativas que promueven la integración, a la vez que facilitan el desarrollo de la autonomía y la consolidación de la identidad personal. Por último, siguiendo el espíritu de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, es necesario continuar esta línea de investigación con muestras más amplias y aplicando modelos predictivos para analizar con mayor rigor si se mantienen los resultados aquí hallados, y ofrecer evidencia más robusta.

Notas

1- En este trabajo se comprende el término *comportamientos suicidas* a todos los incluidos en el espectro suicida sin resultado fatal -ideaciones suicidas, autolesiones, comportamientos suicidas, tentativas de suicidio- (Crosby, Ortega & Melanson, 2011; Gvion & Apter, 2012; Van Orden et al.)

2- Este estudio fue realizado en el marco del Trabajo de Investigación de grado de las estudiantes Di Rico, E; Patermain, N; Portillo, N, supervisado por Galarza, A, como requisito académico de la Facultad de Psicología, UNMDP (Argentina).

Referencias

- Arnet, J. J. (2012). *Adolescence and emerging adulthood. A cultural approach*. New Jersey, USA: Pearson Education Inc. 5th Ed.
- Arroyave Sierra, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al *bullying*. *Revista CES Psicología*, 5(1), 116-125.
- Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 183, 68-74 DOI 10.1016/j.jad.2015.04.047
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cabrera, E. (2005). Palabras que dejan huella: violencia en la escuela a través del discurso. *Revista Iberoamericana*, 37, 49-54.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 857-69. DOI 10.1007/s00127-011-0393-5
- Cámara de Diputados de la Nación (2015). *Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130*. Recuperado de http://www.diputados.gov.ar/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/legislación Nacional.html
- Carreras, M. A., Brizzio, A., González, R., Mele, S., & Casullo, M. M. (2008). Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con adolescentes argentinos y españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25(1), 107-124.
- Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. V. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquicham*, 9(3), 281-296.
- Castro Solano, A., Contini, N., & Fernández Liporace, M. (2006). Apoyo social en estudiantes adolescentes: generalización de la estructura factorial de una escala en distintos grupos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 131-148.
- Casullo, M.M., & Fernández Liporace, M. (2007). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología*, 2(2), 33-41.

- Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cepeda-Cuervo, E., Pacheco-Durán, P. N., García-Barco, L., & Piraquive-Peña, C. J. (2008). Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 517-528.
- Conner, K. R., Wyman, P., Goldston, D. B., Bossarte, R., Lu, N., Kaukeinen, K., Tu, X. M., Houston, R. J., Lamis, D. A., Chan, G., Bucholz, K. K., & Hesselbrock, V. M. (2016). Two Studies of Connectedness to Parents and Suicidal Thoughts and Behavior in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 129-140. DOI:10.1080/15374416.2014.952009
- Contini de González, N. (2006). *Pensar la adolescencia boy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2012). Hopelessness and Lack of Connectedness to Others as Risk Factors for Suicidal Behavior Across the Lifespan: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 288-300. DOI 10.1016/j.cbpra.2011.05.003
- Durkheim, E. (1897/1989). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Ellis, T. E. (2008). *Cognición y Suicidio*. México: Manual Moderno.
- Fadaneli, M., Lemos, R., Soto, M. F., & Hiebra, M. C. (2013). Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 55(249), 127-135.
- Fernández Álvarez, H. (1993). *Fundamentos de un modelo integrativo*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Liporace, M., & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 21(1), 9-22.
- Fernández Liporace, M., & Ongarato, P. (2005). Adaptación de la Escala de Apoyo Social para Estudiantes en adolescentes de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 2(2), 43-50.
- Galarza, A.L., Martínez Fistorazzi, V.S., Castañeiras, C.E., & Posada, M.C. (2014). Riesgo suicida y resiliencia en un estudio con adolescentes argentinos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(2), 98-107.
- Ghanizadeh, A. (2008). Gender difference of school anger dimensions and its prediction for suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 525-535.
- Gonthier, F. (1998). Algunas reflexiones epistemológicas sobre la idea de suicidio en sociología. *Revista Española de Investig. sociológicas 1978-2002*, 81 (98), 117-131.
- Gvion, Y. & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*, 34(2).
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495. DOI 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Heinrich, L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718. DOI 10.1016/j.cpr.2006.04.002
- Heyd, D., & Bloch, S. (2001). La ética del suicidio. En S. Bloch, P. Chodoff & S. Green (Comps.), *La ética en psiquiatría* (pp. 415-432). Madrid: Triacastela.
- Hur, J. W., Kim, W. J., & Kim, Y.K. (2011). The mediating effect of psychosocial factors on suicidal probability among adolescents. *Archives of suicide research*, 15(4), 327-336. DOI 10.1080/13811118.2011.615701
- Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behavior Research and Therapy*, 48, 179-186. DOI 10.1016/j.brat.2009.10.007
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006). The Social Context of Adolescent Suicide Attempts: Interactive Effects of Parent, Peer, and School Social Relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36(4), 386-395. DOI 10.1521/suli.2006.36.4.386
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors. Relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of suicide research*, 12(3), 181-196. DOI 10.1080/13811110802101203
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30. Adolescent Inventory of suicide orientation - 30*. Minneapolis, USA: National Computer Systems.
- Kleinman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155. DOI 10.1080/13811118.2013.826155
- Kleinman, E. M., Riskind, J. H., Schaefer, K. E., & Weingarden, H. (2012). The Moderating Role of Social Support on the Relationship Between Impulsivity and Suicide Risk. *Crisis*, 33, 273-279. DOI 10.1027/0227-5910/a000136
- Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J., & Powell, A. (2009). Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk

- factor analysis. *Aggression and Violent Behavior* 14, 402–414. DOI 10.1016/j.avb.2009.06.010
- Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 183-197. DOI 10.1080/13811118.2012.695233
- Maimon, D., Browning, C., & Brooks Gun, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3) 307–324. DOI 10.1177/0022146510377878
- Manga, D., Abella, V., Barrio, S., & Alvarez, A. (2007). *Tipos de adolescentes según la soledad y el acoso escolar percibido: diferencias en personalidad y apoyo social*. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Universidad de León, España.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minetti, R. A. (2011). El suicidio como indicador: Integración y moral en la sociología de Émile Durkheim. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*, 13(49), 1-23.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Estadísticas vitales. Información básica año 2013* (Publicación ISSN 1668-9054. Serie 5 - N° 57). Recuperado desde <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>
- Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., & Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety*, 29, 180–186. DOI 10.1002/da.20915
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10).
- Musitu, G., & Cava, M.J. (2003), El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Nolten, P. W. (1994). *Conceptualization and measurement of social support: The development of the student social support scale*. Unpublished doctoral dissertation. University of Wisconsin-Madison, United States.
- O'Connor, R. C., Fraser, L., White, M.-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders*, 110, 207-214. DOI 10.1016/j.jad.2008.01.008
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52–59. DOI 10.1016/j.brat.2009.09.008
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Trastornos mentales y cerebrales*. Ginebra: Departamento de salud mental y toxicomanía. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Public health action for the prevention of suicide*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- Pedreira Massa, J. L., & Basile, H. S. (2011). El acoso moral entre pares (*bullying*). *Construção psicopedagógica*, 19(19), 8-33.
- Resett, S. (2016). Relación percibida con padres y pares y su asociación con depresión y ansiedad en adolescentes de Entre Ríos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 18-26.
- Reyes, W. G., & Torres Miranda, N. (2001). Intento Suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General*, 17(5), 452-460
- Richaud de Minzi, C. (2004). Development of copingresources in childhood and adolescence. *Interdisciplinaria*, (núm. esp.), 63-74.
- Rotenberg, K., & Hymel, S. (1999). *Loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(1), 18-33.
- Sarmiento Silva, C., & Aguilar Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Sharaf, A. M., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160–168. DOI 10.1111/j.1744-6171.2009.00194.x
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity. Lessons from the new science of adolescence*. New York: MarinerBooks. Houghton MifflinHarcourt.
- Stewart, S. M., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J., & Kennard, B. (2015). The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0 (0), 1–13. DOI: 10.1080/15374416.2015.1020542
- Ulloa, F. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 65(3), 178-183.
- Urquijo, S. (2009). Aprendizaje de la lectura. Diferencias entre escuelas de gestión pública y de gestión privada. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, (9), 19-34.
- Valadez, I., Amezcuea, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en

- sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783-796.
- Van Orden, A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. DOI 10.1037/a0018697
- Värnik, A., et al. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 216–226. DOI 10.1016/j.jad.2008.06.004
- Vega, E. (2015). *Clínica con niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo?* Bs. As.: Lugar Editorial-
- Wenzel, A., & Beck, T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201. DOI 10.1016/j.appsy.2008.05.00
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Kosciw, J. G., & Korchmaros, J. D. (2014). Understanding Linkages between Bullying and Suicidal Ideation in a National Sample of LGB and Heterosexual Youth in the United States. *Prevention Science*, 16(3), 451-462. DOI 10.1007/s11121-014-0510-2.

Fecha de Recepción: 20-04-2016

Fecha de Aceptación: 24-08-2016