

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS
ALIMENTOS ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**FACTORES RELACIONADOS CON IDEAS SUICIDAS EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA COMUNA DE CHILLÁN,
2016**

Autores: DUEÑAS QUIJADA MARCELO

FERNÁNDEZ CLAVERÍA OSCAR

FLORES VERGARA VICTOR

Profesor guía: EU MG. AURORA HENRÍQUEZ MELGAREJO

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

2016

AGRADECIMIENTOS

A nuestra querida docente guía de tesis Aurora Henríquez, por su infinita paciencia, apoyo, comprensión, preocupación, consejos y palabras de aliento hacia nosotros.

Al profesor Miguel Ángel López, por su gran compromiso pedagógico, y extraordinaria labor en el asesoramiento estadístico frente a nuestro trabajo de investigación.

A nuestra querida docente Carmen Luz, quien nos otorgó nuestras primeras herramientas para lograr un buen anteproyecto de tesis, siendo este un pilar fundamental para la continuación de nuestra tesis final.

A nuestra estimada compañera Fernanda Venegas, por su ayuda, dedicación y preocupación durante la primera etapa de nuestra tesis.

A los directores, administrativos, docentes y alumnos pertenecientes a los distintos establecimientos educacionales que cooperaron para la realización de esta investigación, por su gran voluntad, cooperación y disponibilidad para facilitarnos el trabajo.

A nuestras familias, por su apoyo, comprensión, su cariño, e infinita paciencia, por hacernos creer los mejores y capaces de lograr gracias a nuestro esfuerzo el objetivo que tanto anhelamos.

A nuestros amigos por su cariño, por su ayuda, por esas risas que hicieron más amena esta etapa.

A nosotros, por la disposición de trabajar en equipo, el compromiso, responsabilidad, la tolerancia, el respeto, el afecto y comprensión mutua.

DEDICATORIAS

Dedicado a mis amados padres, el pilar fundamental de todo esto, quienes me entregaron principios y valores que creo he cumplido a cabalidad, por esto y mucho más agradezco su infinita paciencia, amor y respeto hacia mí. Agradecido de mis hermanos, que sin duda estuvieron, están y estarán presente en mi vida, brindando su apoyo, palabra de aliento y experiencia, al igual que mis cuñadas, sobrinas y sobrino. A todos aquellos que confiaron en mis capacidades de lograr esto, a quienes fueron parte directa o indirectamente de esta etapa. A mi compañeros-amigos-futuros colegas; es decir a mi grupo de tesis con quienes nos esforzamos al máximo para lograr este objetivo, gracias por los momentos de risa, anécdotas, por soportarme, acompañarme, y ayudarme en este arduo proceso. Y por último, pero no menos importante agradecer a Dios, y a la vida por permitirme vivir este momento tan lindo rodeado de bellas personas.

Marcelo Dueñas Quijada

Dedicado a mi Madre, abuela y hermana, quienes me acompañaron en este largo proceso de convertirme en un enfermero y se han esforzado por hacer de mí la persona que soy hoy, y por sobre todo a mi hija, mi inspiración, quien con su inocencia logró sacarme sonrisas, hacer un alto de la rutina y recargar las pilas para continuar.

Víctor Flores Vergara

Dedicatorias en primer lugar a mi madre, padre por el apoyo y compromiso que han tenido para brindarme las mejores herramientas para lograr mi desarrollo personal, segundo a mi hermana y hermano que son las personas más importantes en mi vida por los cuales daría mi vida y en último lugar a las personas que por diversos motivos ya no están conmigo, pero han sido relevantes en mi infancia a mi Tata, Nene, La Juani mi Tía y mis 2 primas menores. Por todo esto a todos ARIGATO!

Oscar Fernández Clavería

RESUMEN

Introducción: En Chile, la mortalidad por suicidio ha aumentado en adolescentes los últimos años 8,9x100.000 habitantes el año 2015, a nivel país siendo la segunda causa de disfunciones en la población joven por lo cual es considerando un problema de salud pública. Objetivo: Establecer la relación de autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, características sociodemográficas y académicas con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán. Materiales y métodos: Estudio correlacional de corte transversal, donde se seleccionó una muestra aleatoria de 479 adolescentes escolarizados de la comuna de Chillan, entre 13 y 19 años (54,3% mujeres), los cuales respondieron cuatro encuestas autoaplicadas, Okasha idea suicida, Rosemberg autoestima, APGAR familiar y caracterización de la muestra la cual preguntaba sobre características demográficas, académicas y consumo de alcohol. Resultados: El 25,7% de la muestra presento alto nivel de idea suicida, resultando altamente significativo ($p < 0,001$) al correlacionarlo con el sexo femenino, consumo de alcohol, baja autoestima y familias gravemente disfuncionales. Conclusión: Se debe tener presente que el autocuidado de los adolescentes frente a la disminución del consumo de alcohol junto con una mejora en la comunicación y las relaciones familiares sumado con una precepción positiva de sí mismo son factores protectores frente a la aparición de idea suicidas y posibles intentos suicidas futuros.

PALABRAS CLAVES: SUICIDIO; ADOLESCENTE; AUTOESTIMA; FAMILIA

ABSTRACT

Introduction: In Chile, suicide mortality has increased in the recent years 8,9x100.000 teenagers inhabitants 2015, at the country level remains the second leading cause of dysfunction in the young population, which is considering a public health problem .

Aim: To establish the relationship between self-esteem, family functioning, alcohol consumption, sociodemographic and academic characteristics with suicidal ideas in the population of teenager students in Chillan. Materials and methods: cross-sectional correlational study, where a random sample of 479 adolescent students (from Chillan) between 13 and 19 years old (54.3% women) were selected, who answered four self-administered surveys, Okasha suicidal ideas, Rosemberg self-esteem, family APGAR and characterization of the sample which asked about demographic characteristics, academic and alcohol consumption. Conclusion: A good and fluid familiar comunication and a less alcohol and drougs consuptiom ,added an a hihg self-esteem , are important factors to protect of potential suicidal ideation in teenagers and to protect them to attempts.

KEYWORDS: SUICIDE; ADOLESCENT; SELF-IMAGE; FAMILY

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.4 PROBLEMATIZACIÓN	7
1.5 MARCO TEÓRICO	8
1.5.1 ADOLESCENCIA	8
1.5.2 SUICIDIO	11
1.5.3 AUTOESTIMA	14
1.5.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	18
1.5.5 ALCOHOL	21
1.5.6 TEORÍA DE DOROTHEA OREM	23
1.6 MARCO EMPÍRICO	27
1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	31
1.8 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	31
1.8.1 OBJETIVO GENERAL	31
1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
1.9 Hipótesis	32
II. MÉTODOS	33
2.1 TIPO DE DISEÑO	33
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	33
2.3 MUESTRA	33
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	34
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	34
2.5.1 CRITERIOS INCLUSIÓN	34
2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	34
2.6 LISTADO DE VARIABLES (Ver anexo 1)	34
2.6.1 VARIABLES DE ESTUDIO DEPENDIENTES	34
2.6.2 VARIABLES DE ESTUDIO INDEPENDIENTES	35
2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR	35

2.7.1 ESCALA DE SUICIDALIDAD	35
2.7.2 LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	36
2.7.3 APGAR DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	37
2.7.4 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN.....	37
2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	38
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	39
III. RESULTADOS.....	40
3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
IV. DISCUSIÓN.....	47
4.1 DISCUSIÓN.....	47
4.2 LIMITACIONES	52
4.3 SUGERENCIAS	53
4.4 CONCLUSIONES.....	54
V. BIBLIOGRAFÍA.....	57
VI. ANEXOS.....	69

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano muy relevante y trascendental, debido a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales que allí ocurren. En este momento se gestarán cambios críticos que serán el inicio de la formación de valores, de aspectos psicológicos y de la sexualidad, en donde se construyen las bases del desarrollo personal, lo cual desembocará en los proyectos de vida que se iniciarán en el futuro.

Todo este proceso de cambios y búsqueda de identidad, sumado a la ansiedad que produce reorganizar la propia vida, hacen al adolescente vulnerable y susceptible con respecto a su entorno, por lo tanto, un mal abordaje de esta etapa o la falta de apoyo, puede acarrear un sin fin de alteraciones en el comportamiento y las conductas; y más aún, si el adolescente no puede afrontarlo, debido a factores, como características propias de personalidad, el estrés rutinario y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares, estos favorecen el inicio de conductas de riesgo, como son: Consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

Cifras de la Organización Mundial de la salud (OMS) revelan que el suicidio representa un problema grave para la salud mundial, con alrededor de 1 millón de muertes anuales, lo equivalente a 1 muerte por cada 40 segundos o dicho de otra manera cada año se suicidan 11,4 persona de cada 100.000 hab¹. En América por su parte ocurren alrededor de 65.000 defunciones anuales representada con una tasa de mortalidad de 7,3x100.000 hab derivadas de esta causa². A nivel país la tasa de mortalidad durante el año 2009 fue de 12,7x100.000 hab y durante el año 2012 10,6x100.000 hab, en la región del Bío bío durante los mismos años se registraron tasas de 13,3 y 10,7x100.000 hab respectivamente, valores que superan los registrados a nivel nacional^{3,5}. Un punto importante a considerar es que según datos de la OMS el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años¹.

Centrándose en las estadísticas del suicidio adolescente según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a nivel mundial el año 2009 se registran tasas de suicidio de 15 a 19 años de 6,9x100.000 hab, cifra que se ha mantenido estable desde el año 2000. En Chile estos valores han aumentado durante los últimos años, si realizamos una comparación en 1990 la tasa de suicidio adolescente era de 4,8x100.00 hab, el año 2000 fue de 7,4x100.000 hab y en el año 2008 se registran una tasa de 10,2x100.000 hab⁶. Otro dato relevante es la entregada por la encuesta mundial de salud escolar del año 2004 en donde la idea suicida en adolescentes fue de 12-14% en los últimos 12 meses con mayor prevalencia en mujeres 18%, hombres 8%⁷.

Es por esto que OMS ha intervenido con respecto al desafío creciente de las enfermedades de la salud mental, esto a través de la creación de “El Programa Mundial de acción en Salud Mental” que favoreció la aparición de iniciativas de apoyo y promoción, además de prestar orientaciones normativas a los países miembros para mejorar sus sistemas de salud⁸. El año 1999 creó el Programa Suicide Prevention “Prevención del suicidio” (SUPRE), donde considera como puntos importantes la educación para jóvenes y niños sobre el tema¹⁰. Todas estas recomendaciones están basadas en un intenso proceso de revisión de la evidencia científica además de la cooperación de grupos de expertos para sus elaboraciones, un punto importante a considerar en estas guías es el aspecto holístico que presentan ya que además de guiar el tratamiento clínico y farmacológico resaltan la importancia de la comunicación con el paciente y su entorno para afrontar el problema que se está sufriendo⁹. Es importante señalar que la OMS y la International Association for the Study of Pain (IASP), cada 10 de septiembre patrocinan y promocionan el “Día Mundial de la Prevención del suicidio”, esto demuestra la importancia que se le está otorgando al tema del suicidio a nivel mundial⁴.

En Chile la adolescencia no es un tema tan atendido, ya que otras etapas del ciclo vital tienen mayor mortalidad o morbilidad, como lo es la infancia o la tercera edad. Sin embargo, la causa de muerte en esta etapa es mayoritariamente causada por envenenamientos, traumatismos, y últimamente por suicidio, revelando así, que debe ser abordado como un

problema de salud pública ya que, es prevenible y atendible si se detecta a tiempo. Por esto mismo se han creado programas centrados en la atención de forma holística favoreciendo un crecimiento sano en los adolescentes en Chile⁶.

Entre los Programas generales se pueden nombrar el programa de atención de morbilidad de adolescentes y jóvenes, programa de atención de la adolescente embarazada y su hijo menor de un año, el programa de salud escolar el cual contempla adolescentes de 7°, 8° básico y enseñanza media, programas comunitarios que identifica el catastro de las organizaciones juveniles favoreciendo las actividades y educación, el programa de educación en salud y el programa de capacitación e investigación; hay que rescatar la participación de equipos multidisciplinarios de salud, social y psicológico para la realización de estas actividades¹⁰.

Otro punto importante fue la elaboración del Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes, se realizaron intervenciones en varias ciudades de Chile, lo que llevó por nombre “En salud, los jóvenes deciden”, donde se buscaba conocer de cerca las necesidades de grupos de adolescentes participantes en relación a sus problemas de salud de forma integral de acuerdo a lo que ellos mismos expresaban luego de un trabajo de reflexión y discusión en torno a temas tan importantes, como: sobrepeso, obesidad, alimentación, salud mental, sexual, actividad física, alcohol, tabaco y drogas.

De acuerdo a esto se realizó un programa integral que empezó a desarrollarse el año 2014, esperando el logro de fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entorno saludables, además de la cobertura universal e individualizada para el año 2020¹¹.

A nivel de salud mental se han implementado protocolos de referencia y contrarreferencia de Salud Mental Infanto-juvenil en donde está considerado el suicidio y el intento suicida, además del “Programa Nacional de Prevención del Suicidio” en donde los adolescentes se ven como un grupo de riesgo creciente haciendo referencia de la implantación del programa en los establecimientos educacionales en la prevención del suicidio, ideación suicida e intento suicida^{3,12}.

Por esta razón es de suma importancia que el profesional de enfermería conozca de forma profunda esta parte del desarrollo, especialmente lo que tiene que ver con la salud mental y la idea suicida para la promoción de salud, investigando los factores de riesgo que podrían tener los adolescentes que se atienden en los establecimientos de salud y/o educacionales y así realizar una efectiva promoción, lo que se evidenciará en la disminución de la tasa de suicidio de adolescentes en el territorio.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En Chile los últimos años se ha visto incrementado la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes, homicidio y suicidios), en el cual uno de los más alarmantes es el suicidio en el grupo de 15 a 19 años en donde desde el año 1997 ha presentado un aumento sostenido de 5,4x100.000 hab a 8,9x100.000 hab al año 2005¹³, por lo cual el gobierno de Chile y el Ministerio de Salud (MINSAL) consideran a las patologías mentales entre las estrategias nacionales de salud 2011-2020, dedicando 4 metas entre las cuales se encuentra el suicidio adolescente y el consumo de alcohol y drogas. Esto colaboró para crear análisis estadísticos e intervenciones dirigido a los profesionales de la salud debido a que el suicidio es considerado como un problema de salud a solucionar^{13,14}. Además se encuentra implementado el control del joven sano en los servicios de atención primaria el cual se realiza a los adolescentes de 10 a 19 años de forma voluntaria en el cual desde el año 2014 se comenzó con la aplicación de la Escala de Suicidalidad de Okasha y respectiva anamnesis como formas de prevenir y detectar posibles factores de riesgo como prevención del suicidio a través de la identificación de idealización suicida¹⁵.

Según diversos autores, de los componentes del comportamiento suicida los más frecuentes son las ideas suicidas, intento suicida y suicidio consumado, siendo las primeras muy frecuentes en la adolescencia, en donde por sí solas no son un peligro inminente para la vida, pero esto cambia al estar asociada a un factor de riesgo¹⁶.

Respecto a los factores de riesgo, un punto importante realizado en Chile fueron las intervenciones con adolescentes realizadas para la elaboración del “plan de salud integral de adolescentes y jóvenes”, en donde se lograron rescatar conclusiones en relación a lo manifestado por los participantes respecto al tema del suicidio: Las causas que ellos manifiestan como detonantes directos del suicidio se asocian en primer lugar, a la soledad y al aislamiento que devienen de los problemas familiares (o entorno cercano), económicos y académicos, ya que muchas veces no encuentran espacios para socializar y canalizar sus malestares y preocupaciones. En segundo lugar, aparece la idea del estrés asociado a la presión e influencia social, puesto que muchas veces lidian con las expectativas impuestas por terceros, además de las propias. De igual modo, la inseguridad establecida en la adolescencia, genera en la mayoría de los casos una sensación de baja autoestima frente a sus quehaceres diarios y sus proyecciones a futuro. También se encuentra la depresión como estado constante de bajo ánimo y de malestar emocional, el cual se vincula con la soledad y aislamiento, pero que también se nutre de la baja autoestima y en algunos casos también por la pérdida de familiares y/o cercanos, lo cual se designa como otro elemento importante a la hora de identificar el porqué de un estado depresivo¹¹.

Estos resultados siguen la línea de las conclusiones de numerosas guías clínicas de manejo y prevención de la conducta suicida tanto internacional como nacional, los factores de riesgo de esta conducta y por consiguiente, previa aparición de ideación suicida se encuentran factores no modificables tales como sexo, edad, antecedentes familiares y personales de conducta suicida, además de factores modificables como funcionalidad familiar, apoyo social, consumo de drogas y/o alcohol, bajo nivel educacional y estrés^{17,18}. Siendo en la etapa de la niñez y la adolescencia la funcionalidad y eventos estresantes como el divorcio/separación de los padres una de las mayores causas desencadenantes de eventos suicidas¹⁶.

Como se aprecia numerosas variables han sido investigadas como factores que se relacionan con la suicidalidad de los adolescentes. Algunas de ellas, como género,

depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas han sido ampliamente estudiadas. En cambio, la autoestima, impulsividad, tipo de funcionamiento familiar y el apoyo social, han sido generalmente citadas, pero menos exploradas²⁰.

Como se aprecia el suicidio es un problema serio de salud pública por lo que es necesario centrar la atención en la prevención de conductas autodestructivas que puedan ocasionar la muerte, como la detección de factores de riesgo que desencadenan en la conducta suicida¹⁹.

El estudio se focaliza en adolescentes entre 1° y 4° medio, para conocer las variables de la disciplina de enfermería en las cuales se podrá intervenir de manera activa, además identificar si las estadísticas de ideas suicidas a nivel nacional se repiten a nivel local, para complementar la literatura existente y revalidar variables de estudios, con una mirada de enfermería.

El objetivo de la investigación es relacionar autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, características sociodemográficas y académicas con la presencia de ideas suicidas en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, características sociodemográficas y académicas con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

¿Cuáles son las características sociodemográficas y académicas que se identifican en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

¿Están relacionadas las características sociodemográficas con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

¿Están relacionadas las características académicas con ideas suicida en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

¿Está relacionado el nivel de autoestima con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

¿Está relacionado funcionalidad familiar con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

¿Está relacionado el consumo de alcohol con presentar ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán?

1.5 MARCO TEÓRICO

1.5.1 ADOLESCENCIA

Mundialmente la adolescencia es una etapa importante para el ser humano, en esta transición del desarrollo se celebran rituales que marcan la llegada a la adolescencia en los niños, comunes en muchas sociedades²¹. Este periodo conocido como adolescencia transcurre en un largo periodo tiempo y presenta cambios físicos, sociales, emocionales y psicológicos. Por tradición se pensaba que la adolescencia y pubertad comienzan al mismo tiempo, cerca de los 13 años, pero en la actualidad los médicos de algunas sociedades occidentales identificaron cambios asociados con la pubertad antes de los 10 años, considerando la adolescencia el periodo entre los 11 y 19 o 20 años de edad²¹.

Lo primero que habrá que diferenciar será los términos de pubertad y adolescencia.

Concepto de pubertad

Inicio de los cambios corporales, sobre todo las características sexuales secundarias. Estos cambios comienzan entre los 9 a 11 años, dicho proceso supone a hombres y mujeres la llegada a cierta madurez de sus órganos biológicos sexuales y en condiciones de reproducirse. El comienzo de la pubertad en mujeres comienza con su primera menstruación, en el hombre es un poco más difícil de determinar, algunos autores la relacionan a las primeras poluciones nocturnas²².

Concepto de adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la OMS, la adolescencia es la etapa que

transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)²³.

Es importante mencionar que han surgido algunas confusiones al considerar ciertas interpretaciones de la adolescencia, debido al hecho de que diferentes autores han utilizado criterios diferentes para describir el periodo de la adolescencia, o por que han empleado la misma palabra para describir aspectos distintos y hasta cierto grado, mutuamente excluyentes²⁹.

Surgimiento de la adolescencia

Diferentes modelos psicológicos se han aproximado a conceptualizar esta etapa del ciclo vital denominada por ellos adolescencia. Es interesante el término empleado ya que en el mismo se puede observar cómo se concibe este periodo como un paso preparatorio para llegar a una “meta”. De acuerdo con el modelo teórico, la meta varía. El adolescente adolece, le falta algo que debe adquirir a medida que pasa por esta fase de su desarrollo para convertirse en adulto²⁴.

La mayoría de las conceptualizaciones sobre la adolescencia intenta poner límites para aclarar el espacio de esta etapa. Varios de los modelos utilizan los límites de edad, otros lo utilizan de acuerdo a los logros que se deben alcanzar, ya sea a nivel cognitivo o afectivo y por último otros enfoques que ponen límites de acuerdo a los cambios evidentes que deben ocurrir.

Los primeros estudios psicológicos sobre adolescencia surgieron a inicios del siglo pasado con Freud y su libro “Tres ensayos sobre una teoría Sexual”; y por otra parte Hall con su libro “Adolescencia” son los que sentaron las bases de la psicología de la adolescencia²⁷. Ambos autores inspirados en la teoría evolucionista propios de la época, plantean fases, las que provienen de la interpretación biológica de las etapas evolutivas del hombre^{24,25}.

Hall *et al.* en su modelo biológico reitera la idea de que la adolescencia es como “un puente entre los años “salvajes” de la niñez y la fase “civilizada” de la edad adulta. Se espera que la adolescencia sea un periodo de turbulencia, pasión, sufrimiento y rebeldía contra el mundo adulto”. Además de ser ontogenético, tumultuoso, de desequilibrios y desajustes

emocionales, resultado del balance entre los impulsos infantiles y la exigencia de la sociedad^{25,26}.

En tanto para Freud, el fundador del psicoanálisis explica la adolescencia como “el restablecimiento de los impulsos sexuales perdidos en la niñez, concluyendo así que estos cambios traen consigo trastornos de personalidad del adolescente, como ansiedad, aislamiento, confusión y culpabilidad. Este autor describe una serie de fases del desarrollo éstas son: oral, sádico-oral, anal y fálica^{25,29}.

Por otra parte, Erikson, entendió la adolescencia como “un momento en que el joven trata de resolver dudas: ¿Quién soy? ¿A que me dedicare? ¿Acepto o no las ideas de la generación anterior?”²⁵.

Basado en lo anterior estudió el desarrollo global de la persona del nacimiento hasta la muerte, convirtiéndose en uno de los grandes precursores de la teoría del ciclo vital. Su temática más citada y que ha propiciado mayores estudios ha sido el desarrollo de la identidad en la adolescencia. En su teoría establece 8 etapas o estadios que suponen la evolución del yo (o identidad), cada etapa posee un polo negativo y otro positivo, a los que el individuo deberá enfrentarse y los cuales se ven influenciados por el entorno que lo rodea. Estos estadios son: 1) Primera infancia (confianza básica v desconfianza); 2) dos años (Autonomía vs vergüenza y duda); 3) de los 3 a los 5 años (iniciativa vs culpa); 4) Etapa de Latencia (industria vs inferioridad); 5) adolescencia y juventud (identidad vs difusión de la identidad); 6) adultez joven (intimidad y solidaridad vs aislamiento); 7) adultez (generatividad vs estancamiento y 8) madurez (integridad vs desesperación)^{26,28}.

Otro autor como Piaget, enfatizó en el aspecto cognitivo de la adolescencia como “etapa culminante del desarrollo intelectual, que dota a cada individuo de las aptitudes mentales necesarias para adentrarse en las complejidades del conocimiento. Pasada la adolescencia el sujeto ya piensa como adulto”. Siendo un modelo cognitivo estructuralista genético que privilegia el desarrollo de facultades cognitivas y el tipo de procesos mentales que se pueden realizar en las diferentes etapas de la vida^{24,25}.

1.5.2 SUICIDIO

El concepto de suicidio está incorporado en el vocabulario español, pero este ha presentado diversos cambios de significado a través de la historia, proveniente de la raíz en latín sui “de sí mismo” y cadera “matar”³¹. Definida en la Real Academia de la lengua Española (RAE) como “acción y efecto de suicidarse”, pero el término de suicidio no es tan simple de analizar y diversos autores han complementado y fragmentado este término³¹. Uno de los autores más destacados es Durkheim, el cual lo define como “suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativamente, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debe producir este resultado” pero uno de los puntos más destacados del autor es el de llevar este concepto a un aspecto social definiéndolo como “la totalidad de suicidios en una sociedad dada, es tratada como un hecho social que solamente puede ser explicada sociológicamente, y no por las motivaciones individuales al suicidio”³². La unidad de análisis es la sociedad, no el individuo”. El autor coloca la sociedad sobre el individuo, esto llevó a mucha controversia, pero esto sirvió para lograr una mayor perspectiva sobre el problema de salud que es el suicidio. La OMS desde 1969 comenzó a tomarle relevancia a la situación del suicidio a nivel mundial, llevando a cabo series de estudios de investigación de este tema que, como consecuencia, llevó a la necesidad de un acuerdo en la definición del término para su trabajo “acto suicida con desenlace mortal”, también hace referencia “el suicidio es un serio problema de la salud pública, con gran preocupación. Es una tragedia personal y familiar, causando gran sufrimiento a las personas cercanas a él o ella¹. Conlleva enormes costos para la sociedad y efectos negativos entre los miembros de la familia y amigos”³³. Para la sociedad científica de enfermería a través de su sistema de organización de diagnósticos, se refieren al suicidio como riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida, siguiendo en el ámbito de la medicina el suicidio se considera de un carácter único por el hecho de que incumple muchas de las características diagnósticas tradicionales de edad, raza y factores genéticos clásicamente asociados con las enfermedades no transmisibles^{40,41}.

Como se puede apreciar, el término suicidio es complejo y tiene asociado diferentes conceptos, un claro ejemplo es que en la actualidad se maneja el término de “conducta suicida”, la cual varía dependiendo de diversos autores y que se ha ido complementando durante los años. Silverman, ha adaptado datos de O’Carroll y son los que han logrado una nomenclatura que es el utilizado por diversos sistemas de salud en el mundo, ellos lograron diferenciar y acuñar los términos de idea suicida, comunicación suicida, plan suicida, amenaza suicida, conducta suicida, Autolesión, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio,^{30,36}. Desde esta idea otros autores como Van Heeringen, han logrado categorizar la conducta suicida en 4 grandes pilares, uno de los más actuales es la “pirámide del suicidio” donde se define la proporcionalidad que se da entre cada una de los componentes de la suicidalidad y el trayecto que sigue desde el primer componente hasta el último, estos son: Pensamiento, planes, intento, suicidio³⁷.

Idea suicida o pensamiento suicida: Silverman lo define como pensamientos sobre el suicidio, por otro lado, Durkheim se refiere a la idea suicida de 3 formas distintas: “idea fija de la muerte se ha apoderado subversivamente del enfermo”, “Causadas de un estado general de extrema depresión dotadas de una gran fijeza” y “las ideas suceden con extrema ligereza nacen, desaparecen o se transforman con una asombrosa rapidez”^{32,37}. Para otros autores la idea suicida abarca el deseo de morir, la idea de autodestrucción y la representación suicida. Para autores como Florenzano las ideas suicidas son unos de los mayores problemas que se encuentran actualmente en los adolescentes y tienen relación con su mortalidad³⁹. Teniendo mayor frecuencia este hecho en las mujeres, las cuales lo acompañan con gestos suicidas e informan abiertamente acerca de la idea de quitarse la vida, pero para las organizaciones a nivel mundial rescatar y clasificar datos de ideas suicidas es una dificultad al intentar recopilar esta información. Otro punto importante a destacar es que las ideas suicidas en los adolescentes no se presentan sola, eso quiere decir que está asociada a otros factores intrapersonales o extrapersonales, como lo son los problemas familiares, consumo de alcohol y drogas, resaltando los más importantes para este grupo etario, pero descartando factores raciales como describe Durkheim en sus estudios^{30,41,42}.

Plan Suicida: Propuesta de un método con el que se lleva a cabo una conducta suicida potencial, para Pérez el plan suicida depende de la severidad de la idealización suicida, clasificándolo en idea suicida con un plan inespecífico e idea suicida con una adecuada planeación, la cual se manifiesta de forma sumamente grave^{37,42}.

Intento Suicida: Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad suicida de provocarse la muerte^{36,37}. Dicha conducta puede provocar o no lesiones independientemente de la letalidad del método, la OMS entrega una definición similar solo que más acotada, definiéndola como acto suicida cuando no causa la muerte³⁴. Durkheim por su parte hace referencia al intento suicida “Desde que el enfermo ha tomado el partido de renunciar a la lucha, desde que resolvió matarse³². Si el intento aborta basta a veces aún incompleto para suprimirlo por un tiempo este deseo malsano”, es decir hace referencia a este como un deseo malsano que está presentando la persona y tiene que apaciguar concretando o no el acto del suicidio.

1.5.3 AUTOESTIMA

El concepto de autoestima, está incorporado en el vocabulario habitual. El verbo “estimar” procede del latín aestimare, “evaluar” cuyo significado es doble: “determinar el valor” y “tener una opinión sobre algo al mismo tiempo”. Es una importante variable psicológica, por lo cual, ha sido definida por diversos autores⁴³.

Rosenberg señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo⁴⁴.

Al respecto, Coopersmith sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Agrega el mismo autor, que la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el individuo se cree significativo, exitoso y valioso, lo que implica un juicio personal de su valía⁴⁵.

Según diversos autores la autoestima se refiere al concepto de que se tiene la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida⁴⁶. Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la conciencia de sí mismo; es decir, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, el individuo tiene la capacidad de definir quién es y luego decidir si le gusta o no su identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente le mantienen vivo. Además, agregan que la autoestima se encuentra

estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes, ya que ambas son fuentes de estímulo^{47,48}.

Cuando la autoestima es positiva, permite actuar con eficacia, sentirse a gusto consigo mismo, plantar cara a las dificultades de la existencia. Pero cuando es negativa, engendra numerosos sufrimientos y molestias que perturban la cotidianidad. En definitiva, significa valorar y amarse a uno mismo, aceptarse tal como es y seguir trabajando para seguir mejorando. Esta autoestima, que se experimenta como un sentimiento (de ser “suficientemente bueno”), tiene profundos efectos en el pensamiento, las emociones, los deseos, valores, objetivos y maneras de comportarse. Es uno de los indicadores más esclarecedores de los motivos de la conducta personal, y es un buen ingrediente para potenciar el sistema inmune, la salud personal entre otras cosas^{49,50}.

Existen diferentes conceptos, que para algunos autores son sinónimos y es necesario dilucidar sus diferentes definiciones para no confundirlos, aunque en realidad no existe un claro mecanismo que permita diferenciar uno del otro y son variados los autores que no logran diferenciar los constructos de autoconcepto, autoimagen y autoevaluación o lo hacen en función del contexto de la investigación o especialidad científica a la que pertenecen^{48,51}.

El autoconcepto: generalmente se percibe como las características que cada persona se atribuye, específicamente corresponde a la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta⁴⁸.

La autoimagen: corresponde a lo que la persona ve cuando se mira a sí misma. Esta depende de cómo nos perciben los otros y también de los objetivos y expectativas de cómo querríamos ser⁴⁸.

Autoevaluación: es el conjunto de juicios valorativos de las características propias, está determinado por las creencias del individuo de acuerdo a como los otros lo evalúan, con lo que se interiorizan los juicios de la soledad⁴⁸.

Entonces, conocemos que la autoestima dependerá de nosotros mismos, es decir, del conjunto de juicios valorativos que hacemos de las propias características, de modo analógico sería algo así como se es lo que se piensa. Pero lo que se piensa puede ser muy diferente de lo que realmente se es. De este modo si la persona no es capaz de ver con claridad quién es, aceptar sus miedos y sus dudas, se crea una valoración inadecuada y esto termina obstaculizando el aumento de la autoestima. Pero también es cierto que la valoración está condicionada por cómo las personas significativas perciben al individuo: familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. De manera que las relaciones interpersonales influyen en el concepto y valoración que una persona tiene de sí misma, el cual reflejará las características, expectativas y evaluaciones que los otros le dan al individuo⁵¹.

Los niños desarrollan diferentes conceptos sobre sí mismos a lo largo de su niñez que poco a poco se van haciendo más realistas, gracias a la interacción que tienen con sus compañeros y a la independencia que van adquiriendo gradualmente de sus padres. La infancia intermedia es una época importante para el desarrollo de la autoestima, dado que se empiezan a crear la autoimagen o autoevaluación, en la que el niño se juzga a sí mismo por la manera en que interactúa con el contexto y alcanza los patrones sociales; y las expectativas que se ha creado de su propio autoconcepto⁵³.

Los padres que ofrecen a sus hijos una impresión racional de la realidad, que los tratan con respeto amor y confiando en su valor y capacidad, que evitan ponerlos en ridículo, insultarlos y maltratarlos de cualquier forma y que mantienen costumbres que inspiran cosas positivas en los niños, a menudo pueden lograr que el camino a una autoestima saludable parezca simple y natural. En contraste, experiencias agresivas que el niño viva darán lugar a negatividad, déficit de habilidades sociales, comportamientos desadaptativos, baja autoestima y a la larga baja competencia social⁵¹.

Se dice que existe una relación entre autoestima y personalidad. Los autores que sostienen esta teoría señalan que una autoestima saludable estaría asociada a rasgos de personalidad como la racionalidad, el realismo, la intuición, la creatividad para realizar cambios, la

disposición a admitir y corregir errores, o la benevolencia y la cooperatividad entre otros. Contrariamente, una autoestima pobre estaría relacionada con los rasgos opuestos⁵². En la valoración de enfermería respecto a la autoestima siempre se debe tener en cuenta tres aspectos esenciales: Las ideas o creencias de la persona (sobre sí misma y los demás), los sentimientos asociados a dichas ideas y los comportamientos consecuentes. Esto es importante ya que cada uno de estos aspectos puede ser reflejado mediante una serie de signos y/o síntomas. Algunos síntomas que pueden orientar problemas de autoestima son: Mal aspecto general, hábitos tóxicos, peso e IMC límites, problemas del sueño, problemas de apetito, náuseas y vómitos, mala memoria, mala autoconcepción, problemas en relaciones sociales y/o familiares, bajo rendimiento escolar, tensión y ansiedad constantes⁵¹. La importancia de todo esto radica en que aun al ser un concepto ampliamente tratado en psicología, la enfermería puede abordarlo desde una mirada más familiar y lograr mediante una buena valoración un tratamiento oportuno y evitar patologías mentales en el futuro.

1.5.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Concepto de Familia

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad; para la OMS Familia se define como “célula biosocial donde se determina el comportamiento, el desarrollo emocional y relación con la comunidad”, siendo los padres los primeros en transmitir normas, valores y creencias, a través de la convivencia en el diario vivir^{54,58}. En la actualidad el concepto de familia ha evolucionado a un concepto más funcional, para el MINSAL familia es “la(s) persona(s) que normalmente viven con usted... aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas”⁶⁰. Con esto claro, la familia desarrolla varias funciones como satisfacer las necesidades básicas, inquietudes y área emocional de los niños, o sea, todos aquellos aprendizajes que serán la base para su desarrollo integral. La familia además tiene un papel crucial en cuanto a inculcar valores, comportamiento y conductas que el niño experimentará en el futuro. Es así, como la convivencia constante con los miembros existentes en la familia, permiten que el niño adquiera toda la información para interpretar su entorno social, físico, y asimilar todas las características de la cultura en donde nace^{57,59}.

La familia a través del proceso de imitación e identificación que desarrollan los niños modela el comportamiento, reacciones y formas de actuar de sus hijos, actuando como grupo de control, o sea, enseña a sus miembros a comportarse de forma socialmente aceptable, juzgando la conducta del niño a través de premios o castigos. El ambiente familiar es un espacio de aceptación y participación activa del niño en donde este encuentra descanso, acogida, un lugar para recuperarse de tensiones o problemas⁵⁷.

Educación familiar

Algo muy importante que recalcar sobre la educación en el desarrollo inicial de la vida, es que la conducta educativa de los padres suele ser regularmente estable porque su forma de actuar refleja patrones que posiblemente aprendieron en su propia infancia. Es así como Freud en su teoría habla del rol de los padres en el desarrollo de los niños, y que cada etapa incluye sus propios conflictos potenciales. De acuerdo a esto, el modo en que las personas

experimentan y resuelven estos conflictos, especialmente aquellos relacionados con el destete, el control de esfínteres y el placer sexual, determinarán los patrones de la personalidad^{55,56}.

Erikson en sus ocho estadios evolutivos se centró en la dificultad concreta o crisis del desarrollo. Mencionó dos polos en cada crisis, sin embargo reconoció que hay un amplio rango de consecuencias entre estos pares opuestos. Además de enfatizar las relaciones de las personas con su familia y cultura. ¿Quiénes somos? Esta es la más famosa de las ocho etapas de Erikson, es la crisis de identidad, que ocurre en la adolescencia, cuando jóvenes encuentran su propia respuesta a la pregunta: ¿Quién soy?⁶¹.

Por último, el conductualismo considera que el desarrollo se produce a partir de pequeños incrementos, entonces los cambios se acumulan en el tiempo. Este pensamiento se divide en 2 ramas, por una parte, Pavlov describe que una persona o animal es condicionado para asociar un estímulo significativo, y gradualmente responderá al estímulo neutro de la misma forma que al significativo. Y por otra parte Skinner, refería que los animales llevan a cabo una conducta particular y experimentan una consecuencia. Si la consecuencia es útil o placentera, es probable que se repita la conducta. Las consecuencias positivas se denominan recompensas y las negativas castigos⁶¹.

Por esto es importante ayudar a los padres a percibir posibles errores educativos y proponerles pautas de conducta deseables para que se acerquen, en la medida de lo posible, a ellas^{59,64}.

Función Familiar: La funcionalidad familiar es la percepción que cada individuo posee de su familia y sus miembros, proveniente de 5 conceptos:

Adaptabilidad: Usar recursos intra y extra familiares a fin de resolver problemas.

Cooperación: Toma de decisiones y responsabilidades por los miembros de la familia.

Crecimiento: Maduración emocional, física y autorrealización alcanzada gracias al apoyo familiar.

Afectividad: Amor, respeto y atención existente entre los miembros de la familia.

Capacidad Resolutiva: Compromiso de dedicar tiempo a los otros miembros.

También hay que tener presente que la función familiar considera la capacidad de las familias de enfrentarse a periodos de crisis y como estas las confrontan, considerando la capacidad de expresión de sentimientos y comunicación de sus miembros durante este periodo^{62,63}.

Como se aprecia la funcionalidad familiar se ve afectada por periodos de crisis en la familia como lo son los divorcios, enfermedades o muertes, por eso es importante que los padres logren ser accesibles con sus hijos, disponer de tiempo para hablar e interactuar tanto en niños como adolescentes para desarrollar una relación íntima con ellos, con esto favorecer el desarrollo de la confianza en ellos mismos y así superar los problemas que la sociedad actual presenta y presentará evitando las conductas de riesgo que estos puedan manifestar llegando a extremos de atentar contra su propia vida como medio de escape⁵⁹.

1.5.5 ALCOHOL

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, su consumo ha trascendido el paso del tiempo, culturas y creencias. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para los bebedores, sus familias y para la sociedad en general⁶⁵. La región de las Américas es la zona del mundo en la que el consumo de alcohol contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad⁶⁶.

Se han identificado diversos factores que influyen en los hábitos del consumo de alcohol, entre estos es posible destacar el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes⁶⁵. Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuantos más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol y/o como consecuencia del consumo de este⁶⁵.

Una de las teorías que explica el motivo del consumo de alcohol en los adolescentes es la Teoría biopsicosocial. La principal característica de este modelo es su carácter multifactorial e integrador. Sugiere que la etiología del consumo de alcohol y de la posterior adicción se debe a la interacción de numerosos factores constitucionales (genéticos y biológicos), factores sociales (actitudes, disponibilidad, presión, etc.) y factores psicológicos (historia de aprendizaje, tolerancia a la frustración, creencias, etc.).

Algunos factores actuarían como protectores y otros aumentarían el riesgo de caer en el alcoholismo. Este modelo considera que los elementos causantes del inicio a la conducta deben considerarse independientemente a los que determinan su mantenimiento y desarrollo. El peso de cada factor varía tanto intra como interindividualmente⁶⁶.

En el año 1992 la OMS unificó la literatura con respecto al alcohol y formula los siguientes conceptos:

Consumo de riesgo: se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste. No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, aunque

la OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres.

Consumo perjudicial: se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión).

Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres.

Intoxicación: Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional.

Consumo excesivo ocasional: Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como consumo excesivo episódico u ocasional (“binge drinking”, en inglés).

Dependencia del alcohol: El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un periodo de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome⁶⁶.

Según los resultados de algunos estudios, los adolescentes consideran normal y común el consumo de alcohol y el hábito de beber los fines de semana. Dicen beber por motivos sociales, por ejemplo, para facilitar las relaciones o vencer la timidez, y porque les permite liberar el estrés. Perciben que tampoco tienen otras alternativas distintas a salir a beber. Y creen que el alcohol sólo es una droga cuando se consume en exceso, aunque no pueden precisar con claridad dónde estaría el límite⁶⁷.

1.5.6 TEORÍA DE DOROTHEA OREM

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el objetivo de mantener su vida y su estado de salud. La capacidad de tomar parte en su propio autocuidado está condicionada por la edad, el estado de desarrollo, las experiencias de vida, su salud, sus recursos disponibles, su autoestima y la presencia o ausencia de redes sociales.

Existen veces en que las capacidades de cuidado no son suficientes para satisfacer una necesidad, es ahí donde Orem centro su teoría del déficit del autocuidado⁶⁸.

Orem, desarrolló una definición de enfermería que subraya las necesidades de autocuidado del cliente. La teorista define el autocuidado como una actividad aprendida orientada al objetivo, consistente en el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. Ella describe su filosofía de esta forma:

“La enfermería tiene un compromiso especial con las necesidades del hombre de realizar acciones de autocuidado y con la prestación y la gestión de estas, de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o las lesiones y afrontar sus efectos... Algunas veces las enfermeras gestionan y mantienen continuamente el autocuidado necesario de personas que están totalmente incapacitadas. En otras circunstancias, las enfermeras ayudan a las personas a mantener el autocuidado necesario realizando algunas, aunque no todas las actividades necesarias del cuidado, supervisando a otros que ayuden a los clientes, e instruyendo y guiando a los individuos a medida que avanzan gradualmente hacia el autocuidado.”

Orem escribió lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres teorías a su vez, relacionadas entre sí: autocuidado, déficit de autocuidado y teoría de sistema de enfermería⁶⁸.

Teoría del autocuidado: El autocuidado y el cuidado de miembros dependientes de la familia son comportamientos aprendidos que regulan intencionalmente la integridad y la estructura humana, su funcionamiento y desarrollo.

Déficit de autocuidado: La gente puede beneficiarse de la enfermería porque está sometida a limitaciones derivadas o relacionadas con la salud, que le incapacitan para el autocuidado continuo, para la asistencia a gente dependiente o que terminan en cuidados ineficaces o incompletos⁶⁹.

Teoría de sistemas de enfermería: Se forman sistemas de enfermería cuando las enfermeras, por el hecho de hacer acciones distintas y sistemas de acción, utilizan sus capacidades para recetar, programar y suministrar enfermería a pacientes válidos (Como individuos o grupos). Estas acciones o sistemas regulan el valor o el ejercicio, de las capacidades del individuo para participar en su autocuidado y satisfacer los requisitos de autocuidado de manera terapéutica⁶⁹.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona⁷⁰.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de

enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo⁷⁰.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud⁷⁰.

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud⁷⁰.

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias⁷⁰.

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo⁷⁰.

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes⁷⁰.

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida⁷⁰.

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes⁷⁰.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado⁷⁰.

1.6 MARCO EMPÍRICO

1.- Lee *et al.*⁷¹ “Association of School, Family, and Mental Health Characteristics With Suicidal Ideation among Korean Adolescents”. El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a la ideación suicida en adolescentes durante el 2015 con una muestra (n=72.435) estudiantes de secundaria (middle schools) y Preparatoria (High schools).

Los resultados de este estudio revelan que el 13% de los varones y 20% de las mujeres reportaron ideación suicida con un nivel de significancia de ($p < .001$). El pobre rendimiento académico se ve fuertemente asociado con ideas suicidas en ambos sexos 15,1% niños y 25.0% niñas con bajo rendimiento ($< .001$), además el bajo nivel socioeconómico está relacionado con un alto reporte de ideación suicida en niños y niñas con valores de 17,7% y 28,1% respectivamente. Un factor protector encontrado fue el de vivir en el núcleo familiar presentando un valor de 12,8% de ideación suicida. Por último el consumo de alcohol, presentó un valor significativo en ambos sexos, 16,4% en hombres y un 27,4% en mujeres ($p < .001$).

2.- Pérez *et al.*⁷² “Prevalencia y factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana”. El objetivo de este estudio es identificar prevalencias y factores asociados a la ideación e intento suicida. Realizado el 2010, con una muestra de 12.424 estudiantes. Dicho estudio concluyó que los estudiantes que presentaron bajo apoyo familiar, ansiedad, y poco reconocimiento escolar tuvieron más posibilidades de presentar ideación suicida (69%, 28%, y 36% respectivamente). También que, el consumo de alcohol, aumenta la posibilidad de ideación suicida en 60%.

3.- Barroilhet *et al.*⁷³ “Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos”. Tiene como objetivo determinar la prevalencia de los síntomas depresivos, los comportamientos suicidas y la relación entre ambos fenómenos. Estudio realizado en Chile el año 2012 que fue parte del estudio es parte del diagnóstico basal del

ensayo clínico aleatorio “Intervención Escolar para mejorar la Salud Mental de jóvenes de Enseñanza Media”, llevado a cabo entre marzo y abril de 2009 en una muestra probabilística de adolescentes pertenecientes a establecimientos educacionales municipales. La muestra estuvo constituida por 2.597 escolares, 1.157 mujeres (44,6%; IC 95%: 42,6-46,4) y 1.440 hombres (55,4%; IC 95%: 53,6-57,4), de 69 primeros medios pertenecientes a 23 establecimientos escolares, con una edad promedio de 15,1 años (IC 95%: 15,0-15,2; rango: 13-19 años). Durante su vida, una proporción importante de los jóvenes ha presentado ideación suicida alguna vez. La mayoría de ellos refirió haber llegado a planificarlo. Uno de cada cuatro refirió presencia de ideación durante los últimos 14 días. 3,9% (IC95%: 3,2-4,7) reportó conductas autolíticas durante la última semana, y 1/3 de ellos presentaron ideación y/o planificación suicida concomitante en los últimos 14 días (1,3%; IC95%: 0,9-1,9). Las mujeres refirieron mayor frecuencia de haber ingerido pastillas o veneno ($p < 0,001$). Encontramos una asociación significativa de todos los parámetros de suicidalidad con la edad y el sexo de los entrevistados ($p < 0,001$). Las mujeres presentaron mayores prevalencias de suicidalidad, y al ajustar por edad, presentaron 2 a 4 veces más riesgo de ésta en sus diversos grados en comparación con sus pares de sexo masculino. A mayor nivel de suicidalidad fueron progresivamente más frecuentes formas más severas de depresividad ($\rho = 0,477$; $p < 0,001$). Esta asociación se mantuvo al ajustar por edad y sexo. Las mujeres presentan mayores niveles de depresividad que los hombres en todos los niveles de suicidalidad. Estos mayores niveles de depresividad son a niveles menores de suicidalidad, en comparación con hombres.

4.- Valdivia *et al.*⁷⁴ “Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción”. Realizado en Chile el 2015 trabajó con una muestra obtenida al azar, estratificado por curso y sexo, consistió de 195 adolescentes. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Del total de adolescentes estudiados, 16,4% presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 19,5% en el periodo anterior a los últimos doce meses. La prevalencia de vida

para intento de suicidio (haber intentado por lo menos una vez quitarse la vida en algún momento) fue 25,6%. la presencia de intento de suicidio se asociaba positivamente a las categorías sexo femenino, ausencia de los padres, funcionamiento familiar en niveles disfuncional y con necesidad de apoyo inmediato, autoestima muy baja, desesperanza en niveles leve y moderada, depresión en niveles leve-moderado; moderado-severa y severa, e ideación suicida severa tanto reciente como antigua, y leve cuando ésta era antigua.

5.- Salvo *et al.*⁷⁵ "Predictores de suicidalidad en adolescentes". El objetivo de determinar la contribución de la autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de las tendencias suicidas en los adolescentes. Realizada el año 2008 con una muestra era de 763 estudiantes de enseñanza media de colegios municipales, subvencionados y particulares de la comuna de Chillán, Chile. Se llegó al resultado que el 51,2% de los adolescentes eran de género femenino y el 48,8% de género masculino. Esta tesis permitió plantear que tanto la edad ($r\ 0,12\ p\ 0,001$) como la impulsividad ($r\ 0,28\ p\ 0,000$) se relacionan significativamente y en forma lineal directa con la suicidalidad. Y la autoestima ($r\ -0,49\ p\ 0,000$), cohesión familiar ($r\ -0,36\ p\ 0,000$), adaptabilidad familiar ($r\ -0,13\ p\ 0,000$) y apoyo social ($r\ -0,34\ p\ 0,000$) también se relacionan de modo significativo, pero en forma lineal inversa con la suicidalidad. Se observó una relación muy intensa entre autoestima y suicidalidad, una relación de mediana intensidad entre impulsividad, cohesión familiar y apoyo social; y una relación de baja intensidad entre adaptabilidad familiar y suicidalidad en los adolescentes.

6.- Salvo *et al.*⁷⁶ "Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes". Con el objetivo de determinar la relación existente entre soledad, impulsividad, consumo de alcohol y suicidalidad; así como determinar la contribución relativa de dichas variables en la predicción de la suicidalidad en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Chillán, el estudio del año 2013 en la comuna de Chillán se realizó en una muestra ($n = 763$) de estudiantes de 1º a 4º enseñanza media

diurna, de colegios municipales, administrados por corporación, subvencionados y particulares.

Los resultados de este estudio revelan que en los últimos doce meses 19,1% de los adolescentes estudiados había intentado suicidarse y 34,3% había presentado ideas suicidas de riesgo (5 o más puntos en subescala de ideación suicida de escala de suicidalidad), y evidenció que las adolescentes de género femenino presentaron puntajes significativamente superiores en suicidalidad y soledad en comparación con los adolescentes masculinos. En cambio, estos últimos obtuvieron puntajes significativamente mayores en consumo de alcohol en comparación con las mujeres. Por otro lado, se encontró que tanto la suicidalidad ($r: 0,12; p < 0,01$), como la soledad ($r: 0,14; p < 0,001$), consumo de alcohol ($r: 0,25; p < 0,001$) se relacionaron significativamente y en forma lineal directa con la edad de los adolescentes.

1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar la relación de autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol características sociodemográficas y académicas con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

1.8 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.8.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación de autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, características sociodemográficas y académicas con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas y académicas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán

Relacionar las características sociodemográficas, con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

Relacionar las características académicas, con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

Relacionar el nivel de autoestima con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

Relacionar la funcionalidad familiar con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

Relacionar el consumo de alcohol con ideas suicidas en la población de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán

1.9 HIPÓTESIS

- H1 Un bajo nivel de autoestima se relaciona con una mayor proporción de ideas suicidas entre los adolescentes escolarizados de Chillán, 2016.
- H2 Una buena funcionalidad familiar se relaciona con una menor proporción de ideas suicidas entre los adolescentes escolarizados, Chillán, 2016.
- H3 La relación de idea suicida y género, se relaciona mayormente con mujeres entre los adolescentes escolarizados, Chillán, 2016

II. MÉTODOS.

2.1 TIPO DE DISEÑO

El diseño de este estudio es cuantitativo, correlacional, no experimental y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio se conformó por 13.800 alumnos de la comuna de Chillán, según la Dirección de Educación Municipal (DAEM), correspondiente a personas de entre 13 y 19 años pertenecientes a establecimientos subvencionados y particulares/subvencionado, estratificados en 34 agrupaciones.

2.3 MUESTRA

Para este estudio se calculó una muestra de 282 participantes, mediante la fórmula de regresión múltiple, con un nivel de confianza del 95 % (Z score: 1,96), poder estadístico de 99%, con 2 variables independientes, un coeficiente global estimado de 0,6 (60%), coeficiente predictor estimado de 0,4 (40%) y una mitad de anchura deseada del intervalo de confianza del coeficiente global estimado de 0,25 (25%), y un tamaño de muestra ajustado al 20%. (Ver anexo 2)

El Poder estadístico se obtuvo de acuerdo a la tabla Jacob Cohen (1988)⁷⁷

Para la elección de participantes se utilizó una muestra probabilística, para la selección de los establecimientos y curso se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerado o racimo y para la elección de los alumnos de cada curso un muestreo sistemático.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Para el estudio se seleccionó estudiantes de 1° a 4° medio, de establecimientos educacionales municipal y particular subvencionados de la comuna de Chillán.

Establecimiento	Cursos Seleccionados				
Colegio Darío Salas Tecnológico Chillán Viejo	1 E	1B	2 E	3 A	4 E
Liceo Narciso Tondreau	1 C	1 B	2 C	3 A	4 B
Colegio Polivalente Padre Alberto Hurtado	1 A	2 B	3 A	4 A	-
Colegio Chillán	1 A	2 A	3 A	4 A	-
	1 B	2 B	3 B	-	-
	1 C	2 C	3 C	-	-

Fuente: Elaboración propia

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

2.5.1 CRITERIOS INCLUSIÓN

- Alumnos 1ero 4to medio
- Consentimiento informado de padres
- Asentimiento informado de alumnos

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tratamiento de patología de salud mental
- Alumnos de intercambio

2.6 LISTADO DE VARIABLES (Ver anexo 1)

2.6.1 VARIABLES DE ESTUDIO DEPENDIENTES

- Idea suicida

2.6.2 VARIABLES DE ESTUDIO INDEPENDIENTES

- Autoestima
- Funcionalidad Familiar

2.6.3 VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

- Sexo
- Edad
- Consumo de riesgo de alcohol
- Calificación escolar
- Curso
- Ingreso económico familiar

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

Los datos de esta investigación serán recolectados mediante diferentes cuestionarios autoaplicados, con instrumentos ya validados en Chile, para la variable independiente:

2.7.1 ESCALA DE SUICIDALIDAD

Diseñada por Okasha *et al.*, Validada en Chile por Salvo *et al.* (2009) para detectar riesgo suicida en adolescentes, escala autoadministrada, tipo likert, formada por 4 ítems, donde los 3 primeros exploran ideas suicidas y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. (Ver anexo 3)

Las respuestas de los ítems de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúan de 0 a 3 para cada ítem; nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos 3 ítems conforma el subpuntaje de ideas suicidas que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.

El ítem de intento suicida también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio, ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideas suicidas más el puntaje de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad.

Para la validación en Chile de este instrumento se realizaron análisis de confiabilidad y validez y se obtuvieron los siguientes resultados:

Confiabilidad: El análisis de la consistencia interna mediante el *coeficiente alfa de Cronbach* correspondió a un valor de 0,89 el cual resulta altamente satisfactorio. El análisis de la homogeneidad de los ítems, realizado a través de las *correlaciones ítem-total corregido*, se obtuvo $r = 0,76$ para los ítems 1 y 3, mientras que para el ítem 2 éste fue de $r = 0,82$. Estos resultados indican una homogeneidad para los ítems de la escala⁷⁸.

2.7.2 LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Diseñada por Rosenberg *et al.*⁸⁰, Validada en Chile por Rojas-Barahona *et al.* (2009) para la medición de la autoestima en la población de 15 a 64 años⁷⁹. Es una escala autoadministrada que cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: "creo que tengo un buen número de cualidades" sentimiento negativo: "siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí"). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas tipo lickert, que va desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" (Ver anexo 4).

Las respuestas a cada ítem se puntúan entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. La interpretación de estos puntajes queda de la siguiente manera: de 0 a 25 = Autoestima baja, de 26 a 29 = autoestima normal y de 30 a 40 = autoestima buena e incluso excesiva^{81,82}.

Se evaluaron las propiedades psicométricas en Chile de este instrumento, encontrándose una consistencia interna $\alpha=0,754$ para el total de la muestra, siendo similares entre hombres y mujeres ($\alpha=0,736$ y $\alpha=0,764$, respectivamente). Hay evidencia de consistencias internas en estudiantes de educación media $\alpha= 0,729$. Al aplicar correlación ítem-test, se observaron valores entre 0,46 y 0,67 (todos con $p<0,001$). De acuerdo al análisis factorial, la matriz de componentes rotados mostró los pesos que tiene cada afirmación en el componente al que se asocia. Las afirmaciones 1, 2, 4, 6, 7 se agrupan en el primer componente, mientras que las restantes 3, 5, 8, 9 y 10 se agrupan en el segundo

componente. Donde el componente 1 tiene un sentido positivo respecto de la autoestima de la persona y el componente 2 corresponde a las afirmaciones que tienen un sentido negativo. La consistencia interna de cada factor expresada a través de alfa de Cronbach fue de 0,786 para el Componente 1 y de 0,705 para el Componente 2⁷⁹.

2.7.3 APGAR DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Diseñada por Smilkstein, validada en Chile por Maddaleno, Florenzano *et al* (1987), diseñado para medir el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del individuo con su vida familiar, aplicables en la entrevista clínica adolescente. Es un instrumento autoaplicado, de tipo Likert, formado por 5 items, cada uno de estos evalúa un componente del funcionamiento familiar (afectividad, adaptabilidad, gradiente de crecimiento o desarrollo, participación, capacidad resolutive), las respuestas a estas se les asigna un valor de 0 a 2 puntos que van de; nunca, a veces y siempre. Cada uno de estos valores se suman, obteniendo así el puntaje total que fluctúa entre 0 a 10 puntos. A mayor puntaje mayor satisfacción. Entrega tres categorías: Disfunción familiar severa = 0-3 puntos, disfunción familiar moderada = 4-6 puntos y familia funcional = 7-10 puntos (Ver anexo 5)

El análisis de la confiabilidad mostró un coeficiente de correlación significativo según el método de división en mitades; $r = 0,52$ a $0,87$, p valor = $<0,01$, valores similares a los coeficientes de correlación encontrados por Smilkstein (Ver anexo 6)⁸³.

2.7.4 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN

Este instrumento fue diseñado por los autores de este estudio, el cual tiene por objetivo conocer las características sociodemográficas de la muestra de estudio a evaluar, este cuestionario contempla preguntas con respuesta cerrada: sexo, edad, número de personas que viven en el hogar, ingreso promedio mensual, nivel que cursa, promedio de calificación año anterior, nivel de consumo de alcohol (Ver anexo 7).

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizará con 3 instrumentos más 1 cuestionario de caracterización, todos ellos autoaplicados y administrados por un encuestador, en las salas de clases de los cursos de los establecimientos educacionales seleccionados aleatoriamente.

Las instrucciones para el llenado de los instrumentos fueron planificadas y registradas previamente en un protocolo para el encuestador, el cual describe criterios para presentar los instrumentos y dar indicaciones a los alumnos. Además, los encuestadores fueron entrenados para normar la administración adecuada de las instrucciones y método de resolución de dudas de los participantes, con el propósito de evitar influir en las respuestas de los encuestados o promover respuestas socialmente aceptadas. Estas dos acciones se basan para minimizar el potencial sesgo de medición durante la administración de los instrumentos.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se realiza solicitud formal por parte de la Escuela de Enfermería a los establecimientos educacionales seleccionados. Una vez acordada fecha y hora se explica a los alumnos de cada curso seleccionado en que consiste la investigación y el instrumento que deben contestar. Se envía consentimiento informado para que los apoderados firmen la autorización de sus pupilos en el estudio, hay se explica el tipo de estudio, instrumentos y tiempo que tomara, además de la confidencialidad de los datos, se solicita asentimiento de los estudiantes, todo el proceso de investigación basado en los principios de Helsinki³⁵ (Ver anexo 8).

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La información recolectada se analizará con el programa estadístico SPSS, para el análisis de las variables cualitativas se utilizarán medias y porcentajes en cuanto al análisis de los datos cuantitativos se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson si la distribución es normal o el coeficiente de correlación de Spearman en caso de que la distribución no sea normal.

III. RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se estudió una muestra de 479 alumnos entre 13 y 19 años que asisten a establecimiento municipales y particular subvencionado de la comuna de Chillan. Se obtuvo una porcentaje de deserción del 2,1%.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes escolarizados de la muestra según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	n	%
Edad (años)		
13-14	116	24,2
15-16	261	54,5
17-18	98	20,5
>18	4	0,8
Sexo		
Hombre	219	45,7
Mujer	260	54,3
Personas que viven en la casa		
1-2	37	7,7
3-4	282	58,9
5 y más	153	31,9
No sabe/ no contesta	7	1,5
Ingreso económico familiar (<i>per capita</i>)*		
\$0 – \$74.969	71	14,8
\$ 74.970 – \$125.558	119	24,8
\$ 125.559 – \$193.104	98	20,5
\$ 193.105 – \$352.743	85	17,7
\$ 352.744 y más	31	6,5
No sabe/ no contesta	75	15,7
Consumo de alcohol últimos 6 meses		
0 veces	237	49,5
1 a 3 veces	133	27,8
Mayor a 3 veces	109	22,8

Fuente: Elaboración propia

*Quintiles

En la tabla 1 se presenta la distribución de los adolescentes escolarizados de la muestra según características sociodemográficas, encontrándose en la edad un 54,5% entre los 15 y 16 años, de sexo femenino 54,3%, el 58,9% vive con 2 o 3 personas, el 24,8% está el segundo quintil de ingresos económicos, en cuanto al alcohol el 22,8% consumió más de 3 veces durante los últimos 6 meses.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes escolarizados de la muestra según características académicas

Características Académicas	N	%
Curso (actual)		
1° - 2° medio	296	61,8
3° - 4° medio	183	38,2
Calificación escolar *		
4.0 a 4.9	26	5,4
5.0 a 5.9	247	51,6
6.0 y más	194	40,5
No sabe/ no contesta	12	2,5

Fuente: Elaboración propia

*Basada en una escala de 1 a 7

Respecto a las características académicas de los participantes del estudio (tabla 2), el 51,6% refirió haber aprobado el curso anterior con un promedio entre 5,0-5,9 y el 61,8% se encontró cursando 1° o 2° medio.

Tabla 3. Distribución de los adolescentes escolarizados de la muestra según su nivel de autoestima, funcionalidad familiar e ideas suicidas

Variables	N	%
Autoestima		
Bajo	124	25,9
Medio	94	19,6
Alto	261	54,5
Funcionalidad Familiar		
Familia muy funcional	295	61,6
Familia moderadamente disfuncional	123	25,7
familia con grave disfunción	61	12,7
Idea Suicida		
< 5	356	74,3
> o = 5	123	25,7

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa la distribución de los adolescentes escolarizados de la muestra según su nivel de autoestima, funcionalidad familiar e ideas suicidas, encontrándose que el 25,9% obtuvo una baja autoestima, el 12,7% señaló vivir en una familia gravemente disfuncional y el 25,7% se encontró con alta idea suicida.

Tabla 4. Relación entre idea suicida y características sociodemográficas en los adolescentes escolarizados de la muestra.

Características sociodemográficas	Idea Suicida		χ^2	p-valor
	Bajo nivel de idea suicida (n=356)	Alto nivel de idea suicida (n=123)		
Edad (años)			4,494	0,202*
13-14	81 (22,8%)	35 (28,5%)		
15-16	204 (57,3%)	57 (46,3%)		
17-18	68 (19,1%)	30 (24,4%)		
>18	3 (0,8%)	1 (0,8%)		
Sexo	(n=356)	(n=123)	11,619	0,001
Hombre	179 (50,3%)	40 (32,5%)		
Mujer	177 (49,7%)	83 (67,5%)		
Ingreso económico familiar (per capita)**	(n=356)	(n=123)	15,950	0,007
\$0 – \$74.969	45 (12,6%)	26 (21,1%)		
\$ 74.970 – \$125.558	83 (23,3%)	36 (29,3%)		
\$ 125.559 – \$193.104	82 (23,0%)	16 (13,0%)		
\$ 193.105 – \$352.743	65 (18,3%)	20 (16,3%)		
\$ 352.744 y más	19 (5,3%)	12 (9,8%)		
No sabe/ no contesta	62 (17,4%)	13 (20,6%)		
Consumo de alcohol últimos 6 meses	(n=356)	(n=123)	19,072	<0,001
0 veces	197 (55,3%)	40 (32,5%)		
1 a 3 veces	88 (24,7%)	45 (36,6%)		
Mayor a 3 veces	71 (19,9%)	38 (30,9%)		

Fuente: Elaboración propia

* P-valor ajustado según permutación de Montecarlo

** Quintiles

En la tabla 4 se observa que la idea suicida se asocia significativamente ($p < 0,001$) en las mujeres con 67,5%, en familias con ingresos económicos menores a \$193.104 con un 63,4% y el grupo que consume alcohol mayor a 3 veces durante los últimos 6 meses en un 30,9%. Para la variable edad, no se asoció estadísticamente con idea suicida ($p = 0,202$).

Tabla 5. Relación entre idea suicida y las variables académicas en los adolescentes escolarizados de la muestra.

Características académicas	Idea Suicida		χ^2	p-valor
	Bajo nivel de idea suicida (n=356)	Alto nivel de idea suicida (n=123)		
Curso				
1° - 2° año medio	217 (61,0%)	79 (64,2%)	0,415	0,520
3° - 4° año medio	139 (39,0%)	44 (35,8%)		
Calificaciones *	(n=356)	(n=123)		
4.0-4.9	15 (4,2%)	11 (8,9%)	10,480	0,015
5.0-5.9	177 (49,7%)	70 (56,9%)		
6.0 y más	152 (42,7%)	42 (34,1%)		
No sabe/ no contesta	12 (3,4%)	0 (0%)		

Fuente: Elaboración propia

*Basada en una escala de 1 a 7

* Notas ajustada según permutación Montecarlo

La tabla 5 muestra que las calificaciones de los estudiantes se asociaron estadísticamente con idea suicida ($p=0,015$), puesto que el 56,9% de los sujetos con alto nivel de idea suicida presentaron calificaciones entre 5,0 y 5,9, versus el 42,7% de los escolares con bajo nivel de idea suicida tuvieron calificaciones mayores que 6,0.

Respecto al nivel cursado (tabla 5), no se encontró una asociación estadísticamente significativa con idea suicida ($p=0,520$).

Tabla 6. Relación entre idea suicida y autoestima en los adolescentes escolarizados de la muestra.

Autoestima	Idea Suicida		Total
	Bajo nivel de idea suicida (n= 356)	Alto nivel de idea suicida (n=123)	
Bajo	48 (13,5%)	76 (61,8%)	124 (25,9%)
Medio	69 (19,4%)	25 (20,3%)	94 (19,6%)
Alto	239 (67,1%)	22 (17,9%)	261 (54,5%)
Total	356 (100%)	123 (100%)	479 (100%)

Fuente: Elaboración propia

χ^2 : 123,133 (gl=2) ; p<0,001

En la tabla 6 muestra que la autoestima se asoció estadísticamente con idea suicida (p<0,001), puesto que el 61,8% tuvo alto nivel de idea suicida y baja autoestima, mientras que el 67,1% de escolares con bajo nivel de idea suicida presentó un alto nivel de autoestima.

Tabla 7. Relación entre idea suicida y funcionalidad familiar en los adolescentes escolarizados de la muestra.

Funcionalidad familiar	Idea Suicida		Total
	Bajo nivel de idea suicida (n= 356)	Alto nivel de idea suicida (n=123)	
Familia con grave disfunción	23 (6,5%)	38 (30,9%)	61 (12,7%)
Familia moderadamente disfuncional	84 (23,6%)	39 (31,7%)	123 (25,7%)
familia muy funcional	249 (69,9%)	46 (37,4%)	295 (61,6%)
Total	356 (100%)	123 (100%)	479 (100%)

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2:60,920$ (gl=2) ; $p<0,001$

Al relacionar la funcionalidad familiar de los participantes del estudio con idea suicida (tabla 7), se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$), puesto que el 30,9% de los escolares con alto nivel de idea suicida provienen de familias con grave disfunción familiar, versus el 6,5% del grupo con bajo nivel. El 69,9% de sujetos con bajo nivel de idea suicida corresponde a escolares cuyas familias son muy funcionales, versus el 37,4% del grupo con alto nivel de idea suicida.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

La investigación tuvo como propósito analizar la relación de autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, características sociodemográficas y académicas con la presencia de ideas suicidas en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

La muestra estuvo conformada por 479 adolescente escolares, de establecimientos educacionales seleccionados al azar, exceptuando a aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio señalan que:

En relación a las características sociodemográficas, estuvo constituida en mayor proporción por adolescentes de entre 15-16 años con un 54,5%, con edad promedio de 15,49 años, concordantes a los estudios de Salvo et al (Chillan, 2008)⁷⁵, Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴ y Lee GY et al (Corea, 2015)⁷¹, donde los promedios de edad trabajados eran similares (15-16 años). Referente al sexo de los participantes del estudio, se evidenció que el porcentaje más alto de la investigación eran mujeres con 54,3%, resultados similares se obtuvieron en estudios realizados por Salvo et al, (2008, 2013, Chillán)^{75,76}, donde el 51,2% eran del género femenino. Sin embargo, estos resultados se contraponen a los estudios de Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴, Barroilhet et al (Santiago, 2012)⁷³ y Lee GY et al (Corea, 2015)⁷¹, donde el porcentaje de hombres era superior.

Respecto a la cantidad de personas que vivían en el hogar, el 58,9% de los participantes del estudio refirió vivir en hogares constituidos por 3-4 personas, con respecto a esta variable existe poca literatura que evalúa la cantidad de personas de una familia, sin embargo, este resultado difiere con los de Lauren et al (Ruanda, 2015)⁸⁵, donde el 52,05% de los participantes vivían con un cuidador único.

De acuerdo a los ingresos económicos per-cápita mensual, los quintiles más representativos fueron el 2° y 3°, con un 45,3% del total de la muestra, al ser una variable poco asociada a

la idea suicida, existe escasa literatura al respecto, sin embargo, los resultados concuerdan con un estudio de conducta suicida y trastornos psiquiátricos por Silva et al (Chile, 2013)⁸⁴, que más del 50% del estudio presentaba ingresos mayores a \$75.000, e inferiores a \$260.000.

En cuanto al consumo de alcohol, un 50,6% refirió haber consumido alcohol al menos 1 vez durante los últimos 6 meses, discordante con la “Encuesta Mundial de Salud Escolar” (Chile 2004 y 2005)⁷ donde se encontraron valores entre 25% y un 33% en la población adolescentes.

En relación a las variables académicas, 61,8% del total de participantes del estudio se encontraban entre 1°-2° medio y además un 51,6% presentaban un promedio de calificaciones entre 5.0 – 5.9, concordante con el estudio de Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴, donde en su investigación trabaja la variable curso, con enseñanza media, donde el porcentaje mayor se enmarco en el curso de 1° medio, con un 35,9%.

Con respecto a la variable Autoestima, más de la mitad de la muestra presentaba una alta autoestima (54,5%), resultados discordantes con el estudio de Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴, donde se observa que predomina la autoestima normal con un 47,2%.

Respecto a la variable de idea suicida, se obtuvo que el 25,7% presentó alto nivel de idea suicida, resultados concordantes con el estudio de Lauren et al (Ruanda, 2015)⁸⁵, donde se obtuvo un valor de 20,64% sin embargo, se oponen a los estudios de Anthony et al (New York, 2012)⁸⁶ y la “Encuesta Mundial de Salud Escolar” (Chile 2004 y 2005)⁷ donde se encontraron que 13,92% y 18% presentaban alto nivel de idea suicida respectivamente.

Al relacionar edad con idea suicida no se encontró asociación estadística (p-valor 0,202) para este rango de edad (13-19), tal como en el estudio de Valdivia et (Concepción, 2015)⁷⁴, donde el resultado tampoco resultó significativo no un p-valor de 0,621. Sin embargo, un estudio de Salvo et al (Chillan, 2013)⁷⁶, indica que la edad, con un p valor 0,001, si se relaciona con idea suicida en rangos similares de edad (14-19 años).

Al relacionar el sexo, se observa que el género femenino presenta una mayor idea suicida con 67,5% y un p-valor=0,001, concordante con el estudio de Salvo et al (Chillán, 2008)⁷⁵, donde el 56% de los participantes con idea suicida eran mujeres, sin embargo los resultados difieren con los estudios Barroilhet (Santiago, 2012)⁷³, donde el 31% de las mujeres tuvo ideación suicida alguna vez en la vida y Anthony et al (New York, 2012)⁸⁶, donde se repite la observación con un 17% de prevalencia en mujeres. No obstante, en todos se evidenció la superioridad de género femenino frente a la ideación suicida.

Al momento de relacionar los ingresos económicos per-cápita mensual, los quintiles con mayor riesgo de idea suicida son el 1° y 2° con un 21,1% y 29,3% respectivamente y un p-valor=0,007, resultado similares al estudio de Lee GY (Corea, 2015)⁷¹, el cual señaló que las personas que perciben una mala situación económica tienen mayor tendencia a las ideas suicidas, con 17,7% para hombres y 28,1% para mujeres, y al estudio de Corcoran et al (Irlanda, 2015)⁸⁷, donde una muestra de 15 a 24 años señala que después de un momento de crisis económica los hombres presentaron un 6% más de suicidio, es decir, al disminuir el ingreso económico aumento el riesgo de suicidio.

Al relacionar el consumo de alcohol en los últimos 6 meses con idea suicida se observó que los participantes con mayor pensamiento suicida consumieron de 1 a 3 veces con un 36,6% y un p-valor <0,001, en concordancia con el estudio de Salvo et al (Chillan, 2013)⁷⁶ donde el p-valor<0,001, es decir se relaciona directamente con la idea suicida.

Al relacionar las variables académicas con idea suicida, los participantes que presentaron mayor pensamiento suicida son los que se encontraban entre 1°-2° año medio con un 64,2% y un p-valor=0,520 para el rango de edad de este estudio, dichos valores coinciden con los resultados de Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴ donde la escolaridad no fue significativa con un p-valor=0,683, estos resultados se contradicen con el estudio de Lee GY (Corea, 2015)⁷¹ el que señala una alta relación entre el grado académico y la idea suicida, siendo más frecuente en 8°, 9° y 11° para hombres y 7°, 8° y 9° para mujeres con p-valor<0,001. Además la correlación del rendimiento académico con idea suicida, arrojó que aquellos

adolescentes con calificaciones entre 5.0 – 5.9 presentó mayor idea suicida con un 56,9% y un p -valor=0,015. Por el contrario, un estudio realizado por Lee GY et al (Corea, 2015)⁷¹, refieren que un pobre rendimiento académico está fuertemente asociado con idea suicida en ambos sexos, donde el porcentaje fue de 25,1% y 15% para hombre y mujeres respectivamente con un p -valor<0,001.

Referente a la relación entre autoestima e idea suicida, el 61,8% mantuvo una baja autoestima y una alta idea suicida, con un p -valor<0,001, semejante a diversos estudios encontrados en la literatura, como Salvo et al (Chillán, 2008)⁷³, donde su relación fue altamente intensa, con un p -valor<0,001, y de Valdivia et al (Concepción, 2015)⁷⁴, donde también se asocia la autoestima, con p -valor=0,02.

La funcionalidad familiar e idea suicida se asoció significativamente con un p -valor<0,001, la familia altamente funcional y bajo nivel de idea suicida fue del 69,9%, datos concordantes se obtuvieron en el estudio de Florenzano et al (Chile, 2011)³⁸ donde la participación en decisiones familiares con un p -valor<0,05, la aceptación parental con un p -valor<0,01 y la expresiones de afecto físico con un p -valor<0,01 se asocian a menor idea suicida y mejor funcionalidad familiar esto pone de manifiesto la importancia de la estructura y la dinámica familiar en la salud mental como método preventivo y coincide con lo planteado en la literatura^{74,75}.

En relación a las hipótesis planteadas en el estudio aceptamos la Hipótesis 1, que dice un bajo nivel de autoestima se relaciona con una mayor proporción de ideas suicidas entre los adolescentes escolarizados, ya que un bajo nivel de autoestima se relaciona con una mayor proporción de ideas suicidas con p -valor<0,001.

Con respecto a la Hipótesis 2, una buena funcionalidad familiar se relaciona con una menor proporción de ideas suicidas entre los adolescentes escolarizados, podemos decir que se acepta ya que la correlación entre idea suicida y funcionalidad familiar fue altamente significativa con un p -valor<0,001, considerando así la variable como un factor protector frente al intento de suicidio adolescente.

La Hipótesis 3 señala que la relación de idea suicida y género, se relaciona mayormente con mujeres entre los adolescentes escolarizados, hipótesis también aceptada y corroborada con los resultados del estudio, donde la relación entre estas variables resultó altamente significativa con un p-valor=0,001 siendo mayormente en mujeres con un 67,5%.

4.2 LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación aportan en el cuerpo del conocimiento en Enfermería en el área de Salud Mental, referente al suicidio adolescente. Sin embargo, hay que tener presente algunas consideraciones en la realización de futuros estudios, como:

Información limitada sobre el tema de investigación, así como dificultad para acceder a documentos científicos que requieren de la compra de estos para obtener la versión completa.

Difícil acceso a los establecimientos educacionales, debido a su manejo y organización interna, además de la percepción que presentan sobre el tema de estudio tratado. Agregar además que la postura de diferentes establecimientos religiosos frente al suicidio dificulta el estudio.

Este estudio al ser una actividad extra académica y no evaluada por ente educacional, genera poca atención, motivación y participación de los adolescentes escolares.

Al tratarse de adolescentes, sumado al carácter de autoaplicado del instrumento y el desconocimiento que estos poseen sobre el ingreso económico mensual familiar, conllevó al uso de un alto error estadístico.

Problemas de coordinación y ajustes de horario académico de los diferentes establecimientos educacionales durante el proceso de aplicación de instrumentos.

4.3 SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta los resultados y las limitaciones de este estudio, es posible realizar las siguientes sugerencias con el fin de facilitar, ampliar, y enriquecer la información disponible para futuras investigaciones, dentro de ellas se encuentra:

Generar programas educativos a largo plazo, enfocados en la promoción de salud mental y en la prevención de suicidio adolescente, interviniendo el grupo de riesgo conformado por mujeres de 15 a 16 años, que presenten bajos ingresos económicos y que se hayan iniciado en el consumo de alcohol.

Complementar estos programas con evaluaciones periódicas, para controlar la eficacia del programa implementado en la población objetivo.

Continuar con la línea de investigación y realizar estudios posteriores para evaluar a nivel comunal el plan de mejoras implementadas.

Sin embargo no se debe descuidar el género masculino, si bien poseen menor presencia de idea suicida, en momentos de crisis eligen métodos más efectivos para el intento de suicidio, es por esto que presentan mayor suicidio consumado.

Fomentar vínculos entre CESFAM y Establecimientos educacionales, para difundir los programas que se entregan en APS enfocados en la promoción y salud mental de la población adolescente.

Crear y reforzar redes de comunicación entre la universidad y los distintos establecimientos educacionales de la comuna de Chillán a fin de favorecer la investigación de la población adolescente y los colegios puedan intervenir de manera precoz problemas de salud mental de sus estudiantes.

4.4 CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue encontrar la relación existente entre idea suicida, autoestima, funcionalidad familiar y consumo de alcohol de adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán, así aportar al conocimiento en el área de salud mental en Enfermería.

En base a los resultados obtenidos en este estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

Los participantes de la muestra principalmente eran mujeres entre 15-16 años las cuales vivían con 2-3 personas, formaban parte del 2° quintil, no presentaban consumo de alcohol en los últimos 6 meses, cursaban 1°-2° medio y tenían un promedio de notas de 5,0-5,9.

Es necesario destacar que Autoestima, funcionalidad familiar y consumo de alcohol fueron las variables que se asociaron con mayor fuerza a las ideas suicidas, esto conlleva que enfermería logre tener evidencia científica mediante la cual pueda generar herramientas y crear planes de intervención en la población adolescente, a fin de fomentar la participación propia en su salud a través del autocuidado, modelo de enfermería ampliamente difundido en la actualidad y propuesto por la teórica Dorothea Orem. Este modelo es relevante ya que forma parte fundamental de la salud de las personas. Entendemos el autocuidado como acciones propias que tienen por objetivo mejorar, mantener o restaurar su salud. Por lo tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Referente a la autoestima, se concluye que los alumnos que presentan una baja autoestima, tienen una mayor probabilidad de presentar idea suicida a lo largo de su adolescencia, ya que el 61,8% de los participantes con alto nivel de idea suicida, presentaron una baja autoestima. Esto se debe a la gran variedad de cambios psicológicos, sociales, emocionales y físicos, que se producen en la adolescencia, siendo este último de gran trascendencia, debido a que ellos buscan su identidad personal y pertenencia de grupos. Es así como los adolescentes le dan mayor importancia a la percepción que presentan terceros de su imagen corporal, por lo

que cualquier cambio que se genere y no está dentro de sus expectativas, generará disconformidad y a su vez una baja autoestima, llegando a desencadenar en algunos casos una idea suicida. Es por este motivo que es importante fomentarla desde temprana edad mediante el cariño propio y de esta forma conseguir satisfacción personal con lo que así también mejorará la salud de este.

Al correlacionar funcionalidad familiar con idea suicida, resulta de suma importancia destacar que el poseer una alta funcionalidad en la familia, disminuye considerablemente la probabilidad de presentar ideas suicidas, considerando esa variable como un factor protector en este estudio. Esto podría deberse a que los adolescentes en momentos de crisis suelen recurrir a sus redes de apoyo más cercanas, siendo relevante la familia, ya que es esta quien los acompañará a lo largo de todo el ciclo vital. Es por esto que una familia funcional logrará ayudar a superar a estas crisis mientras que una familia disfuncional no logrará ayudar a solucionar los problemas que al adolescente le surjan, mermando su estado anímico. Además, en esta etapa la búsqueda de mayor participación en la toma de decisiones y ser escuchados puede generar conflictos dentro del núcleo familiar, generando quiebres en las relaciones familiares, siendo de gran impacto en la funcionalidad de esta. Enfocándose en la enfermería es de suma importancia lograr que las familias posean una buena funcionalidad, ya que esto repercute directamente en los adolescentes, puesto que es la familia quien les enseña a cuidarse desde la infancia.

El consumo de alcohol es un factor predisponente para la presencia de idea suicida en adolescentes escolarizados, según este estudio el 30,9% de aquellos que consumieron alcohol en los últimos 6 meses tenían alta presencia de idea suicida, esto puede deberse ya sea que los adolescentes recurren al alcohol para escapar de los problemas o que el alcohol genera estados de ánimo más bajos, propiciando los pensamientos suicidas. Al tratarse de una bebida nociva ampliamente aceptada en la sociedad, lleva a los adolescentes a experimentar su consumo a temprana edad, ya que para ellos presenta una imagen positiva, debido a que su consumo se efectúa en momentos de distracción en la vida diaria,

teniendo así una percepción errónea de esta, la cual estará perjudicando la salud física y mental es por esto que se hace importante la educación temprana sobre los riesgos y consecuencias que su ingesta conlleva.

Se puede concluir que en el apartado de sexo, existe una alta relación en el género femenino con idea suicida con un 67,5% siendo concordante con la literatura referente al tema de investigación, esto puede deberse a que se encuentran más conectadas a su inteligencia emocional; cabe destacar que a pesar de estos resultados, el sexo masculino, si bien poseen menor presencia de idea suicida, en momentos de crisis eligen métodos más efectivos para el intento de suicidio, es por esto que presentan mayor suicidio consumado.

Con respecto al ingreso económico per-cápita mensual el 49,3% de la muestra se encontraba en los quintiles 2-3, esto se puede deber a que los colegios en los cuales se aplicaron los instrumentos, en su mayoría eran particulares subvencionados.

La relación entre idea suicida con ingreso económico per-cápita mensual, un 50,4% de las personas con alto nivel de idea suicida pertenece a los 2 primeros quintiles, esto podría deberse a que hoy en día el ingreso económico repercute directamente en la calidad de vida del adolescente y su familia, debido a que este es una limitante para el surgimiento dentro de una sociedad.

Referente a la relación de promedio de calificaciones e idea suicida, se evidenció que esta se asocia significativamente, al detectar que los alumnos con promedio de nota entre 5.0 y 5.9 presentaron mayor idea suicida, esto se podría deber al estrés que genera el no cumplimiento de las expectativas mediante su esfuerzo para una superación personal y llegar así a mejores calificaciones, a todo esto, se suman las expectativas sociales y familiares que se tiene de ellos.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2014 [Citado 31 Ago 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. Organización Panamericana de la salud. Informe regional Mortalidad por suicidio en las américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2014 [Citado 2 Sept 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=e
3. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N°027 Programa Nacional de Prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [Citado 2 Sept 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
4. International Association for Suicide Prevention. Nota de prensa de IASP con motivo del día Mundial de la prevención del suicidio [Internet]. Suiza; 2015 [Citado 3 Sept 2015]. Disponible en: https://iasp.info/wspd/pdf/2015/2015_wspd_brochure_spanish.pdf
5. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Principales causas de muerte según región, sexo y año de defunción 1997 a 2012 Database. Chile:DEIS; 2013.
6. OECD. C04.1: Teenage suicide (15-19 years old)[Internet]. Francia, Paris:OECD; 2011 [Citado 3 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/39/36/48968307.pdf>
7. Ministerio de salud. Encuesta Mundial de salud escolar Chile 2004-2005 [Internet]. Chile, Santiago; 2005 [Citado 3 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/emse/chile/encuesta2005.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por

- abuso de sustancias [Internet]. Suiza, Ginebra: OMS; 2008 [Citando 4 Sept 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Suiza, Ginebra; 2012 [Citado 4 Sept 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
 10. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio un Instrumento para Médicos Generalistas [Internet]. Suiza, Ginebra: OMS; 2000 [Citado 5 Sept 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
 11. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Plan de Acción 2012-2020 [Internet]. Chile, Santiago 2ªed; 2013 [Citado 5 Sept 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
 12. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Protocolo de referencia y contrareferencia Salud Mental Infanto-Juvenil [Internet]. Chile, Santiago [Citado 5 Sept 2015]. Disponible en: http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/hospital_roberto_del_rio/salud_mental/protocolo_salud_mental_infanto_juvenil.pdf
 13. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile, Santiago: MINSAL; 2010.
 14. 1. Perez S. ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes? [Internet]. World Psychiatric Association. 2015 [Citado 5 Sept 2015]. Available from: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/como-evitar-el-suicidio.pdf
 15. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes “Control de Salud Adolescente” [Internet]. Chile: MINSAL; 2014 [Citado 6 Sept 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014CONTROLSALUDADOLESCENTE.pdf>
 16. Valdés C, Errázuriz P. Salud Mental en Chile. El Pariete Pobre del Sistema de Salud. Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales [Internet].N°11; Agosto 2012 [Citado 6

- Sept 2015]. Disponible en: http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf
17. Fundación Española de Psiquiatría de Salud Mental. Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid; 2011 [Citado 6 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Suicidio-y-psiquiatr%C3%ADa.-Recomendaciones-preventivas-y-de-manejo-del-comportamiento-suicida.pdf>
 18. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N° 027. Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Orientaciones para su Implementación [Internet]. Chile; 2013 [Citado 6 Sept 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
 19. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. [Internet]. Chile; Diciembre 2013 [Citado 6 Sept 2015]. Disponible en: http://www.academia.edu/7673873/ESTRATEGIAS_DE_VINCULACI%C3%93N
 20. Salvo L, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2008 Jun [citado 2015 Dic 04]; 46(2): 115-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000200005&script=sci_arttext
 21. Papalia D, Wendkos S, duskin R. Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia. 9° edición. México: Mc Graw Hill; 2005.
 22. Berger K, Klajn D, Latrónico A. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. 7° ed Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2007.
 23. Perez P., Santiago M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. 1° ed. Cuba: Minsap; 2002.
 24. Ruiz Gil M, Villa Gómez J. A cada uno le llega su hora: Tragicomedia social de jóvenes y adultos. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2001. 1era Edición: 112-7. 4..

25. . Melgosa J. Para adolescentes y padres. Madrid: Editorial Safeliz; 1997; 1era edición: 195-75.
26. García Madruga JA, Delval J, Sanchez Queija I, Herranz Ybarra P, Gutiérrez Martínez F, Delgado Egido B, et al. Psicología del Desarrollo 1. 2010; Volumen 1, Edición digital: ¿-6
27. Aguirre Baztán A. Psicología de la adolescencia. Barcelona: Boixareu Universitaria; 1994; 5-301.
28. Erikson E H. Sociedad y Adolescencia. 2004, 19° edición; 153-5
29. 7. Alcántar M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. [licenciatura]. Universidad nacional autónoma de méxico; 2002.
30. Lourdes Eguiluz L, Hermelinda Córdova M, Rosales J. Ante el suicidio su comprensión y tratamiento, 1°ed México: Pax México; 2010
31. Real Academia Española.es Suicidio [Internet]. Madrid: Real academia española; [Fecha de actualización Oct 2014; Citado 13 de Nov de 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/>
32. Durkheim, E. El suicidio, 5°ed Madrid: Ediciones Akal; 1998 8.
33. Organización Mundial de la Salud. El suicidio y los intentos de suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 1976 [Citado 7 Oct 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_\(part1\)_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)
34. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Cuaderno de salud pública N°35 [Internet]. Ginebra; 1969 [Citado 9 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37857/1/WHO_PHP_35_spa.pdf
35. Manzini Jorge Luis. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Jun 29] ; 6(2): 321-334. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>.
36. Silverman M, Berman A, Sanddal N, O'Carroll P, Joiner T. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-

- Related Ideations, Communications, and Behaviors. The American Association of Suicidology. 2007; Volumen(37): 264-277
37. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I. Evaluación y Tratamiento. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
 38. Florenzano U, Valdés C, Cáceres C, Santander R, Aspillaga H, Musalem A. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Jun 29] ; 139 (12): 1529-1533. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>.
 39. Florenzano R. El Adolescente y sus conductas de riesgo 1° ed Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1997
 40. NANDA. Diagnósticos enfermeros Definición y Clasificación 2012-2014. Heather T Editor España: Elsevier; 2013
 41. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D. C.: OPS; 2009. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
 42. Pérez Barrero S. El suicidio, comportamiento y Prevención. Rev. Cubana Med Gen Integr. Cuba 196-217; 1999
 43. Wilber k. Psicología integral. 4° ed. España, Barcelona: Kairós; 2007.
 44. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
 45. Gonzales N., López A. La autoestima.1° ed. México: Universidad autónoma del estado de México; 2001.
 46. McKay M., Fanning P. Autoestima: Evaluación y mejora. 1° ed. España, Barcelona; Martínez roca; 1991.
 47. André C. Lelord F. La autoestima. 5° ed. España, Barcelona: Kairós; 2009.

48. Domenech E. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. 1° ed. España, Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; 2005.
49. Altun I. "Burnout and nurses" personal and professional values. Nursing Ethics [Revista en Internet] 2002. [Citado 12 Nov 2015]; 9(3): 269-278. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035432>
50. Maw J. Maw A. Imagery, self-esteem and laughter. Occup-Health-London [Revista en internet] 1995. [Citado 12 Nov 2015]; v 47 (2): 55-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885668>
51. Fórnés J. Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. Psiquiatria.com [Revista en internet]. 2003 [Citado 12 Dic 2015]; 7(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/344/327/>
52. Branden N. La autoestima en el trabajo. 1° ed. España, Barcelona: Paidós, 1999.
53. Mussen. Paul H. Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño. 2° ed. México: Trillas; 1990.
54. Última actualización de la Constitución: Ley N° 20.860, del 20 de octubre de 2015. Artículo 1.
55. Jesús B. Psicología de la Educación. Barcelona: Boixareu Universitaria, 1995.
56. EL DESARROLLO SOCIAL Y AFECTIVO EN LOS NIÑOS DE PRIMER CICLO BÁSICO. Tesis, Universidad Mayor, Facultad de Educación. Por: Mónica A. Álvarez F.; María M. Becerra V.; Fabiola E. Meneses S. Profesor Guía: Bartolomé Yankovic N., Santiago, 2004.
57. EL DESARROLLO SOCIAL Y AFECTIVO EN LOS NIÑOS DE SEGUNDO CICLO BÁSICO. Tesis, Universidad Mayor, Facultad de Educación. Por: Paola González, Claudia Cancino, Paola Campos. Prof. Guía: Bartolomé Yankovic N., Santiago, 2004.
58. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos N° 587. Índices Estadísticos de la Salud de la Familia. Ginebra; 1976. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40938/1/WHO_TRS_587_spa.pdf
59. Ariza L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.

- rev.colomb.psiquiatr. [Revista de Internet]. 2006 Mar [Citado 4 Dic 2015] ; 35(1): 23-29.
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>
60. 15. Apgar Familiar [Internet]. Ministerio de Salud. [citado 1 Nov 2015]. Disponible en:
http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf
61. Bordignon N A, El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto[Revista de Internet]. Revista Lasallista de Investigación [Citado 4 Dic 2015].
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>.
62. Ortega A, Fernández T, Osorio F. Funcionamiento familiar: Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 4 Dic 2015] ; 19(4): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400002&script=sci_arttext
63. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1 ; 2014. Disponible en:
<https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>
64. Ortiz M. La Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1999 Ago [citado 4 Dic 2015]; 15(4): 439-445. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi17499.pdf
65. World Health Organization. Alcohol. [Internet]. Suiza: Editado por Organización Mundial de la Salud 2015 [Actualizada enero 2015; Citado 17 May 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
66. Organización panamericana de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud: información clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. 1°ed [Internet]. Washington, DC: OPS, 2008 [Citado 15 May 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
67. Leal E. Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo [Internet]. Universidad de Sevilla: colegio oficial de psicología.

- 2004; Volumen 22 (3): 403-420 [Citado 18 May 2015]. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/64/66>
68. Perry, Potter. Fundamentos de enfermería. Volumen 1. Quinta edición. Madrid, España: Harcourt;2001.
69. Orem D. Normas prácticas en enfermería. Primera Edición. Madrid, España: Pirámide; 1983.
70. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.
71. Lee GY, Choi YJ. Association of school, family, and mental health characteristics with suicidal ideation among Korean adolescents. Res Nurs Health. 2015 Aug; 38(4):301-10. doi: 10.1002/nur.21661. Epub 2015 Apr 27. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21661/pdf>
72. Berenice Pérez- Amezcua, M en C, Rivera L, M en C, I Erika E Atienzo, M en C, I Filipa de Castro, PhD, I Ahidee Leyva-López, M en C, I Rubén Chávez-Ayala, M en Psicol. I; Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana; Salud pública Méx vol.52 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008
73. Barroilhet S, Fritsch R, Guajardo V, Martínez V, Vöhringer P, Araya R et al. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Jul [citado 4 Dic 2015] ; 140(7): 873-881. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000700007&lng=es.
74. 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 4 Dic 2015]; 143(3): 320-328. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300006&lng=es.

75. Salvo G, Melipillán A. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2008 Jun [Citado 16 Oct 2015]; 46(2): 115-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000200005&lng=es.
76. Salvo G L, Castro S A. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Abr [citado 4 Dic 2015]; 141 (4): 428-434. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400002&lng=es.
77. Real Statistics using excel. Home [Internet]. Europa: Editado por Zaiontz, C. 2016 [actualizado enero 2016; Citado 10 de May 2016]. Disponible en: www.real-statistics.com/wp-content/uploads/2014/12/statistical-power-multiple-regression.png
78. Salvo G, Melipillán A, Castro S. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2009 Mar [citado 28 Nov 2015]; 47 (1): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100003&lng=es.
79. Rojas A, Zegers P, Förster M, Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Jun [Citado 28 nov 2015] ; 137(6): 791-800. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es.
80. Psicologíaenlinea. Autoestima rosenberg: Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) [Internet]. Editado por Espinoza, C. 2016 [actualizado Marzo 2016; Citado 21 May 2016]. Disponible en: <https://psicologosenlinea.net/1373-autoestima-rosenberg-escala-de-autoestima-de-rosenberg-rses.html#ird2ddq2d>

81. Consejo General de la Psicología de España. Home [Internet]. Cop.es [Actualizado enero 2016; Citado 14 May de 2016] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
82. Psicología especialista Barcelona. Test de autoestima [Internet]. Psicologiaespecialistabarcelona.com [actualizado enero 2016; citado 14 de mayo de 2016] Disponible en: http://psicologo-especialista-barcelona.com/test/test_de_autoestima.html
83. Maddaleno HM, Horwitz CN, Jara Vargas C, Florenzano Urzúa R, Zalazar RD. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes; A family function test in primary care attention of adolescents. Rev Chil Pediatr 1987; 58 (3): 246-9.
84. 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 22 Jun 2016]; 141(10): 1275-1282. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>.
85. 17. Ng L, Kirk C, Kanyanganzi F, Fawzi M, Sezibera V, Shema E et al. Risk and protective factors for suicidal ideation and behaviour in Rwandan children [Internet]. The British Journal of Psychiatry. 2015;207(3):262-268 [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26045350>
86. 18. Pisani A, Schmeelk-Cone K, Gunzler D, Petrova M, Goldston D, Tu X et al. Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment [Internet]. J Youth Adolescence. 2012;41(10):1312-1324 [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10964-012-9766-7>
87. 19. Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald A, Perry I. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis [Internet]. International Journal of Epidemiology. 2015;44(3):969-977[Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/44/3/969.long>
88. Miranda de la Torre Ixchel, Cubillas Rodríguez María José, Román Pérez Rosario, Abril Valdez Elba. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos

- asociados. Salud Ment [revista de Internet]. 2009 Dic [citado 28 May 2016]; 32 (6): 495-502. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es
89. Papalia D, Olds S, Feldman R, Olivares Bari S, Padilla Sierra G. Psicología del desarrollo. México: McGraw-Hill/Interamericana de México; 2009.
90. Forero LM, Avendaño M, Duarte ZJ, Campos A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2006 Mar [Citado 10 May 2016] ; 35(1): 23-29. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>
91. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=Wy9YtNaOODXX2uhtDb5a>
92. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=edad>
93. 21. Ruiz M. Evaluación vs Calificación [Internet]. Innovación y experiencias educativas. 2009 [Citado 25 Nov 2015]. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/MARIA%20DEL%20CARME N_RUIZ_1.pdf
94. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BkpVETm>
95. World Health Organization. Glosario de Términos alcohol y drogas. [Internet] Editado por Organización Mundial de la Salud en 1994 bajo el título Lexicon of Alcohol and Drug Terms.2008. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

96. Silva M., Brain Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. 1° ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006. Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=q0EzLNie4kYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

VI. ANEXOS

Anexo 1 Definición nominal y operacional de variables.

Variable	Teórico	Operacional
Idea Suicida (Variable dependiente)	Se refiere a los pensamientos en torno a la propia muerte y es de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumada ⁸⁸ .	Bajo riesgo Alto riesgo
Autoestima (Variable independiente)	Es la parte autoevaluativa del autoconcepto, el juicio que hace una persona sobre su autovalía ⁸⁹ .	Alta, media, baja
Función Familiar (Variable independiente)	Se refiere a la capacidad de adaptabilidad, cooperación, desarrollo emocional y físico, afectividad y capacidad de resolutivez que presenta una familia ⁹⁰ .	Familia muy funcional Familia moderadamente disfuncional familia con grave disfunción
Variables de caracterización de la muestra	Teórico	Operacional
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y plantas ⁹¹ .	Hombre-Mujer

Edad	Tiempo que ha vivido un ser vivo ⁹² .	Años
Calificación escolar	Unión entre el proceso educativo que sucede en la clase con lo que espera la sociedad, especialmente padres y administradores de la educación ⁹³ .	Calificaciones 1.0 a 7.0
Curso	Tiempo señalado de cada año para asistir a oír lecciones en un centro educacional ⁹⁴ .	1medio, 2medio, 3medio, 4medio.
Consumo de riesgo de alcohol	Patrón de consumo de sustancias alcohólico que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor, del tipo físico, mental y Sociales ⁹⁵ .	Consumo de bajo riesgo Consumo de riesgo Consumo Perjudicial
Ingreso económico Familiar	Se refiere a la suma de ingresos que percibe la familia ⁹⁶ .	1Quintil; 2Quintil; 3Quintil; 4Quintil; 5Quintil

Anexo 2 La expresión matemática utilizada de fórmula de regresión múltiple es la siguiente:

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2}}{w} \right) \cdot \left(\frac{1 - R^2}{1 - R_{XX_j}^2} \right) + p + 1$$

Reemplazando se tiene:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{0,25} \right) \cdot \left(\frac{1 - 0,6}{1 - 0,4} \right) + 2 + 1$$

Este valor en relación a la pérdida estimada se ajustó de acuerdo a la siguiente expresión:

$$n' \geq \frac{n}{1 - L}$$

Anexo 3 Escala de suicidalidad Okasha

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
1. ¿Has pensado que la vida no vale la pena?				
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
	Ningún intento	Un intento	Dos intentos	Tres o más
4. ¿Has intentado suicidarte?				

Punto de corte mayor o igual a 5 puntos.

Anexo 4 Escala de autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Creo que tengo un buen número de cualidades.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
A veces me siento verdaderamente inútil.				
A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Anexo 5 Apgar Familiar

Criterios de ubicación	0 Casi Nunca	1 A Veces	2 Casi Siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo le perturba?			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Anexo 6 Análisis de confiabilidad, APGAR familiar, Florenzano.

Tabla 4.	
Confiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar según el método de "División en mitades" ("Split-Half")	
ITEM*	R ** (Coeficiente de correlación de Pearson)
1.-	0,663
2.-	0,656
3.-	0,521
4. -	0,563
5.-	0,875

* Según Tabla 1.
** p 0,01

Anexo 7 Caracterización de la muestra

El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi asentimiento para participar en el estudio:

Sí

No

CUESTIONARIO CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Edad (en años):

Sexo: Hombre Mujer

Percepción social actual.

¿Cuántas personas viven en tu casa?

Percepción económica actual.

¿Cuál es el ingreso mensual promedio en tu casa?

\$0 - \$200.000		\$1.100.001 - \$1.200.000	
\$200.001 - \$300.000		\$1.200.001 - \$1.300.000	
\$300.001 - \$400.000		\$1.300.001 - \$1.400.000	
\$400.001 - \$500.000		\$1.400.001 - \$1.500.000	
\$500.001 - \$600.000		\$1.500.001 - \$1.600.000	
\$600.001 - \$700.000		\$1.600.001 - \$1.700.000	
\$700.001 - \$800.000		\$1.700.001 - \$1.800.000	
\$800.001 - \$900.000		\$1.800.001 - \$1.900.000	
\$900.001 - \$1.000.000		\$1.900.001 - \$2.000.000	
\$1.000.001 - \$1-100.000		\$2.000.000 y más	

Situación Académica.

Curso en que estas actualmente:

Promedio de notas curso anterior (año 2015):

He consumido licor en los últimos 6 meses (cerveza, vino, ron, vodka, etc):

0 veces 1 a 3 veces Más de 3 veces

Anexo 8 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Estimado participante:

Quienes suscriben, (Marcelo Dueñas Quijada, rut 18.431.114-3, Oscar Fernández Clavería, rut 18.452.391-4, Víctor Flores Vergara, rut 18.430.316-7), Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: (FACTORES RELACIONADOS CON IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE CHILLÁN).

El objetivo de este estudio es determinar los factores relacionados con ideas suicidas en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, un cuestionario sobre nivel de autoestima, ideación suicida y antecedentes académicos y socio-demográficos. Esto le tomará aproximadamente 20 a 25 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia ni pérdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta

sobre esta investigación, se puede comunicar con Aurora Henríquez, al teléfono oficina o carrera 042-2-463133 o al correo electrónico, ahenriquez@ubiobio.cl.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,
Marcelo Dueñas Quijada, Óscar Fernández Clavería, Víctor Flores Vergara y Fernanda Venegas Valenzuela.

ACEPTACIÓN

Yo, apoderado de _____, curso _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los tesisistas Marcelo Dueñas Quijada, Óscar Fernández Clavería, Víctor Flores Vergara y Fernanda Venegas Valenzuela sobre FACTORES RELACIONADOS CON IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE CHILLÁN. He recibido copia de este consentimiento.

Firma apoderado

Nombre y apellidos de quién toma el CI

Chillán, ___/___/2016

Anexo 9 Cartas de los establecimientos educacionales autorizando la aplicación de los instrumentos.

Colegio Polivalente Padre Alberto Hurtado (**En huelga indefinida**)
5 de Abril 416, Fono +56 42 2589500
Chillán, Región del Bío Bío

Chillán, Mayo 26 de 2016

Sra Pamela Montoya Cáceres
Directora de Escuela de Enfermería (S)
Universidad del Bio Bio, Chillán
Presente:

Estimada Directora, junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que los alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio, que están desarrollando su tesis titulada **“Factores relacionados con idea suicida en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán, 2016”**, han solicitado aplicar una serie de escalas implicadas en un cuestionario a los alumnos seleccionados al azar de nuestro establecimiento **“Colegio Polivalente Padre Alberto Hurtado, Chillán”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes, sin necesidad de enviar previamente el consentimiento informado a los padres, ya que consideramos que el estudio no prescribe ningún daño para los alumnos.

Sin otro particular se despide atentamente,

Fernando Molina Gutiérrez
Director(a) Colegio Polivalente
Padre Alberto Hurtado

Carlos Torres
Psicólogo Colegio Polivalente
Padre Alberto Hurtado

Marcelo Dueñas Quijada
18.431.114-3

Oscar Fernández Clavería
18.452.391-4

Víctor Flores Vergara
18.430.316-7



Colegio Tecnológico Darío Salas
20 de Agosto N° 50
Fono: 2-265496
Chillán Viejo

Chillán Viejo, Mayo 26 de 2016

Sra. Pamela Montoya Cáceres
Directora de Escuela de Enfermería (S)
Universidad del Bio Bio, Chillán
Presente:

Estimada Directora, junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que lo alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio, que están desarrollando su tesis titulada **“Factores relacionados con idea suicida en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán, 2016”**, han solicitado aplicar una serie de escalas implicadas en un cuestionario, a los alumnos seleccionados al azar de nuestro establecimiento **“Colegio Darío Salas Tecnológico de Chillán Viejo”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes, mediante entrega de consentimiento informado a cada uno de ellos, para la posterior firma de sus padres o tutor.

Sin otro particular se despide atentamente,



Vivian del Carmen Figueroa Tropa
Vivian del Carmen Figueroa Tropa
Directora Colegio Tecnológico
Darío Salas



Alexia Celina Mella Herrera
Alexia Celina Mella Herrera
Orientadora Colegio Tecnológico
Darío Salas

Marcelo Dueñas Quijada
Marcelo Dueñas Quijada
18.431.114-3

Oscar Fernández Clavería
Oscar Fernández Clavería
18.452.391-4

Víctor Flores Vergara
Víctor Flores Vergara
18.430.316-7



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

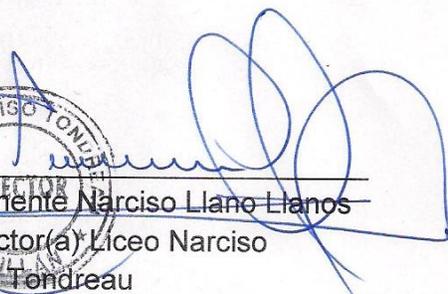
Liceo Narciso Tondreau
Claudio Arrau 755
Chillán, Región del Bío Bío

Chillán, Mayo 26 de 2016

Sra Pamela Montoya Cáceres
Directora de Escuela de Enfermería (S)
Universidad del Bio Bio, Chillán
Presente:

Estimada Directora, junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que lo alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio, que están desarrollando su tesis titulada **“Factores relacionados con idea suicida en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán, 2016”**, han solicitado aplicar una serie de escalas implicadas en un cuestionario, a los alumnos seleccionados al azar de nuestro establecimiento **“Liceo Narciso Tondreau, Chillán”**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes, mediante entrega de consentimiento informado a cada uno de ellos, para la posterior firma de sus padres o tutor.

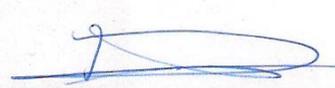
Sin otro particular se despide atentamente,



Clemente Narciso Llano Llanos
Director(a) Liceo Narciso
Tondreau



Jefa de UTP Liceo Narciso
Tondreau


Marcelo Dueñas Quijada
18.431.114-3


Oscar Fernández Clavería
18.452.391-4


Víctor Flores Vergara
18.430.316-7



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

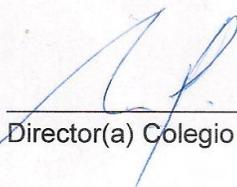
Colegio Chillán
Calle Sargento Aldea, 356
Chillán, Región del Bío Bío

Chillán, Mayo 19 de 2016

Sra Pamela Montoya Cáceres
Directora de Escuela de Enfermería (S)
Universidad del Bio Bio, Chillán
Presente:

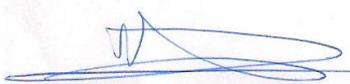
Estimada Directora, junto con saludarla me dirijo a Ud. Para comunicarle que los alumnos de V año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio, que están desarrollando su tesis titulada **"Factores relacionados con idea suicida en adolescentes escolarizados de la comuna de Chillán, 2016"**, han solicitado aplicar una serie de escalas implicadas en un cuestionario a los alumnos seleccionados al azar de nuestro establecimiento **"Colegio Chillán, Chillán"**, petición a la cual hemos accedido satisfactoriamente, autorizándolos como establecimiento educacional a aplicar dichas encuestas a nuestros estudiantes, sin necesidad de enviar previamente el consentimiento informado a los padres, ya que consideramos que el estudio no prescribe ningún daño para los alumnos.

Sin otro particular se despide atentamente,

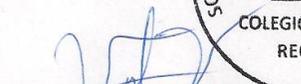

Director(a) Colegio Chillán


Daniela Venegas C.
Rút: 16.535.865-1
PSICOLOGA
Psicóloga Colegio Chillán




Marcelo Dueñas Quijada
18.431.114-3


Oscar Fernández Clavería
18.452.391-4


Víctor Flores Vergara
18.430.316-7