

Salud mental y suicidio adolescente:

Necesidades de competencias de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana en el marco del Proyecto “Clan”.

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora

Sofía Beatriz Rivas Ureta

Profesor Patrocinante

Esteban Encina Zuñiga

Fecha

Abril, 2022

El presente estudio se enmarca en la segunda etapa del Proyecto “Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención basado en tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) para reducir el riesgo de suicidio adolescente en establecimientos educacionales de la RM y la VI Región” y está financiado por el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEFID16I10060) de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

Agradecimientos.

La realización de la presente investigación solo fue posible gracias al apoyo y guía de diversas personas. Por ello, me gustaría tomarme el tiempo de agradecerles sinceramente.

En primer lugar, a mi profesor patrocinante de tesis, Esteban Encina, por prestarme de su confianza y disposición desde el comienzo, y por su constante orientación y apoyo a lo largo del proceso.

A mi familia, especialmente a mi padre Fernando y mi madre Jimena, por la comprensión, aliento y cariño a lo largo de la carrera, y especialmente durante estos últimos meses.

A mis amigas y amigos, en particular a Florentina y Abril, por la disposición constante y atención genuina frente a mis inquietudes. Sin sus consejos, apoyo e inspiración no hubiera sido posible finalizar esta etapa.

A todos y todas las miembros del Proyecto “Clan”, especialmente al profesor Rubén Alvarado, por permitirme participar de esta iniciativa y ofrecerme su guía; a Nimsi, Constanza, Francesca y Sara, por la constante disposición y el apoyo logístico en el trabajo de campo.

A las comunidades educativas de las comunas de María Pinto y Renca, quienes me permitieron trabajar junto a ellas, especialmente a Genoveva y Tamara, por hacer posible el trabajo de campo y por el entusiasmo y apoyo para con el Proyecto y la investigación.

Finalmente, a los y las protagonistas del presente estudio: los y las docentes, paradocentes y madres, padres y/o apoderados/as, gracias a quienes fue posible darle sentido a esta investigación. Sin su disposición y confianza no hubiese sido posible concretarla.

Resumen.

El suicidio en la adolescencia ha tendido al alza en las últimas décadas, y su prevención se posiciona como un relevante y complejo desafío de salud pública en el mundo, requiriendo esfuerzos coordinados y multisectoriales. Las escuelas y comunidades educativas constituyen espacios clave para implementar estas iniciativas. La presente investigación tuvo como objetivo analizar las necesidades en competencias de docentes, paradocentes y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de las comunas de María Pinto y Renca (RM), en torno a salud mental y prevención del riesgo suicida en adolescentes, en el marco del Proyecto “Clan”. Se utilizó una metodología mixta de investigación, dividiendo los resultados en dos fases. En la fase cuantitativa se recogieron las respuestas de 154 participantes (F=134; M=19; NB=1) de tres establecimientos educacionales a través de una encuesta ad hoc autoadministrada, para luego realizar un análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes de las respuestas. Luego, bajo una metodología cualitativa, se realizaron seis grupos focales (N=45; F=39; M=6) en dos establecimientos, cuyos relatos fueron sujetos a un análisis de contenido. Los resultados dan cuenta que los/as participantes/as se sienten inseguros/as y confundidos/as respecto a sus competencias en la prevención del riesgo suicida adolescente, identificando múltiples necesidades. Entre estas, la necesidad de contar con mayor información sobre problemas y trastornos de salud mental en adolescentes, así como sobre los principales factores de riesgo, manifestaciones y signos de alerta del comportamiento suicida. Destacan también la necesidad de desarrollar habilidades de reconocimiento del riesgo suicida, primeros auxilios psicológicos y derivación. El presente estudio enfatiza la importancia de contar con instancias formativas y de capacitación sistemáticas y dirigidas a toda la comunidad educativa, y la importancia de incorporar las perspectivas de las comunidades involucradas para el diseño e implementación de intervenciones y políticas públicas que satisfagan estas brechas.

Palabras clave: prevención suicidio adolescente, comunidad educativa, salud mental, riesgo suicida, competencias.

Índice.

I. Introducción	6
II. Marco Conceptual	13
1. <i>Adolescencia</i>	13
1.2. Adolescencia y salud mental	14
1.3. Salud mental adolescente en Chile	16
2. <i>Suicidio</i>	18
2.1. Aspectos clínicos	19
2.2. Epidemiología y prevalencia	21
2.3. Prevalencia en adolescentes	22
3. <i>Prevención</i>	25
3.1. Factores de riesgo	25
3.2. Factores protectores	29
3.3. Evaluación del riesgo suicida	30
3.4. Estrategias de prevención del suicidio	31
3.5. Estrategias de prevención basadas en TICs	34
3.6. Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio	35
4. <i>Comunidad educativa</i>	38
4.1. Comunidad educativa y salud mental	38
4.2. Comunidad educativa, prevención e intervención en suicidio	39
4.3. Competencias	43
5. <i>Alfabetización en salud mental y suicidio</i>	44
5.1. Alfabetización en salud	44
5.2. Alfabetización en salud mental	44
5.3. Alfabetización en suicidio	48
5.4. Alfabetización y escuela	49
III. Marco Metodológico	52
1. <i>Pregunta de Investigación</i>	52
2. <i>Objetivos de Investigación</i>	52
2.1. <i>Objetivo general</i>	52
2.2. <i>Objetivos específicos</i>	52
3. <i>Diseño de investigación</i>	52
3.1. <i>Población y muestra</i>	53
3.2. <i>Instrumentos y técnica de producción de datos</i>	54
3.3. <i>Análisis de datos</i>	55
3.4. <i>Consideraciones éticas</i>	56
IV. Análisis de los resultados	57
1. <i>Análisis estadístico encuesta</i>	57
1.1. <i>Familiaridad con las temáticas de salud mental y suicidio adolescente</i>	57
1.2. <i>Conocimientos respecto a salud mental</i>	58
1.3. <i>Necesidades sobre conocimientos y habilidades en la promoción de la salud mental adolescente</i>	62

1.4.	Necesidades sobre conocimientos y habilidades en prevención del suicidio adolescente _____	63
1.5.	Conocimientos respecto a la ideación suicida _____	64
1.6.	Actitud frente al comportamiento suicida _____	66
1.7.	Habilidades frente a un caso de posible riesgo suicida adolescente _____	67
2.	<i>Análisis de contenido</i> _____	70
2.1.	Adolescencia _____	70
2.2.1.	Comprensión de la adolescencia _____	71
2.2.2.	Comprensión de factores de riesgo _____	72
2.2.3.	Comprensión de factores protectores _____	77
2.2.4.	Escuela como espacio de prevención _____	78
2.2.	Salud mental _____	80
2.1.1.	Declive en la salud mental de los y las estudiantes _____	80
2.1.2.	Comprensión de trastornos de salud mental _____	83
2.1.3.	Percepción respecto a la ayuda profesional _____	85
2.1.4.	Precarización de la salud mental en Chile _____	85
2.3.	Suicidio _____	87
2.3.1.	Comprensión del comportamiento suicida _____	88
2.3.2.	Estrategias de prevención del suicidio a nivel de comunidad educativa _____	90
2.3.3.	Actitudes frente sus roles como docentes y paradocentes en la prevención del suicidio adolescente _____	92
2.3.4.	Aprendizajes _____	94
2.3.5.	Conocimientos y habilidades por adquirir _____	96
V.	Discusión _____	102
VI.	Conclusión _____	114
VII.	Referencias _____	118
VIII.	Anexos _____	139

I. Introducción.

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, siendo reconocido como uno de los principales problemas de salud pública de la última década, tanto a nivel mundial como dentro de la región latinoamericana (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013; Cuesta-Revé, 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Pese a que las tasas de muerte por suicidio se han mostrado a la baja desde comienzos del milenio a la fecha (Banco Mundial, 2019), a nivel global, el suicidio es una de las primeras veinte causas de muerte en la población general y representa al menos 1% del total de los fallecimientos anuales, estimándose que entre 700,000 a un millón de personas mueren a causa de un suicidio cada año (Echavárri et al., 2015; OMS, 2014; OMS, 2021; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2019a).

La incidencia del suicidio varía dependiendo de la región del mundo. En la región americana, el suicidio es responsable de alrededor de 65,000 muertes anualmente, y en Latinoamérica en particular, si bien las tasas de mortalidad por suicidio se muestran menores en comparación al resto del mundo, las cifras se han mantenido al alza a lo largo de las últimas dos décadas (Araneda et al., 2021; Cuesta-Revé, 2017; Organización Panamericana de Salud [OPS], 2014).

En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural, siendo superada sólo por los fallecimientos a causa de accidentes de tránsito (Nahuelpán & Varas, 2018 como se citó en Vidal et al., 2021). A diferencia del resto de los países de la OCDE, en los cuales se ha evidenciado una disminución consistente en las tasas mortalidad por suicidio en los últimos treinta años, Chile, junto con Corea del Sur, se posiciona como uno de los únicos países en los cuales estas cifras aumentaron sostenidamente durante el mismo periodo de tiempo, observando un descenso solo en los años más recientes (OCDE, 2019b). Al año 2018, Chile se ubicó entre los primeros 24 países con mayores tasas de mortalidad por suicidio en la población general dentro de los países miembros de la organización, encabezando la lista entre los países latinoamericanos (OCDE, 2021). Las cifras reportadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dan cuenta de un escenario similar. Como señala Vidal et al. (2021) en su estudio respecto a los cambios en las tendencias de mortalidad por suicidio en el país durante el periodo comprendido entre el año 1997 y el 2018, la tasa de mortalidad por suicidio se elevó de 8,54 a 11,91 por cada 100,000 habitantes. Pese a lo anterior, cabe destacar que durante el año 2020 se observó una disminución en las tasas reportadas (8,72% por cada 100,000 habitantes) y por debajo del promedio mundial (DEIS, 2021b).

En general, las cifras de suicidio muestran una tendencia a incrementar en relación con la edad, en particular en la población adulta mayor (Torok et al., 2019). Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento mundial en el comportamiento suicida en la población más joven, específicamente entre adolescentes (Griffin et al., 2018 como se citó en Torok et al., 2019). Se estima así que la muerte por suicidio representa al menos un 6% de todas las muertes en este grupo etario, y que de los fallecimientos registrados anualmente por esta causa, aproximadamente 100,000 corresponden a adolescentes (Guajardo et al., 2015; McKinnon et al., 2016; OMS, 2011 como se citó en Ranahan, 2011). Alrededor del mundo la muerte por suicidio se posiciona como la segunda causa de muerte en la población comprendida

entre los 15 y 29 años de edad y la tercera en adolescentes entre 15 y 19 años (OMS, 2019; OMS, 2021).

Similar a estas tendencias, en Latinoamérica una de las poblaciones con mayor prevalencia es aquella compuesta por adolescentes, siendo así el suicidio consumado la segunda causa de muerte más común dentro de este grupo (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2022; MINSAL, 2013). Chile, por su parte, presenta una de las tasas de suicidio adolescente más altas a nivel mundial, y durante la primera década del milenio se posicionó entre los primeros cinco países de la OCDE con mayores tasas de suicidio en jóvenes de entre 15 y 19 años (OCDE, 2011; UNICEF, 2017). Entre 1990 y 2008 la tasa de mortalidad por suicidio en la población de entre 10 a 19 años aumentó de manera sostenida, pasando de 2 a 7 muertes por cada 100,000 habitantes (Almonte, 2019; DEIS, 2021b). El estudio de Araneda et al. (2021) da cuenta que, a nivel nacional, el suicidio en adolescentes y jóvenes se mantuvo relativamente estable entre los años 2000 y 2017, observándose un peak entre los años 2008 y 2011, periodo en el cual se llegó a registrar una tasa de mortalidad por suicidio de 10,1 muertes por cada 100,000 habitantes a nivel país. Si bien las tasas de suicidio adolescente en Chile han mostrado un descenso progresivo desde entonces, alcanzando en el 2020 su cifra más baja desde el año 2000 (DEIS, 2021b), estos números siguen siendo motivo de preocupación.

Ahora bien, las tasas de mortalidad por suicidio registradas en la población adolescente suponen considerar las principales características de este periodo del ciclo vital, las cuales inevitablemente median e interactúan con este fenómeno. Durante la adolescencia se comienzan a gestar una serie de aceleradas transformaciones físicas, psicológicas y sociales, siendo este un periodo clave y de tensión respecto al equilibrio en el desarrollo psicológico y bienestar de la persona, especialmente en cuanto a salud mental y riesgo suicida (Cabra, Infante & Sossa, 2010; Gaete, 2015; Guajardo et al., 2015; OMS, 2020). Lo anterior se ve reflejado en múltiples cifras: un 50% de todos los trastornos de salud mental en la población se presentan por primera vez antes de los 14 años y se estima que, en el mundo, entre el 10% y 20% de los y las adolescentes sufren de algún trastorno mental (OMS, 2020; OMS, 2017 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018a).

A este punto es relevante considerar el contexto sanitario en el cual se desarrolla la presente investigación. Siendo detectado por primera vez a finales del 2019 y declarado como una pandemia por la OMS durante marzo del 2020, el brote epidémico y consecuente crisis sanitaria asociada al COVID-19 ha representado uno de los desafíos más relevantes a nivel mundial en las últimas décadas, acarreando consigo consecuencias a nivel económico, laboral, político y social (Galiano, Prado & Mustelie, 2020; MINSAL, 2020; Palacio-Ortiz et al., 2020). Junto a lo anterior, la pandemia ha impactado en la salud mental de las personas, especialmente entre los grupos más vulnerables tales como la población infanto-juvenil (Galiano, Prado & Mustelie, 2020).

En Chile, la salud mental en adolescentes es un importante problema de salud pública (MINSAL, 2017 como se citó en Schilling et al., 2021), con una alta prevalencia de problemas de salud mental en comparación con otros estudios internacionales (Olivares-Tirado, 2020; Vicente et al., 2012). Es difícil estimar el estado actual de estas cifras puesto que tanto a nivel latinoamericano como nacional existen escasas investigaciones respecto al fenómeno y su

prevalencia (Olivares-Tirado, 2020; Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Algunos de los estudios disponibles dan cuenta que casi un cuarto de la población infanto-juvenil chilena presenta algún trastorno psiquiátrico, existiendo una brecha de atención y tratamiento elevada (Vicente et al., 2012). Las cifras nacionales adquieren particular relevancia considerando la asociación entre el periodo del desarrollo de la adolescencia, los problemas en salud mental y el riesgo suicida. Así, por ejemplo, los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia en la población adolescente, y a su vez, se asocian con un riesgo suicida hasta doce veces mayor que en aquellos jóvenes sin dicho diagnóstico (Guajardo et al., 2015; Miller & Eckert, 2009 como se citó en Servin, 2020).

En relación al comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes del país, los estudios reportan distintas estimaciones. Algunos estudios de más larga data señalan que entre el 50% y 62% de los y las adolescentes chilenas ha experimentado ideación suicida en algún momento de sus vidas (Salvo, Rioseco & Salvo, 1998 como se citó en Ventura-Juncá et al., 2010; Ventura-Juncá et al., 2010). Respecto a los intentos de suicidio, estudios más recientes señalan que la prevalencia vital de este fenómeno rondaría entre el 14% y el 25,6% en adolescentes del país (Ardiles-Irarrázabal et al., 2018; Silva et al., 2017; Valdivia et al., 2015). Estos porcentajes resultan particularmente preocupantes no solo en comparación con las cifras de estudios internacionales, las cuales Chile supera ampliamente (Silva et al., 2021; Valdivia et al., 2015; Ventura-Juncá et al., 2010), sino que también considerando la correlación entre ideación, intento suicida y el suicidio consumado (Almonte, 2019; Silverman, 2016).

Hasta ahora, ha sido posible graficar que el suicidio es un importante problema de salud pública alrededor del mundo, del cual Chile no está exento. Sin embargo, la evidencia indica que los suicidios son prevenibles, lo cual plantea la tarea por parte de cada gobierno de invertir en los recursos necesarios para prevenirlo (OMS, 2014). Como señala la OMS (2014), la elaboración de programas nacionales de prevención del suicidio es un primer paso fundamental hacia este fin. Debido a la complejidad del fenómeno, la prevención del suicidio requiere un esfuerzo multisectorial, colaborativo y coordinado entre autoridades, comunidades y diversos sectores de la sociedad, tales como las áreas de salud, trabajo, justicia, educación, entre otras (OMS, 2014).

En línea con las recomendaciones de la OMS y en respuesta al panorama epidemiológico nacional, el año 2007 el Ministerio de Salud de Chile diseña el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (en adelante PNPS), el cual se aprueba oficialmente el año 2013. El PNPS es de carácter tanto público como privado, intersectorial, permanente y regional, siendo coordinado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud correspondientes. Parte de los objetivos del programa es el logro de una de las metas planteadas en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020; esto es, “fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables” (MINSAL, 2013, p.10) y con ello disminuir al menos en un 10% la tasa de mortalidad por suicidio en la población adolescente (MINSAL, 2013; OMS, 2014). Para ello se proponen cuatro estrategias: un modelo de intervención basado en el trabajo intersectorial, detección oportuna de casos de riesgo, una mejora en la cobertura y calidad de la atención, y mantener una vigilancia epidemiológica (MINSAL, 2013). Estas estrategias se llevarían a cabo

involucrando distintos sectores sociales y comunitarios, instalando de manera paulatina seis componentes claves: (1) un sistema de información y vigilancia; (2) planes regionales intersectoriales de prevención; (3) capacitación del personal de salud; (4) intervenciones preventivas en establecimientos educacionales; (5) sistemas de ayuda en situaciones de crisis; (6) trabajo con los medios de comunicación (MINSAL, 2013).

El impacto de estas iniciativas en la mortalidad por suicidio y prevalencia del comportamiento suicida en adolescentes a la fecha es difícil de determinar. Como señalan diversos autores, es necesario evaluar la implementación de los programas de prevención del suicidio de manera sistemática, así como también avanzar en el desarrollo de medidas con enfoques dirigidos a las poblaciones en mayor riesgo, tales como los y las adolescentes (Araneda et al., 2021; Vidal et al., 2021).

Como señalan Irarrázaval et al. (2016), el PNPS apuesta por el abordaje integral y temprano del comportamiento suicida y se apoya fuertemente en la cercanía con la comunidad y el trabajo intersectorial, en una estrecha colaboración con los servicios de atención primaria de salud (APS) bajo el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Pese al rol protagónico que la APS pueda jugar en la prevención del suicidio adolescente, los autores destacan que las barreras de acceso existentes a estos servicios invitan a realzar la importancia de los establecimientos educacionales como espacios de intervención precoz y accesible para la población objetivo (Irarrázaval et al., 2016).

El área de la educación ha sido identificada como un espacio clave en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio adolescente, puesto que los establecimientos educacionales y las comunidades educativas que los componen tienen un rol fundamental en el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes (Fonseca-Pedrero et al., 2020; Schilling et al., 2021). En este sentido, las escuelas constituyen un contexto oportuno para la implementación de esfuerzos para la prevención del suicidio que sean multidimensionales, proactivos e integrados con otras iniciativas relacionadas a la salud mental (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Este tipo de intervenciones generalmente se enfoca en programas de sensibilización y promoción de la salud mental, psicoeducación y capacitaciones al personal y estudiantes, screenings para identificar a estudiantes en riesgo, la implementación de gatekeepers o “facilitadores comunitarios”, por nombrar algunos ejemplos (Bustamante & Florezano, 2013; Gvion & Apter, 2016; Kong, Sareen & Katz, 2016; Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

Pese a su relevancia, las intervenciones en prevención del suicidio asociadas a contextos escolares han sido escasas en el país, tanto en su implementación como en su evaluación y seguimiento (Schilling et al., 2021). En este contexto, y respondiendo a la realidad del país y las orientaciones planteadas por el programa, es que nace el Proyecto “Clan”, el cual tuvo como objetivo el desarrollo y evaluación de un modelo de intervención basado en tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) para reducir el riesgo de suicidio adolescente en establecimientos educacionales de la Región Metropolitana y la VI Región. El desarrollo de este estudio introdujo un elemento fundamental que lo diferenció de otras iniciativas existentes a la fecha, esto es, la incorporación de un grupo de jóvenes al equipo conductor, donde

participaron de manera activa y protagónica en calidad de “expertos por experiencia” (Alvarado, 2019; Schilling et al., 2021).

La primera fase de este proyecto se desarrolló en tres etapas. En la primera etapa, siete jóvenes se unieron al equipo para orientar y liderar el desarrollo de un modelo de intervención en suicidio adolescente desde sus propias vivencias, expectativas e ideas, como “expertos por experiencia” en adolescencia. A lo largo de un periodo de un año y medio, el grupo de expertos participó sistemáticamente en la concepción y diseño de una intervención que involucró protagónicamente a las TICs. La intervención fue desarrollada a través de una plataforma web y fue concebida como un espacio que, asegurando el anonimato, pudiese incentivar diversas actividades orientadas al bienestar emocional y prevención del suicidio entre los y las jóvenes usuarias, con un diseño visual y gráfico atractivo e incorporando el desarrollo de desafíos y juegos pensados especialmente para este grupo etario.

En la segunda etapa, el trabajo se enfocó en el desarrollo de un prototipo para la plataforma y aplicación, culminando con pruebas de validación preliminares que dieron cuenta de buenos indicadores de aceptabilidad y usabilidad.

Finalmente, en la tercera etapa del proyecto se llevó a cabo un estudio respecto a la efectividad y proceso de implementación de la intervención (Mascayano et al., 2018). Para ello, se contó con la participación de 478 estudiantes de 7° básico a 3° medio, de las comunas de Maipú y Valparaíso. Se elaboró un diseño metodológico cuasi-experimental a través del cual se aleatorizaron distintos cursos al grupo de intervención y de control. Así, se llevaron a cabo mediciones del riesgo suicida, y otros aspectos secundarios tales como autoestima, estados emocionales y apoyo social. Los resultados preliminares de la intervención dieron cuenta de una reducción significativa del riesgo suicida en los y las adolescentes del grupo de intervención, en comparación con el grupo de control (Alvarado, 2019).

A la luz de los prometedores resultados obtenidos a través de la implementación de la primera fase del Proyecto “Clan”, fue posible proyectar nuevas líneas de profundización a desarrollar durante una segunda fase. Entre estas, destacan la necesidad de diseñar e implementar intervenciones basadas en TICs que también involucren a otros actores relevantes de la comunidad escolar, tales como el equipo docente y paradocente, apoderados/as y familiares de los y las estudiantes. Este objetivo se alinea directamente con uno de los componentes del PNPS, como ya fue mencionado: la implementación de estrategias e intervenciones preventivas en establecimientos educacionales. En este componente se hace especial énfasis en la necesidad de involucrar y capacitar a miembros de la comunidad educativa en temáticas relevantes para la prevención del suicidio adolescente, objetivo que representa un desafío importante desde distintas perspectivas.

Si bien la evidencia sugiere que estos agentes se encuentran en una posición privilegiada para la prevención del riesgo suicida adolescente, existiría una importante brecha entre la idoneidad de sus roles y la habilidad real de estos actores para intervenir en población adolescente (Torok et al., 2019). En este sentido, por ejemplo, King et al. (1999) reportaron que mientras gran parte de los y las docentes perciben que poseen un rol clave en la detección de estudiantes que presentan riesgo suicida, solo un 9% siente que cuenta con las habilidades necesarias para reconocer factores de riesgo o responder de manera apropiada frente a un

estudiante en riesgo suicida. Otros estudios también han dado cuenta de un escenario similar (Hatton et al., 2017; Nadeem et al., 2011; Walsh, 2017). Por otro lado, gran parte de los padres y madres de adolescentes reportan tener notables dificultades para identificar distintos fenómenos del comportamiento suicida, como por ejemplo, la ideación suicida, lo cual se atribuye principalmente a una falta de sensibilización y conocimientos en torno al tema (Gryglewicz et al., 2014; Torok et al., 2019).

Lo anterior puede ser complementado con el concepto de “alfabetización”, en este caso respecto a salud mental y suicidio. El concepto de alfabetización en salud mental guarda relación con las creencias y saberes respecto a salud mental y trastornos de salud mental que facilitan su reconocimiento, manejo y/o prevención (Jorm et al., 1997 como se citó en Jorm, 2000). De manera similar, la alfabetización en suicidio nace a propósito de este concepto y refiere a la capacidad de comprender las diversas facetas de la suicidalidad, esto es, los signos de alerta, causas, factores de riesgo y el adecuado tratamiento y prevención del comportamiento suicida (Batterham et al., 2013). El nivel de alfabetización que poseen quienes rodean cotidianamente a los y las adolescentes en edad escolar es crucial en cuanto a la prevención del riesgo suicida en esta población debido a la estrecha relación entre salud mental y riesgo suicida.

Por otro lado, existe una carencia de iniciativas similares al Proyecto “Clan” (Alvarado, 2019). Si bien existen otras investigaciones, estudios y proyectos que comparten algunas similitudes con el Proyecto “Clan” (ver Franco-Martín et al., 2018; McManama et al., 2017; O’Toole, Arendt & Pedersen, 2019; Robinson et al., 2017), ninguno de estos comprende todas las propiedades del último. La literatura y evidencia disponible respecto a intervenciones específicas que utilizan TICs para la prevención del suicidio adolescente es escasa al ser un campo que, si bien ha crecido de manera acelerada y exponencial en los últimos años, sigue siendo reciente en su desarrollo (Franco-Martín et al., 2018). Junto a lo anterior, gran parte de la información disponible respecto a este tipo de estrategias proviene de países de habla inglesa, y a nivel nacional, es prácticamente inexistente (Alvarado, 2019).

Considerando estos antecedentes, el objetivo de incorporar activamente al resto de la comunidad educativa en las intervenciones para la prevención del riesgo suicida adolescente es uno particularmente arduo considerando que, como señalan Schwartz et al. (2009), para que estas intervenciones resulten exitosas, requieren reflejar las actitudes y creencias de aquellos hacia quienes se dirigen. La falta de iniciativas similares a “Clan” tanto a nivel internacional como nacional que sirvan como antecedente y referencia directa, así como los desafíos que supone el incorporar un grupo poblacional diverso y complejo, como lo son las comunidades educativas de cada territorio, demandan levantar información situada y específica respecto a estas últimas previo el diseño e implementación de intervenciones para la prevención del riesgo suicida adolescente.

En este sentido, incorporar a estos actores de manera tal que sea posible diseñar intervenciones válidas y útiles requiere de, similar a como se llevó a cabo con los y las adolescentes durante la primera etapa, recoger los conocimientos, habilidades y actitudes de este segmento de la comunidad educativa e identificar sus principales necesidades, con tal de diseñar intervenciones que sean capaces de satisfacerlas. Respondiendo a lo anterior es que se

plantea así la pregunta ¿Cuáles son las necesidades de competencias en cuanto a salud mental y prevención del riesgo suicida adolescente, de docentes, paradocentes y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana?

A través de la presente investigación se espera aportar directamente al desarrollo de la segunda fase del Proyecto “Clan” como insumo para el diseño de intervenciones pertinentes en cuanto a salud mental y riesgo suicida adolescente, dirigidas a apoderados/as, paradocentes y docentes de los establecimientos educacionales asociados al Proyecto. A través de lo anterior, se espera a su vez responder a algunas de las necesidades planteadas por el PNPS, en particular aquellas referidas a la implementación de estrategias preventivas en establecimientos educativos que involucren a gran parte de la comunidad escolar, aportando con las experiencias, perspectivas y necesidades de los miembros de estas en torno a las temáticas de salud mental y riesgo suicida adolescente. Lo anterior resulta particularmente relevante para el campo disciplinar de la psicología educacional al involucrar contexto escolares y las relaciones, desafíos y necesidades asociadas a la prevención del suicidio adolescente que se gestan entre los distintos miembros de la comunidad en estos espacios.

Desde una perspectiva más amplia, la presente investigación busca ser un aporte orientado a la disminución de las tasas de suicidio adolescente a nivel nacional. Si bien la prevalencia de este fenómeno entre los y las adolescentes y jóvenes chilenos/as ha ido a la baja en los años más recientes, toda muerte por suicidio representa una pérdida inconmensurable. La muerte de un adolescente a causa de un suicidio no se reduce a la pérdida individual de ese sujeto, sino que también posee un importante costo psicosocial, representando una pérdida a nivel familiar, escolar y comunitario, impactando de manera directa e indirecta en las vidas de quienes le rodean y en la sociedad en su conjunto (Larraín & Lobos, 2017; OMS, 2014). Considerando lo anterior es que resulta pertinente que a nivel nacional se erijan investigaciones en esta temática desde la perspectiva de la salud mental pública y con un enfoque interdisciplinario.

II. Marco Conceptual.

A continuación se realizará un recorrido conceptual, a modo de profundización, en los distintos conceptos que sustentan la presente investigación. Primeramente, se abordará la adolescencia como etapa del desarrollo, la salud mental y riesgo suicida durante este periodo y el panorama internacional y chileno. Posteriormente, se abordará la temática del suicidio desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Se revisará también el concepto de prevención, enfatizando en la prevención en suicidio y suicidio adolescente, así como en las distintas iniciativas que se han desarrollado a este respecto. Luego, se abordará el concepto de comunidad escolar y su relación con la salud mental y riesgo suicida adolescente, para finalmente realizar una revisión del concepto de alfabetización en salud mental y suicidio, enfatizando en la adolescencia.

1. Adolescencia.

- | |
|--|
| 1.2. Adolescencia y salud mental.
1.3. Salud mental adolescente en Chile. |
|--|

Para los efectos de la presente investigación, entenderemos la adolescencia como una etapa del desarrollo particular, crucial, compleja y dinámica, ubicada entre la infancia y la adultez, y marcada por numerosas y progresivas transformaciones físicas, psico-cognitivas y sociales de gran magnitud que van orientando a la persona hacia una mayor madurez y autonomía, modelando así la organización de la personalidad y la construcción identitaria del sujeto, en una delicada interacción con el entorno (Azúa, 2016; Gaete, 2015; Krauskopf, 1999; OMS, 2020).

Si bien la OMS (2020) sitúa esta etapa entre los 10 y los 19 años de edad, no existe un consenso estricto respecto a la delimitación etaria de la adolescencia (Gaete, 2015). Su inicio estaría asociado, entre otras cosas, a fenómenos biológicos y transformaciones somáticas tales como los primeros cambios puberales resultado del acelerado crecimiento y desarrollo, junto con la aparición de los primeros indicios de maduración sexual, caracteres sexuales secundarios y el comienzo de la capacidad sexual y reproductiva (Gaete, 2015; Pineda & Aliño, 2002). A la par con estas transformaciones físicas, se comienzan a gestar cambios en el desarrollo psicológico de la persona a nivel cognitivo, afectivo, social, moral y existencial (Pineda & Aliño, 2002; Vergara 2020).

Así, el tipo de pensamiento típicamente evoluciona desde lo concreto hacia lo abstracto, lo cual le permite a él o la joven abrirse al mundo de las ideas y de “lo posible” desde una perspectiva más crítica y lógica (Gaete, 2015; Piaget, 1991). Se espera que estos cambios se traduzcan en una capacidad para reconocer y expresar sus habilidades, establecer límites, anticipar resultados y manejar las consecuencias de sus acciones en el mundo, así como tomar decisiones que impliquen transigir y negociar (Gaete, 2015; Krauskopf, 1999).

En cuanto a los cambios de orden afectivo, la adolescencia estará marcada por una preocupación por lo físico y emocional asociado al desafiante ajuste frente a los emergentes cambios fisiológicos, físicos y sexuales descritos previamente (Krauskopf, 1999). En este contexto, se espera que el sujeto logre una mayor identificación, diferenciación y expresión de

sus emociones, con tal de autorregularse e insertarse en el mundo de manera adaptativa a través del logro de la descentración y la empatía (Azúa, 2016; Sepúlveda, 2013; Vergara, 2020).

A nivel social, la adolescencia es un periodo en donde se pone en juego el balance entre la independencia y la dependencia respecto del medio. Es esperable un repliegue hacia sí y hacia las relaciones grupales con pares, en un progresivo distanciamiento del sistema familiar como referente principal de apoyo y comprensión (Azúa, 2016; Krauskopf, 1999). Lo anterior se desarrolla en medio de una búsqueda de afirmación personal y social, destacando el emergente sentido de individualidad (Gaete, 2015; Krauskopf, 1999). Eventualmente, se espera que él o la adolescente sea capaz de conciliar el deseo por autonomía con aquel de inclusión e intimidad, para así ser capaz de reconocerse tanto a sí mismo como al otro a través de una mayor toma de perspectiva social y el logro de una identidad personal (Azúa, 2016; Christie & Viner, 2005; Gaete, 2015; Sepúlveda, 2013).

El término de la adolescencia guardará relación con el logro progresivo de una mayor madurez biológica, sexual y emocional, pero también con el logro de distintos hitos psicosociales asociados a cambios en su rol e identidad, estatus social y responsabilidad frente al mundo (Gaete, 2015; Pineda & Aliño, 2002; Vergara, 2020). Se espera así que él o la joven pueda enfrentarse a las nuevas tareas de la adultez de manera satisfactoria y con las herramientas necesarias para continuar con su desarrollo a lo largo del resto del ciclo vital (Gaete, 2015; Krauskopf, 1999). Sin embargo, es posible que estos procesos propicien la emergencia de contradicciones, conflictos y crisis, tanto en el sujeto como en la relación de éste con su medio; de no tener las condiciones adecuadas durante este complejo proceso, lo anterior puede favorecer la aparición de nuevos riesgos y dificultades en la vida de él o la joven (Krauskopf, 1999; Pineda & Aliño, 2002).

1.2. Adolescencia y salud mental.

La OMS (2001) comprende la salud mental como componente esencial de la salud, y la define como un estado de bienestar que le permite al individuo reconocer sus aptitudes, lidiar con las presiones normales de la vida y realizar una contribución a su comunidad (como se citó en OMS, 2004). En este sentido, la salud mental sería más que la mera ausencia de enfermedad, lo que ha sido conceptualizado como salud mental positiva, realzando la importancia de las actitudes positivas hacia sí mismo/a, el crecimiento y la autoactualización, la integración de las experiencias negativas y positivas al aparato psíquico del sujeto, el logro de la autonomía, la percepción adecuada de la realidad y la capacidad de adaptación al entorno (Jahoda, 1980 como se citó en Muñoz, Restrepo & Cardona, 2016).

En la adolescencia y juventud, como señalan Fusar-Poli et al. (2019), la salud mental positiva se compondría de diversos elementos, destacando la alfabetización en salud mental; la autopercepción, emociones y comportamientos; las habilidades cognitivas, sociales y de autogestión; el desempeño ocupacional y/o académico; las relaciones significativas con otros; la salud física y sexual; el significado de vida y la calidad de vida. En este sentido, la salud mental durante este periodo sería un concepto dinámico y el resultado de una relación compleja entre recursos y habilidades personales, factores contextuales y determinantes sociales que cotidianamente se relacionan con la capacidad de él o la joven para participar, disfrutar,

reconocer y enfrentar desafíos, y experimentar una amplia gama de emociones que guiarán distintos aprendizajes durante esta etapa (Fernandez, 2019 como se citó en Cid et al., 2020).

Como ha sido posible establecer hasta ahora, la adolescencia es un periodo clave y de tensión respecto al bienestar en salud mental de los y las jóvenes, siendo posible que emerjan distintos problemas de salud mental y psicopatologías a partir de esta etapa del ciclo vital, tal como lo reflejan las estadísticas (Cabra, Infante & Sossa, 2010; Gaete, 2015; Boden, Fergusson & Horwood, 2007 como se citó en Torok et al., 2019). La evidencia indica que a los 14 años de edad casi un 50% de todos los trastornos de salud mental ya se han manifestado y que casi un 75% de estos, se presentan por primera vez antes de los 24 años (Slade et al., 2009 como se citó en Macaya & Vicente, 2019; OMS, 2017 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018a).

Existen múltiples factores, tanto individuales como contextuales, asociados a la salud mental adolescente que pueden mediar la vulnerabilidad biopsicosocial en esta población. Entre estos es posible encontrar, por nombrar algunos: la presión entre pares y las relaciones interpersonales con estos; la exploración de la identidad y orientación sexual así como la imposición de normas de género; el acceso, uso e influencia de las tecnologías, redes sociales, y medios de comunicación; la calidad de la vida doméstica y familiar, así como el contexto socioeconómico en que se encuentren; la violencia física, psicológica y/o sexual; y las experiencias de discriminación, exclusión y/o estigmatización (Guajardo et al., 2015; OMS, 2020).

En tanto prevalencia, a nivel mundial, se estima que 241 millones de jóvenes experimentan algún tipo de trastorno de salud mental, representando entre un 10% a 20% del total de la población adolescente (OMS, 2020; Polanczyk et al., 2015). En esta línea, las estadísticas indican que la población comprendida entre los 16 y 24 años presenta la mayor prevalencia de problemas de salud mental en comparación con cualquier otro grupo etario (Slade et al., 2009 como se citó en Macaya & Vicente, 2019).

Según el metaanálisis realizado por Polanczyk et al. (2015), los trastornos de salud mental más comunes en la población adolescente son los trastornos de ansiedad, de conducta, déficit de atención e hiperactividad, y trastornos depresivos. Este estudio en particular pone en relieve la importancia de considerar la existencia de un gran número de adolescentes que presentan sintomatología subumbral, es decir, síntomas clínicamente relevantes que no cumplen con los criterios diagnósticos para ser clasificados dentro de trastorno, y que muchas veces no son incluidos en este tipo de estimaciones (Polanczyk et al., 2015). En esta misma línea, la OMS (2020) ha señalado que muchos de los padecimientos que afectan a los y las adolescentes tienden a no ser diagnosticados correctamente, o en lo absoluto, y en consecuencia, muchas veces no reciben un tratamiento adecuado. Lo anterior estaría asociado a una multiplicidad de barreras de accesibilidad hacia servicios de atención en salud mental, entre las cuales se encuentran la falta de conocimiento sobre la disponibilidad de opciones de atención y ayuda en salud mental, falta de conocimiento y de respuestas apropiadas por parte de las figuras significativas, así como también obstáculos institucionales y estructurales para acceder a la atención requerida (Macaya & Vicente, 2019; OMS, 2020; Schilling et al., 2021). Ranahan (2010) señala que incluso contando con ayuda formal e informal disponible, algunos

adolescentes simplemente no buscan ayuda en salud mental de manera activa, ya sea por la creencia de que buscar ayuda es un signo de debilidad, de que la sintomatología se irá por sí sola y que consultar es el último recurso, o bien por vergüenza, miedo al estigma y/o discriminación asociada a consultar.

1.3. Salud mental adolescente en Chile.

En Chile, la salud mental en adolescentes representa un problema de salud pública de gran relevancia. Según la novena Encuesta Nacional de Juventud (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2019), de los 9700 adolescentes y jóvenes participantes casi un 65% declaró haber tenido dificultades para dormir y sentirse con pocas ganas de realizar actividades dentro del último mes, mientras que un 51% declaró sentirse incapaz de superar sus problemas o dificultades y un 50,6% sentirse con poca confianza en sí mismo/a. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) da cuenta que un 12,2% de los y las adolescentes de entre 15 y 19 años presentaría un consumo riesgoso de alcohol dentro del último año, porcentaje que solo es superado por la población comprendida entre los 20 y 29 años (MINSAL, 2017).

En Latinoamérica, existe limitada literatura respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, niñas y adolescentes (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). En Chile la situación es similar. Olivares-Tirado (2020) señala que las investigaciones respecto a la prevalencia de psicopatologías de salud mental en adolescentes del país son escasas y poco actualizadas. Las cifras disponibles a nivel nacional muestran una prevalencia elevada, especialmente en comparación con otros estudios latinoamericanos y países de la OCDE (Olivares-Tirado, 2020; Vicente et al., 2012).

En 2007, el estudio realizado por Cova et al. en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Concepción, dio cuenta de una prevalencia de 32,6% para síndromes depresivos y 42,3% para síndromes ansiosos. Por su parte, la investigación de Fleming y Jacobsen (2009) dio cuenta de que un 47% de los y las estudiantes adolescentes a lo largo de Chile habrían sufrido de bullying en el último mes y un 30% habría reportado sentirse triste y desesperanzado por más de dos semanas durante el último año.

El estudio realizado por Vicente et al. (2012) con una muestra nacionalmente representativa de niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 18 años, dio cuenta de que casi un cuarto de esta población presentaría un trastorno psiquiátrico con algún grado de disfunción asociada. Sumado a lo anterior, fue posible identificar que un tercio de quienes presentaban algún tipo de trastorno psiquiátrico tenían otros diagnósticos de salud mental comórbidos (Vicente et al., 2012). Más aún, los autores señalan que la barrera de atención y tratamiento en salud mental en adolescentes chilenos alcanzaría un 80,9%.

El estudio realizado por Crockett, Martínez y Jiménez-Molina (2020) respecto a sintomatología depresiva en adolescentes chilenos dio cuenta que existiría una prevalencia de un 16,5% para episodios con sintomatología subumbral y un 17,7% para episodios de depresión mayor. La sintomatología depresiva subumbral también se presenta como un importante factor a considerar en cuanto salud mental y riesgo suicida adolescente, mostrando una estrecha asociación con el comportamiento suicida y otras consecuencias negativas en la vida de los y las jóvenes (Balázs et al., 2013).

Estas cifras nacionales adquieren particular relevancia considerando la notable asociación entre el periodo del desarrollo, los problemas de salud mental y el riesgo suicida. Así, por ejemplo, la depresión, que se presenta como uno de los diagnósticos psiquiátricos con mayor prevalencia entre adolescentes, se asocia fuertemente al riesgo suicida; en este sentido, los y las adolescentes diagnosticados con trastornos depresivos presentan una probabilidad hasta doce veces mayor de realizar un intento suicida que aquellos sin dicho diagnóstico (Miller & Eckert, 2009 como se citó en Servin, 2020). Considerando esto, es importante destacar la relevancia de identificar los problemas de salud mental y otorgarles un tratamiento adecuado de manera temprana y oportuna, además del seguimiento necesario, con tal de minimizar el riesgo suicida (Gvion & Apter, 2016; Larraín & Lobos, 2017).

En Chile, este es un tema complejo. El estudio realizado por Olivares-Tirado (2020) respecto a la demanda de consultas por salud mental de niños, niñas y adolescentes en el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) en la última década da cuenta de un aumento neto de 34% y 71%, para preadolescentes y adolescentes respectivamente. En el año 2019, 120.794 niños, niñas y adolescentes consultaron a especialistas en salud mental bajo el sistema ISAPRE (Olivares-Tirado, 2020). Estas cifras no consideran las prestaciones realizadas bajo el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en el sistema de salud público. Según el DEIS (2021a), en el sistema de atención público durante el 2019 se registraron 853.735 atenciones en salud mental para adolescentes entre los 10 y 19 años, cifra más alta desde el año 2014.

Como indica Olivares-Tirado (2020), el gasto público en salud es muy bajo en comparación con países desarrollados y el gasto en salud mental representa solo el 2,4% del total, lejos de la recomendación mínima de la OMS (MINSAL, 2017; OMS, 2013). Considerando la prevalencia de trastornos de salud mental en niños, niñas y adolescentes del país, el gasto público en salud mental parece insuficiente (Olivares-Tirado, 2020). En este sentido, Larraín y Lobos (2017) enfatizan en la necesidad de aumentar el gasto en salud mental a nivel país y reforzar la red asistencial, tanto en capital humano como a nivel de infraestructura, en particular en la atención primaria y servicios de urgencia. Además, destacan la importancia de que estos niveles de atención sean capaces de detectar a personas con riesgo suicidio, así como que también existan los recursos para su tratamiento y seguimiento fuera de los servicios de salud.

2. Suicidio.

- 2.1. Aspectos clínicos.
 - 2.1.1. Autolesiones.
 - 2.1.2. Ideación suicida.
 - 2.1.3. Intento suicida.
 - 2.1.4. Suicidio consumado.
- 2.2. Epidemiología y prevalencia.
- 2.3. Prevalencia en adolescentes.

El fenómeno del suicidio ha existido a lo largo de toda la historia humana, y a través del tiempo, las diversas culturas y sociedades se han referido a este de distintas maneras (Almonte, 2019; Ibrahim, 2019; Shneidman, 1985). Silverman (2016) señala que actualmente existen al menos quince definiciones distintas del suicidio en la literatura, con notables variaciones asociadas a la nomenclatura y términos utilizados. Desde perspectivas religiosas y espirituales, hasta el estudio académico por parte de disciplinas como la sociología, filosofía, o psicología, la investigación en esta área se ha caracterizado por enfocarse en comprender por qué un sujeto decide suicidarse, y a propósito de ello, emergen diversas teorías que buscan explicar el comportamiento suicida y sus diversas facetas (Ibrahim, 2019; MINSAL, 2013; Shneidman, 1985).

Destacan, por ejemplo, las contribuciones del sociólogo Emile Durkheim durante el siglo XIX, quien describe el fenómeno del suicidio como un acto individual que refleja un malestar de origen colectivo, definiéndolo como toda muerte asociada a una acción u omisión, con consciencia de las consecuencias fatales, por parte de la víctima (MINSAL, 2013). Shneidman, desde el campo de la psicología, realizó notables aportes a lo largo de su carrera, enfatizando en la prevención y atención del suicidio, contribuyendo a posicionar al fenómeno como una prioridad en cuanto salud y política pública (MINSAL, 2013). Este autor define el suicidio como un acto deliberado, o consciente, de autoaniquilación que resulta de un malestar multidimensional en donde la muerte del individuo se percibe como la mejor solución (Shneidman, 1985 como se citó en Almonte, 2019). Similar a esta definición, Baechler (1981) define el suicidio como aquellas conductas que, a modo de respuesta frente a un problema existencial, atentan contra la vida del sujeto (como se citó en MINSAL, 2013).

Actualmente, además de la intencionalidad y consciencia, se enfatiza en que el suicidio es un acto que más allá de acabar con la propia vida, tiene como intención acabar con un dolor psicológico (Martínez, 2008 como se citó en MINSAL, 2013). En línea con lo anterior, Shneidman (1985) detalla las características que serían comunes a todo suicidio, entre las cuales destacan las necesidades psicológicas no satisfechas y la vivencia de emociones de desesperanza y desesperación, que conjunto a un insostenible dolor psicológico decantarían en la búsqueda de una solución a través del cese de la conciencia.

Frente a esta plétora de conceptualizaciones y reconociendo la complejidad que supone el estandarizar la nomenclatura de este fenómeno, la OMS (2014) ha definido el suicidio como el acto deliberado de causarse la muerte a sí mismo, o “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir,

cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976, s.p. como se citó en MINSAL, 2013).

2.1. Aspectos clínicos.

Desde el punto de vista clínico, es posible comprender el suicidio como parte de un espectro que comprende distintas conductas interrelacionadas entre sí, denominadas comportamiento suicida o suicidalidad (OMS, 2014). El espectro suicidal abarcaría las múltiples expresiones de malestar personal e interpersonal que un individuo puede manifestar, tales como las autolesiones, ideación suicida, intento suicida y el suicidio consumado (Sheehan, 2016 como se citó en Almonte, 2019; MINSAL, 2013; OMS, 2014). Al respecto, existe una importante discusión dentro de la comunidad académica y científica debido a la complejidad que representa el definir qué se entiende por suicidalidad, qué conductas son consideradas dentro de este continuo y en qué medida se diferencian entre sí (Fonseca-Pedrero et al., 2020; OMS, 2014; Silverman, 2016). Para simplificar el abordaje de las múltiples expresiones de la suicidalidad, se distinguirá entre las cuatro conductas mencionadas, realizando una breve profundización en cada una de estas.

2.1.1. Autolesiones.

Las autolesiones se caracterizan por la inflicción repetida de lesiones superficiales y dolorosas en la superficie del propio cuerpo, con el objetivo aliviar de manera inmediata el malestar psíquico de la persona, ya sea reduciendo la vivencia de emociones negativas tales como la ansiedad o tensión, resolviendo una dificultad interpersonal, o bien, siendo concebidas como un autocastigo merecido (Almonte, 2019; Silverman, 2016). Comenzando típicamente en la adolescencia temprana, se ha reportado que los y las jóvenes aprenden y adoptan conductas autolesivas ya sea por recomendación o a través de la observación de otras personas (Almonte, 2019). Pudiendo continuar durante años, las autolesiones pueden volverse sistemáticas y adoptar un patrón semejante a una adicción, asociándose muchas veces a un sentimiento de urgencia y ansias (Almonte, 2019).

Comúnmente, las lesiones son llevadas a cabo con objetos cortopunzantes, tales como cuchillos, cuchillas, agujas, entre otros, o bien, con objetos capaces de quemar la piel, realizando cortes o quemaduras superficiales en distintas zonas del cuerpo accesibles para la persona, tales como los muslos o el dorso del antebrazo (Almonte, 2019). Almonte (2019) señala que este tipo de conductas autolesivas tienden a no recibir atención clínica debido a la escasa intención de consultar al respecto con un profesional de la salud, ya sea por el estigma asociado o bien, porque las autolesiones no son problematizadas por la persona.

Este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y estudios estadounidenses estiman su prevalencia en alrededor de un 10% en la población adolescente general (Windfuhr et al., 2016). Las conductas autolesivas pueden ocurrir en asociación, o bien comórbidamente, con diversas psicopatologías y diagnósticos psiquiátricos, tales como la depresión, el trastorno límite de personalidad, trastorno de estrés postraumático, entre otros (Almonte, 2019; Windfuhr et al., 2016). Sumado a lo anterior, se ha descrito que existiría un riesgo de suicidio hasta un 50% más elevado en adolescentes que han presentado conductas

autolesivas, en comparación con jóvenes sin este historial (Almonte, 2019; Obando, Trujillo & Prada, 2018; Windfuhr et al., 2016).

Si bien se ha descrito que a diferencia de los intentos suicidas, las autolesiones no tendrían como objetivo consciente ni explícito alcanzar la muerte mediante las acciones realizadas, dicha distinción ha sido objeto de debate dentro del campo de suicidología debido a la dificultad para identificar la intención de manera precisa y a la fuerte asociación entre este comportamiento y el riesgo de suicida (Almonte, 2019; Silverman, 2016). Es por este motivo que en el presente escrito se referirá este fenómeno como “autolesiones” y no “autolesiones no suicidas”.

2.1.2. Ideación suicida.

La ideación suicida es entendida como los “pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método” (MINSAL, 2013, p. 8), pudiendo presentarse de manera persistente e intensa, o bien de manera transitoria asociada al contexto vital particular (Almonte, 2019). En cualquier caso, la ideación suicida supone una gran perturbación en la calidad de vida de la persona y puede sentar precedente para futuros intentos suicidas; por lo anterior, se debe evaluar y abordar con la seriedad necesaria para intervenir de manera pertinente (Almonte, 2019). La ideación suicida se puede expresar de diversas maneras, sin embargo muchas veces no es comunicada explícitamente por lo que puede pasar desapercibida o ser desestimada, pese a lo que señalan las estadísticas: ocho de cada diez personas que atentan contra su vida habrían expresado alguna forma de ideación suicida (Valdivia, 2006 como se citó en Almonte, 2019). En este sentido, es común que estos pensamientos se manifiesten en frases tales como “no vale la pena seguir viviendo”, o un deseo de “dormir para siempre”, por ejemplo (Valdivia, 2006 como se citó en Almonte, 2019).

La ideación suicida tiende a emerger en la adolescencia y es particularmente prevalente en este grupo etario, afectando a ambos géneros con una incidencia similar (Cabra, Infante & Sossa, 2010; McKinnon et al., 2016). Los factores de riesgo asociados a la aparición de este fenómeno tienden a ser consistentes a nivel internacional, mostrándose como factores particularmente relevantes la soledad, el consumo de alcohol y el bullying (McKinnon et al., 2016).

En cuanto a la prevalencia, si bien es difícil de determinar, se estima que a nivel internacional aproximadamente entre un 12% a 30% de adolescentes han pensado en quitarse la vida, con variaciones dependiendo de la región (Almonte, 2019; McKinnon et al., 2016; Ventura-Juncá et al., 2010). La revisión realizada por McKinnon et al. (2016), la cual se enfocó en estimar la prevalencia de la ideación suicida en 49 países de ingresos bajos y medios, incluido Chile, concluyó que el 15,3% de los y las adolescentes de entre 13 y 15 años de edad habían considerado suicidarse dentro del último año.

2.1.3. Intento suicida

El intento suicida es definido como una conducta o acción deliberada que tiene como objetivo el causarse daño con tal de alcanzar la muerte, sin lograr la consumación de esta última, ya sea por interrupción oportuna de terceros, arrepentimiento, entre otros motivos (Cabra, Infante & Sossa, 2010; MINSAL, 2013).

Se ha demostrado que existiría una asociación significativa entre la ideación suicida y los intentos de suicidio. La evidencia sugiere que el comportamiento suicida, y en particular los intentos suicidas, son de carácter repetitivo: gran parte de las personas que mueren por suicidio han realizado un intento previo y muchos de aquellos que realizan intentos suicidas lo volverá a intentar en el futuro (Silverman, 2016). Si bien los suicidios consumados son menos frecuentes que la ideación suicida, se estima que al menos un 10% de los y las adolescentes realizan un intento de suicidio en algún momento de sus vidas, siendo un fenómeno más común en mujeres que en hombres (Almonte, 2019; Cabra, Infante & Sossa, 2010; Ventura-Juncá et al., 2010).

En conjunto con lo anterior, el intento de suicidio y la consumación de este son fenómenos que aparecen más elevados en adolescentes con un historial de conductas autolesivas, en conjunto con una mayor prevalencia de otras comorbilidades psiquiátricas (Almonte 2019; Cabra, Infante & Sossa, 2010). Así, al menos el 70% de los y las jóvenes que presentan estas conductas han atentado contra su vida en al menos una ocasión y alrededor de un 55%, repetidamente (Almonte, 2019).

2.1.4. Suicidio consumado

Finalmente, el suicidio consumado es comprendido como el “término que una persona hace de su vida en forma voluntaria e intencional” (MINSAL, 2013, p. 8). En este sentido, sus características más relevantes serían la fatalidad y la premeditación (MINSAL, 2013). La undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) se refiere al suicidio bajo el término “Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, categoría que agrupa a las autolesiones, los intentos de suicidio y la consumación (OMS, 2022).

Los métodos empleados para consumar el suicidio varían dependiendo de la región y la cultura de esta, muchas veces mediado por el acceso que se tenga a estos (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017; Windfuhr et al., 2016). A nivel mundial, la técnica más frecuente es el ahorcamiento, representando un 84% de los casos, seguida del uso de armas de fuego con un 7,4% y muerte por inmersión con un 4,2% (Almonte, 2019). Otras fuentes señalan que, además de los métodos anteriores, la muerte por envenenamiento por plaguicidas representaría al menos un 20% de las muertes por suicidio, especialmente en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

En Chile, la gran mayoría de los suicidios son consumados por ahorcamiento, tanto en población general como adolescente, representando un 80,9% y un 85% respectivamente (Larraín & Lobos, 2017). En mucha menor medida, le siguen el uso de armas de fuego, el envenenamiento y el salto desde un lugar elevado (Larraín & Lobos, 2017).

2.2. Epidemiología y prevalencia.

A nivel estadístico, la prevalencia del suicidio es obtenida principalmente a partir de la información disponible en el registro civil de cada país, a través de certificados de defunción y/o pesquisas policiales o judiciales (MINSAL, 2013; Windfuhr et al., 2016). Estos datos pueden resultar insuficientes, tanto en calidad como precisión, debido a una multiplicidad de factores socioculturales, religiosos, políticos, técnicos, entre otros (MINSAL, 2013; OMS, 2014; Hawton & van Heeringen, 2009 como se citó en Windfuhr et al., 2016). Se estima así

que la incidencia de mortalidad por suicidio podría ser hasta el doble de lo reportado por las cifras oficiales, especialmente en los casos de suicidio infantil y adolescente (Wekstein, 1979 como se citó en Silverman, 2016; Windfuhr et al., 2016). Incluso con esta notable subestimación en sus cifras, la muerte por suicidio está posicionada dentro de las 20 primeras causas de muerte a nivel global, siendo responsable de al menos 700,000 muertes sólo durante el año 2019 (OMS, 2021).

Los datos estadísticos respecto a la incidencia de la muerte por suicidio evidencian diversas tendencias. Alcanzando un peak a comienzos del milenio, durante las últimas dos décadas la prevalencia del suicidio a nivel mundial ha ido, en general, a la baja (OMS, 2021; Banco Mundial, 2019). De este modo, las tasas de muerte por suicidio por cada 100,000 habitantes han disminuido de 12,96 en el año 2000 a 9,17 en el 2019 (Banco Mundial, 2019).

En la gran mayoría de los países de la OCDE las tasas de mortalidad han disminuido al menos un 30% en el periodo comprendido entre 1990 y 2017 (OCDE, 2019b). Mientras algunas naciones mostraron descensos aún más marcados, alcanzando hasta un 40% por ejemplo, otros países tales como Chile y Corea del Sur observaron sus cifras más altas en la última década, con una disminución sólo en los años más recientes (OCDE, 2019b). Al año 2018, Chile se ubicaba en el puesto número 24 entre los países de la OCDE con mayores tasas de mortalidad por suicidio en la población general, encabezando la lista entre los países latinoamericanos, con 9,8 muertes por cada 100,000 habitantes según las estimaciones de la organización (OCDE, 2021).

La información por parte de la OMS (2021) también refleja una disminución de las tasas de suicidio a nivel mundial, las cuales se habrían reducido en un 36% entre el año 2000 y 2019. Pese a esta tendencia a nivel global, las tasas de mortalidad por suicidio en la región de las Américas parecieran ser la excepción, siendo esta la única región del mundo cuyas cifras han aumentado dentro del mismo período (OMS, 2021). Particularmente en Latinoamérica y el Caribe, las tasas de suicidio también se han mantenido al alza de manera sostenida a lo largo de las últimas dos décadas (Banco Mundial, 2019; OPS, 2014).

Las principales diferencias sociodemográficas en la prevalencia del suicidio se evidencian en el grupo etario y sexo (Vidal et al., 2021). Así, las tasas de mortalidad por suicidio a lo largo del mundo son considerablemente más elevadas en hombres que en mujeres, a diferencia de lo evidenciado en los intentos de suicidio, representando el 80% del total de las muertes por suicidio, especialmente en los hombres sobre los 60 años de edad (Vidal et al., 2021). En Chile, en el periodo entre el año 2000 y 2014 de las 25.724 personas que cometieron un suicidio, el 82,5% fueron hombres (Larraín & Lobos, 2017). Las tasas de mortalidad por suicidio del sexo masculino fueron 5 veces más altas que aquellas de la contraparte femenina durante el año 2018, cifra que se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los últimos veinte años, concordante con el panorama a nivel global (Vidal et al., 2021).

2.3. Prevalencia en adolescentes.

Los datos disponibles respecto de la incidencia del suicidio en distintos grupos etarios dan cuenta que este tiende a aumentar con la edad, siendo así más frecuente en la población

sobre los 40 años de edad y en la población adulta mayor, representando más del 70% del total de muertes por suicidio (MINSAL, 2013).

Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento mundial de este fenómeno en la población más joven en comparación con la población general (Torok et al., 2019; Vidal et al., 2021). En adolescentes y adultos jóvenes se estima que el suicidio representa al menos un 6% de todas las muertes y que del millón de personas que mueren anualmente a nivel mundial por suicidio, aproximadamente 100,000 corresponderían a adolescentes (Guajardo et al., 2015; McKinnon et al., 2016; MINSAL, 2013; OMS, 2011 como se citó en Ranahan, 2011). De esta forma, la muerte por suicidio se posiciona como la segunda causa de muerte en los y las jóvenes de entre 15 y 29 años, solo detrás de los accidentes de tráfico, y la tercera en la población adolescente de los 10 a los 19 años de edad, para ambos sexos (OMS, 2019; OMS, 2021; Torok et al., 2019). Es importante notar que las estadísticas dan cuenta de que por cada adolescente que comete un suicidio, existen entre 80 a 100 jóvenes más que lo intentan (OMS, 2014).

A nivel americano, las tasas de suicidio son de 5,7 por cada 100,000 habitantes en jóvenes de entre 10 y 24 años, y al igual que en otros grupos etarios, con una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Quinlan-Davidson et al., 2014 como se citó en Araneda et al., 2021). Por su parte, en Latinoamérica y el Caribe una de las poblaciones con mayor prevalencia es aquella compuesta por adolescentes (IHME, 2022). Entre los países con las cifras más elevadas se encuentran Ecuador, Guyana, Nicaragua, El Salvador, Surinam, y Chile (Quinlan-Davidson et al., 2014 como se citó en Araneda et al., 2021).

Entre 1990 y 2008 las tasas de suicidio se duplicaron a nivel nacional, y en el grupo etario comprendido entre los 10 a 19 años, estas aumentaron sostenidamente en este intervalo temporal, pasando de 2 a 7 muertes por cada 100,000 habitantes (Almonte, 2019; DEIS, 2021b). Las estimaciones realizadas por la OCDE (2011) durante este mismo periodo de tiempo ubicaron a Chile como uno de los primeros cinco países con mayores tasas de suicidio en jóvenes de entre 15 y 19 años, con más de 10 suicidios cada 100,000 adolescentes. La UNICEF (2017) por su parte coincide en que las tasas de suicidio adolescente en Chile representan una de las más altas a nivel mundial, con al menos el 60% de las muertes totales en la población adolescente en el país (Echávarri et al., 2015).

En el estudio realizado por Araneda et al. (2021) respecto a las tendencias del suicidio y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes chilenos de entre 10 y 24 años, fue posible evidenciar que las tasas de mortalidad se mantuvieron estables entre 2000 y el 2007, con una media de 7,5 muertes por cada 100,000 habitantes, para luego incrementar marcadamente entre el 2008 y el 2011, pasando a 10,1 muertes por cada 100,000 habitantes. Finalmente, las cifras mostraron un descenso desde el 2012 al 2017, con una tasa mediana de 7,6 muertes (Araneda et al., 2021). Tal como evidencia dicho estudio, desde el año 2013 a la fecha, las tasas de mortalidad por suicidio en el grupo de adolescentes y jóvenes comprendido entre 10 y 24 años observadas por el DEIS (2021b) han mostrado un descenso progresivo en el país. Así, el año 2020 las tasas observadas fueron del orden de 5,85 muertes por cada 100,000 habitantes, la cifra más baja en los últimos 20 años (DEIS, 2021b).

La investigación de Salvo, Rioseco y Salvo (1998, como se citó en Ventura-Juncá et al., 2010), en torno a ideación e intento suicida en adolescentes de la ciudad de Concepción

que cursan enseñanza media arrojó como resultado que un 57% de estos jóvenes presenta ideación suicida y un 14,2% realiza algún intento a lo largo de su vida. Los resultados del estudio de Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004), el cual se enfocó en los factores protectores y de riesgo en salud mental en población infantojuvenil del norte de Chile señaló una prevalencia de entre 6,4% y 14,6% en cuanto a ideación suicida y aproximadamente un 18% en tanto intento de suicidio. El estudio realizado por Ventura-Juncá et al. (2010), realizado con jóvenes adolescentes de la Región Metropolitana, da cuenta de cifras similares, estimando una prevalencia de casi un 60% respecto de la ideación suicida y de un 18,8% en cuanto a intento suicida. Estos porcentajes resultaron particularmente preocupantes no solo en comparación con las cifras de estudios extranjeros, las cuales Chile superaba con con amplitud, sino que también considerando la correlación entre ideación e intento suicida y el suicidio consumado (Ventura-Juncá et al., 2010). Así, Guajardo et al. (2015) señala, a propósito del estudio de Ventura-Juncá et al. (2010) que en Chile “dos de cada tres adolescentes de enseñanza media piensan que la vida no vale la pena, dos piensan en terminar con ella y uno lo intenta” (p. 146).

Investigaciones más recientes dan cuenta de resultados similares. La novena Encuesta Nacional de Juventud arrojó como resultado que un 19,1% de los y las jóvenes del país habría deseado terminar con su vida o suicidarse dentro del último mes (INJUV, 2019). El estudio realizado por Valdivia et al. (2015) en la comuna de Santa Juana, Región del Biobío, contó con una muestra de 195 adolescentes de entre 14 y 20 años de edad. Del total, 16,4% de estos jóvenes intentaron suicidarse en los últimos doce meses y 19,5% en el periodo anterior al año, con una prevalencia de vida, esto es, haberlo intentado por lo menos en alguna oportunidad, de 25,6%. Los hallazgos de la investigación muestran una prevalencia de intento suicida mayor a la descrita en otras publicaciones nacionales (Valdivia et al., 2015). Por otro lado, la prevalencia del intento suicida en adolescentes del país se muestra notablemente mayor a aquella descrita en otros estudios internacionales, los cuales fluctúan entre el 1,5% y 8,9% respecto al último año y 2,8% hasta 10,4% en relación a la prevalencia a lo largo de la vida (Valdivia et al., 2015).

El estudio de Silva et al. (2017), realizado con 919 adolescentes de enseñanza media de la provincia de Concepción dio cuenta que al menos el 9% de los y las adolescentes participantes del estudio realizaron un intento suicida en los últimos doce meses, cifra que se elevó a un 10,5% en el período previo al año. Más aún, la prevalencia vital del intento suicida fue de 14,3% (Silva et al., 2017). Como señalan los autores, y en concordancia con el estudio de Valdivia et al. (2015) la prevalencia encontrada en este estudio supera ampliamente la reportada por otros datos internacionales en muestras tanto norteamericanas como europeas (Silva et al., 2021).

Por otro lado, la investigación realizada por Ardiles-Irarrázabal et al. (2018) con 349 adolescentes de enseñanza medio de localidades urbanas y rurales en la región de Coquimbo, Chile, reflejó una prevalencia de 14,04% para intento de suicidio en adolescentes de entre 14 y 19 años, resultados que dieron cuenta de una prevalencia más elevada en adolescentes mujeres, quienes presentaron un 15,76%, lo cual es consistente con la literatura internacional y nacional.

3. Prevención.

- 3.1. Factores de riesgo
 - 3.1.1. Factores biopsicosociales
 - 3.1.2. Factores ambientales
 - 3.1.3. Factores socioculturales
- 3.2. Factores protectores
- 3.3. Evaluación del riesgo suicida
- 3.4. Estrategias de prevención del suicidio
 - 3.4.1. Prevención primaria o universal
 - 3.4.2. Prevención secundaria o selectiva
 - 3.4.3. Prevención terciaria o indicada
- 3.5. Estrategias de prevención basadas en TICs
- 3.6. Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio
 - 3.6.1. Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS)
 - 3.6.1.1. Sistema de información, vigilancia y estudio de casos.
 - 3.6.1.2. Implementación de Planes Regionales Intersectoriales.
 - 3.6.1.3. Fortalecimiento de competencias y capacitación de profesionales de la salud.
 - 3.6.1.4. Incorporación de programas e intervenciones preventivas en establecimientos educacionales.
 - 3.6.1.4. Sistemas de ayuda en situaciones de crisis.
 - 3.6.1.6. Trabajo con los medios de comunicación.

El suicidio es prevenible y para ello se requiere de una visión, plan y una variedad de distintas estrategias coordinadas entre sí (OMS, 2014). En este sentido, la prevención del suicidio exige un esfuerzo colaborativo, amplio e integrado entre autoridades, comunidades y diversos sectores de la sociedad, tales como las áreas de salud, trabajo, justicia, educación, entre otras (OMS, 2014). Estos esfuerzos deberán basarse en la evidencia científica, el conocimiento práctico y las características particulares de cada comunidad y cultura (OMS, 2014). En la práctica, el fundamento de una respuesta efectiva en cuanto a prevención del riesgo suicida es la identificación oportuna de los principales factores protectores y de riesgo del comportamiento suicida (OMS, 2014).

3.1. Factores de riesgo.

Por factor de riesgo en suicidio entenderemos los elementos, contextos o características que aumentan la probabilidad de que un individuo presente algún comportamiento suicida (Van Orden et al., 2010 como se citó en Ibrahim, 2019). El comportamiento suicida es un fenómeno complejo que responde a una diversidad de causas internas y externas que convergen, se relacionan entre sí y actúan de manera acumulativa sobre el riesgo suicida (García de Jalón, 2002 como se citó en MINSAL 2013; OMS, 2014; Zalsman et al., 2016). Por lo general no hay una causa única o estresor particular que permita determinar la ocurrencia del comportamiento suicida, ni que pueda aportar una explicación suficiente de este por sí sólo (OMS, 2014). A su vez, la presencia de ciertos factores de riesgo en algunos sujetos no necesariamente tendrá como consecuencia algún comportamiento suicida (OMS, 2014).

Los factores de riesgo del suicidio pueden ser agrupados en distintas categorías, las cuales muchas veces se superponen entre sí (Vijayakumar & Phillips, 2016). En el presente escrito, se distinguirá entre aquellos factores biopsicosociales, ambientales, y socioculturales. Debido a la multiplicidad de factores asociados al suicidio, no se pretende realizar un listado

exhaustivo de estos, sino meramente describir algunos de los principales factores de riesgo en las distintas dimensiones en las que se han identificado.

3.1.1. Factores biopsicosociales.

Factores biológicos.

Se han reportado ciertas características a nivel genético, neurofisiológico y bioquímico que estarían asociadas con la tendencia de ciertos individuos a quitarse la vida, especialmente en conjunto con experiencias adversas y de estrés durante periodos sensibles del desarrollo cerebral, tales como la infancia y adolescencia (Guajardo et al., 2015; Gvion & Apter, 2016; Mann & Currier, 2016; Sudol & Oquendo, 2016). Entre estos factores se encontrarían alteraciones en el sistema serotoninérgico, noradrenérgico y en el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), especialmente en población joven (Gvion & Apter, 2016; Mann & Currier, 2016). Desde el punto de vista estructural, se han reportado asociaciones entre déficits y anormalidades en ciertas áreas del cerebro y un riesgo elevado de suicidio (Mann & Currier, 2016; Sudol & Oquendo, 2016). Otro factor es el padecimiento de ciertas enfermedades o afecciones físicas, crónicas o agudas, tales como el cáncer, insuficiencia respiratoria crónica, diabetes, esclerosis múltiple, falla renal terminal, enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, la epilepsia, el dolor crónico, entre otras (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017; OMS, 2018; Pompili et al., 2016)

Factores psicológicos.

Los sentimientos de soledad, desesperanza y sintomatología depresiva se han identificado como conjunto de factores que, a nivel mundial, mayor asociación han mostrado con la ideación suicida y suicidio (Cuesta-Revé, 2017; MINSAL, 2013; McKinnon et al., 2016). Sumado a lo anterior, la tendencia hacia el aislamiento social, impulsividad, agresividad, y dificultades para autorregularse, resolver problemas y/o tomar decisiones, son características psicológicas que han sido descritas como de riesgo para el comportamiento suicida en adolescentes (Cuesta-Revé, 2017; Mann & Currier, 2016; Sudol & Oquendo, 2016; Windfuhr et al., 2016). Lo mismo se ha reportado respecto a las personalidades con rasgos narcisistas y perfeccionistas, asociadas a una baja tolerancia a la frustración, o bien, hipersensibles al estrés y eventos del medio, con baja autoestima y con tendencias hacia sentimientos de devaluación y culpa (Cuesta-Revé, 2017; Mann & Currier, 2016; McKinnon et al., 2016; Windfuhr et al., 2016).

Factores psicopatológicos.

Estudios de autopsia psicológica en adolescentes que cometieron un suicidio dan cuenta que el 90% de estos presentaban algún trastorno psiquiátrico, con una alta prevalencia de trastornos depresivos (Echávarri et al., 2015; Gvion & Apter, 2016; OMS, 2000). De esta forma, el riesgo suicida es entre 6 y 20 veces mayor en población adolescente con problemas de salud mental y diagnósticos psiquiátricos, en comparación con la población general (Echávarri et al., 2015). Además de los trastornos depresivos, los cuales representan casi un 80% de los casos, algunos de los diagnósticos y fenómenos más comunes son los trastornos de ansiedad generalizada, trastorno bipolar, trastornos afectivos, psicosis, trastornos de conducta, trastorno de personalidad límite, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno por abuso de

sustancias (Cuesta-Revé, 2017; Echávarri et al., 2015; Guajardo et al., 2015; McKinnon et al., 2016; OMS, 2019). Estos diagnósticos presentan un mayor riesgo suicida en ausencia del tratamiento pertinente y comorbilidades psiquiátricas, en particular cuando existen adicciones y/o abuso de sustancias tales como el consumo problemático de alcohol, de sustancias psicoactivas u otras drogas (Cuesta-Revé, 2017; Gvion & Apter, 2016; McKinnon et al., 2016; OMS, 2019).

Antecedentes de suicidalidad.

Si bien cualquier manifestación del espectro suicidal conlleva un mayor riesgo suicida, uno de los factores de riesgo cuya asociación aparece como la más marcada con el suicidio consumado es el antecedente de ideación e intentos de suicidio previos; así, el principal factor de riesgo suicida es un intento previo en la historia vital del sujeto, especialmente dentro de los primeros seis a doce meses posteriores a la tentativa (Córdoba, 2016; MINSAL, 2013; OMS, 2018).

Violencia y agresiones sexuales.

Se ha reportado que las experiencias adversas durante la niñez y adolescencia, entre las cuales destacan el maltrato físico y psicológico, las agresiones sexuales de todo tipo y la violencia de género, elevan sustancialmente el riesgo de suicidio en jóvenes adolescentes (Cuesta-Revé, 2017; Larraguibel et al., 2000; McKinnon et al., 2016).

3.1.2. Factores ambientales.

La evidencia sugiere que gran parte de los suicidios responden también a momentos de crisis que impactan negativamente a la persona en distintas dimensiones y que, en consecuencia, le dificultan afrontar adaptativamente las tensiones del entorno (McKinnon et al., 2016; OMS, 2018). Así, los factores de riesgo a nivel ambiental se encuentran en constante interacción con los factores individuales y es común que actúen como gatillantes en la emergencia de la ideación, intento y suicidio (MINSAL, 2013).

Disponibilidad de medios letales.

Un factor relevante en torno al suicidio adolescente es la disponibilidad y facilidad de acceso a medios potencialmente letales con los cuales realizar un intento de suicidio (Almonte, 2019; OMS, 2014; Suelves & Robert, 2012). El tipo de medio disponible también será un factor determinante también en cuanto a la letalidad que tenga un intento de suicidio (Almonte, 2019; MINSAL, 2013)

Familia.

Se ha reportado que existe una asociación entre el suicidio adolescente y la adversidad, violencia y/ disfuncionalidad dentro de la estructura y dinámica familiar (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017; Larraguibel et al., 2000). Específicamente, la falta de calidez y/o las experiencias de negligencia y falta de cuidado por parte del sistema familiar y parental, así como los conflictos y/o violencia a nivel familiar son elementos que se han asociado a un mayor riesgo suicida en jóvenes adolescentes (Cuesta-Revé, 2017; Larraguibel et al., 2000; McKinnon et al., 2016). Más aún, se ha reportado que la discordia entre figuras parentales e hijo/a es el

precipitante más común de suicidios consumados en adolescentes menores de 16 años (Brent et al., 1999 como se citó en Gvion & Apter, 2016).

Asimismo, existe un mayor riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes cuando se está frente a problemas y dificultades comunicacionales con las figuras cuidadoras, padres o madres, en conjunto con una falta de apoyo por parte de estos, ya sea real o percibida (Larraguibel et al., 2000; McKinnon et al., 2016) Por otro lado, experiencias tales como relaciones parento-conyugales conflictivas y divorcios destructivos se asocian con un mayor riesgo suicida en la población adolescente, especialmente cuando estos involucran, triangulan y/o culpan a los hijos/as respecto de los conflictos parento-conyugales y/o fracaso matrimonial (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017).

Finalmente, los antecedentes familiares de psicopatología parental y suicidio son un importante factor de riesgo en cuanto al comportamiento suicida adolescente, aumentando hasta ocho veces el riesgo de incurrir en estas conductas en comparación con la población general (MINSAL, 2013; Mann & Currier, 2007 como se citó en Gvion & Apter, 2016).

Escuela.

El ámbito escolar es de particular relevancia en cuanto al riesgo suicida. Se ha descrito que existe una asociación entre dificultades y conflictos en este contexto y un mayor riesgo suicida, entre los cuales destacan: la pérdida del año escolar y la deserción; el bajo rendimiento académico junto al fracaso y rechazo escolar; la insatisfacción personal y/o externa respecto de los resultados obtenidos a nivel escolar en conjunto con una fuerte presión académica; falta de hábitos de estudio; acoso escolar, bullying y cyberbullying, especialmente en casos en donde se evidencia una indiferencia y/o minimización por parte del medio familiar y/o comunidad escolar (Almonte, 2019; Córdoba, 2016; Cuesta-Revé, 2017; Guajardo et al., 2015; Klomek et al., 2009 como se citó en Gvion & Apter, 2016).

3.1.3. Factores socioculturales.

A nivel general se ha descrito que la falta de apoyo social acompañada de una sensación de aislamiento estarían asociadas a un mayor riesgo suicida (Almonte, 2019). Lo anterior, en conjunto con la vivencia de eventos estresores pueden contribuir a aumentar el riesgo suicida, entre ellos: la desintegración de una relación significativa; la pérdida y duelo de seres queridos; los conflictos interpersonales; la falta de relaciones significativas con pares y/o familia; los acontecimientos vitales asociados a la humillación, estigma social y/o vergüenza; las pérdidas de empleo o a nivel económico, entre otras (Almonte, 2019; IAPS-OMS, 2006 como se citó en MINSAL, 2013; Suelves & Robert, 2012).

Por otro lado, también se ha estudiado lo que se denomina como efecto de imitación suicida o “contagio”, el cual sería el proceso mediante el cual la exposición a un suicidio dado facilita o influye en la ocurrencia de otro intentos de suicidio, a modo de modelo imitable (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017; Guajardo et al., 2015; Suelves & Robert, 2012). Lo anterior puede guardar relación, en parte, con el uso de redes sociales y malas prácticas en la cobertura mediática de comportamientos suicidas y suicidios por parte de los medios de comunicación, los cuales pueden exponer la información de manera inapropiada y con ello contribuir a aumentar el riesgo de suicidio de personas vulnerables (OMS, 2014). En esta

misma línea, se ha hablado también del concepto de “enjambres suicidales”, los cuales refieren a una serie de suicidios ocurridos con estrecha proximidad, ya sea temporal y/o geográfica, pudiendo o no estar relacionados entre sí (Almonte, 2019; MINSAL, 2013).

Finalmente, la estigmatización de la búsqueda de ayuda en servicios sanitarios y de atención en salud mental, así como las barreras para acceder a estos de manera adecuada y oportuna, ya sea por disponibilidad de atención o por la limitada literacidad en salud mental de la población, se constituyen como un factor asociado al riesgo suicida, así como también influyen las creencias culturales y religiosas asociadas al suicidio (MINSAL, 2013; Nieto & Orozco, 2015; OMS, 2014; Suelves & Robert, 2012).

Factores sociodemográficos

Un importante factor de riesgo del comportamiento suicida y el suicidio corresponde precisamente al periodo del desarrollo de la adolescencia, particularmente la adolescencia media y tardía, y la adultez temprana (Grandclerc et al., 2016 como se citó en Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017). La evidencia daría cuenta de un elevado riesgo suicida especialmente en el intervalo etario de los 12 a los 17 años de edad (Torok et al., 2019). Sumado a lo anterior, se observa que la ideación suicida grave tiene una mayor incidencia alrededor de los 15 años de edad, mientras que la mayor frecuencia de intentos suicidas se daría a los 16 años (Ventura-Juncá et al., 2010).

Junto a lo anterior, la suicidalidad presenta una marcada diferencia por género, siendo más frecuente en la población adolescente femenina, quienes presentan con mayor frecuencia ideación e intento suicida, siendo estimado que alrededor de un 71% de las mujeres adolescentes ha pensado en acabar con su vida, mientras que un 26% ha realizado algún intento de suicidio; por otro lado, si bien la población adolescente masculina muestra una menor incidencia en estos fenómenos, con un 49% de ideación suicida y un 12% en cuanto a intento suicida, presentan una mayor cantidad de suicidios consumados en comparación a las mujeres (Cabra, Infante & Sossa, 2010; Larraguibel et al., 2000; McKinnon et al., 2016; Ventura-Juncá et al., 2010).

También ha sido reportado que la pertenencia a ciertos grupos poblacionales en situaciones de mayor vulnerabilidad, tales como personas con bajos niveles socioeconómicos y educacionales, y/o grupos sujetos a discriminaciones, muestran tasas más elevadas de suicidio adolescente (Guajardo et al., 2015; MINSAL, 2013; OMS, 2018). Entre estos últimos, las personas migrantes y/o refugiadas, comunidades indígenas, personas de la comunidad LGBTQ+ (lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans, queer, entre otros), por nombrar algunos (OMS, 2018).

3.2. Factores protectores.

Los factores protectores son de gran relevancia en la prevención del riesgo suicida y han sido identificados como promotores de la resiliencia, por lo que se les debe considerar como protagonistas a la hora de prevenir el comportamiento suicida en jóvenes adolescentes (OMS, 2014). Pese a su importancia, Silverman (2016) señala que poco se sabe respecto a los factores protectores, en comparación con aquellos de riesgo.

Algunos de los factores protectores del suicidio adolescente más ampliamente descritos son aquellos asociados al sistema familiar. Así, una elevada cohesión familiar, así como la calidad y calidez de los vínculos familiares pueden contribuir a disminuir el riesgo suicida (Guajardo et al., 2015; Larraguibel et al., 2000; Torok et al., 2019). De manera similar, la mantención de relaciones personales significativas, sanas y cercanas, ya sea con parejas, pares, amigos y amigas, u otras figuras relevantes del círculo social pueden constituirse como un factor protector, especialmente en la adolescencia (Bohórquez, 2009; OMS, 2014; Vijayakumar & Phillips, 2016).

Por otro lado, se ha reportado que la escolarización y participación consistente en actividades de interés, así como el desarrollo de habilidades sociales, de resolución de problemas, capacidad de reflexión sobre sí mismo/a y el mundo, y el logro y mantención de un locus de control interno se constituirían como factores protectores en adolescentes (Fonagy & Target, 1997 como se citó en Echávarri et al., 2015; Guajardo et al., 2015; OMS, 2014). Lo anterior guardaría relación con el bienestar personal subjetivo de la persona, así como una alta autoestima, percepción de autoeficacia y estrategias de afrontamiento positivas, lo cual se ha descrito como protector contra el suicidio (OMS, 2014). Sumado a lo anterior, se ha identificado que la detección y tratamiento oportuno de problemas de salud mental, así como la existencia de un acceso expedito a servicios comunitarios y de atención en salud mental, se asocian a una disminución de las tasas de suicidio en adolescentes (Echávarri et al., 2015).

Si bien las creencias religiosas o espirituales pueden constituirse como un factor protector en tanto abogan por comportamientos que pudiesen ser beneficiosos para la salud física y mental del sujeto, o se relacionan con restricciones valóricas asociadas a quitarse la propia vida, se debe abordar esta temática con precaución (Guajardo et al., 2015; Vijayakumar & Phillips, 2016). En este sentido, algunas creencias culturales o religiosas han contribuido históricamente al estigma en torno al suicidio y búsqueda de ayuda en salud mental (OMS, 2014).

3.3. Evaluación del riesgo suicida.

Existen diversos instrumentos que permiten evaluar y detectar problemas de salud mental así como algunas dimensiones de la suicidalidad y riesgo suicida, diferenciándose entre sí dependiendo de la modalidad, validez, fiabilidad y utilidad clínica (Almonte, 2019; Silverman, 2016). Entre algunos de los más comúnmente utilizados a nivel internacional se encuentran la Escala de Sheehan, Brief Impairment scale, Columbia Impairment scale y Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ) Impact Scale, SAD PERSON, Modified PHQ 9, la Escala Paykel de Suicidio (PSS), Escala de Conducta Suicida en Adolescentes (SEN-TIA), por nombrar algunos ejemplos (Almonte, 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2020; Guajardo et al., 2015). Estas escalas se caracterizan por medir los principales signos y síntomas de problemas de salud mental en adolescentes, evaluando la presencia o no de riesgo suicida. Si bien, en general, estos instrumentos cuentan con una buena confiabilidad, de igual manera levantan múltiples críticas. Entre estas, destacan la falta de definiciones claras, la evaluación de comportamientos mutuamente excluyentes, la falta de conclusividad en sus resultados, la falta de aceptación universal, así como el hecho de que no todos incluyan cabalmente la multiplicidad de factores

de riesgo suicida que han sido descritos en la literatura (Bobes et al., 2004 como se citó en Córdova, Estrada & Velásquez, 2013; MINSAL, 2013; Silverman, 2016).

Ahora bien, de los instrumentos existentes, solo unos pocos se encuentran adaptados y validados para la población chilena (Guajardo et al., 2015; MINSAL, 2013). La Escala de Suicidalidad de Beck, si bien originalmente diseñada para su aplicación en adultos, se ha demostrado útil para la evaluación de ideación suicida en adolescentes, pese a no estar validada para adolescentes chilenos/as (Guajardo et al., 2015; Batterham et al., 2015). Por otro lado, la Escala de Suicidalidad de Okasha es el único instrumento de este tipo validado en población adolescente chilena, y se orienta a la pesquisa y detección de la ideación y riesgo suicida, permitiendo además su utilización no solo a profesionales y especialistas de salud mental, sino que también personas sin mayor capacitación (Guajardo et al., 2015). Pese a no estar oficialmente validado, el estudio de Núñez et al. (2020) señala también que el uso de la versión breve de la escala autoadministrada Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) en adolescentes chilenos puede ser útil para clasificar acertadamente la severidad de la ideación suicida, aunque se requieren más investigaciones. Si bien el uso de instrumentos es un gran aporte para la detección del riesgo suicida, estos no reemplazan la evaluación clínica profesional (Echavárri et al., 2015). Así, una evaluación del riesgo suicida comprehensiva requiere ser complementada por una entrevista clínica (Gvion & Apter, 2016; MINSAL, 2013).

Es posible clasificar el riesgo suicida en distintos niveles dependiendo de su gravedad: riesgo leve, riesgo moderado y riesgo grave o inminente (Berman & Silverman, 2013 como se citó en Ibrahim, 2019). Entre los múltiples factores que están involucrados en la clasificación del riesgo suicida se considera con especial atención el historial de intentos suicidas previos del sujeto y si este tiene o no un plan y método concreto para consumir el suicidio (Ibrahim, 2019). No existe un consenso respecto a la definición estricta de cada uno de estos niveles, en particular cuando se trata de diferenciar entre casos leves y moderados (Ibrahim, 2019). En tanto riesgo grave, por lo general, existe mayor unanimidad respecto a que este nivel implicaría un riesgo inmediato de suicidio (Ibrahim, 2019).

3.4. Estrategias de prevención del suicidio.

Las estrategias de prevención pueden ser agrupadas en tres tipos dependiendo de su población objetivo: universales o primarias, selectivas o secundarias, e indicada o terciaria. Las estrategias de prevención del suicidio siguen la misma lógica, y serán descritas a continuación.

3.4.1. Prevención primaria o universal.

Este tipo de prevención se caracteriza por estar orientada a la población general o a grandes grupos poblacionales (Gvion & Apter, 2016; OMS, 2014). Las estrategias de prevención del suicidio en este nivel son amplias y se basan en la promoción de factores protectores y en la reducción de aquellos de riesgo. Entre algunas de las estrategias universales más comunes en la prevención del suicidio se encuentra la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, la cual se traduce en, por ejemplo, la limitación del acceso a pesticidas, gases tóxicos, armas de fuego, medicamentos, entre otros, y la restricción de acceso e intervenciones estructurales a lugares o espacios públicos, tales como puentes, vías de tren o

edificios (Gvion & Apter, 2016; OMS, 2014; Sarchiapone et al., 2011 como se citó en Windfuhr et al., 2016; Zalsman et al., 2016).

Otra estrategia es la implementación de políticas salud pública amplias, entre las cuales destacan el aumento de accesibilidad hacia servicios de salud, especialmente atención de salud primaria y atención en salud mental, la reducción del consumo problemático de alcohol, y la promoción de la salud mental y sensibilización en torno al tema en la población general a través de programas o campañas orientados a la reducción del estigma (Leiva et al., 2015; OMS, 2014; Vijayakumar & Phillips, 2016; Zalsman et al., 2016).

Por otro lado, la cobertura mediática responsable del suicidio ha demostrado contribuir a disminuir las cifras de suicidio (Gvion & Apter, 2016; OMS, 2014; Zalsman et al., 2016). Esto implica evitar las descripciones detalladas de actos suicidas, evitar la glamorización y el sensacionalismo a la hora de informarlo, utilizar lenguaje responsable y pertinente, así como también utilizar las plataformas de medios de comunicación masivos para transmitir información relevante respecto al suicidio, búsqueda de ayuda y tratamiento (OMS, 2008). En esta misma línea, se ha reportado que el uso del internet y redes sociales tiene un rol potencial como estrategia universal de prevención del riesgo suicida en tanto pueden ser utilizados como medios de promoción de salud mental y conductas de búsqueda de ayuda (OMS, 2014).

Finalmente, una de las estrategias preventivas universales más comúnmente descritas en la población adolescente son los programas de concientización o sensibilización sobre el suicidio en contextos escolares, en lo cual se profundizará en el apartado respecto a comunidad educativa (Gvion & Apter, 2016).

3.4.2. Prevención secundaria o selectiva.

Estas estrategias tienen como población objetivo a grupos vulnerables y con un riesgo de suicidio más elevado, en comparación con la poblacional general (OMS, 2014). Estas personas pueden presentar una mayor cantidad de factores de riesgo suicida tales como problemas de salud mental, víctimas de agresiones sexuales, experiencias traumáticas, desastres naturales, refugiados y/o migrantes, por nombrar algunos ejemplos (Gvion & Apter, 2016; OMS, 2014).

Una de las estrategias más común es el entrenamiento de “gatekeepers” o “facilitadores comunitarios” en contextos como servicios de atención de salud, comunidad o escuela, por ejemplo (Gvion & Apter, 2016; MINSAL, 2013; OMS, 2014). Por “gatekeeper” se entiende cualquier persona que esté en una posición tal de identificar a un adolescente que pueda o no estar contemplando el suicidio (OMS, 2014). Esta estrategia consiste en formar o capacitar a personas estratégicas de la comunidad, con la intención de que sean capaces de transmitir y canalizar los conocimientos necesarios para identificar y orientar a los y las adolescentes que presenten factores de riesgo suicida, facilitando así las derivaciones a la red de atención a quienes lo precisen (MINSAL, 2013). Pese a la evidencia respecto a su efectividad en aportar a la formación de distintos agentes comunitarios, no ha sido posible establecer una asociación directa con una disminución de las cifras de riesgo suicida y suicidalidad en adolescentes (OMS 2014; Torok et al., 2019; Zalsman et al., 2016).

Por otro lado, las líneas de ayuda telefónica de apoyo emocional o intervención en crisis pueden ser de gran ayuda cuando otros apoyos sociales o profesionales no están disponibles o bien, no son una opción para la persona (OMS, 2014; Woodward & Wyllie, 2016). Si bien las líneas de ayuda pueden estar orientadas a poblaciones más amplias, típicamente se enfocan en prestar apoyo a grupos vulnerables, como en el caso del riesgo suicida. Mientras la evidencia sugiere que esta estrategia es efectiva en la reducción del riesgo suicida, además de ser costo efectiva, la falta de seguimiento y evaluación de los casos dificulta poder identificar asociaciones contundentes entre la disminución del riesgo suicida inmediato y las cifras de suicidio (OMS, 2014).

Finalmente, el screening en contextos escolares permitiría la detección precoz de estudiantes que se puedan encontrar en mayor riesgo, tanto respecto a problemas de salud mental como de riesgo suicida (Bustamante y Florenzano, 2013; Fonseca-Pedrero et al., 2020; Gvion & Apter, 2016; Zalsman et al., 2016). Si bien la evidencia da cuenta de la utilidad de esta estrategia, existe debate respecto a la posible estigmatización que pueda generar, así como las fluctuaciones a lo largo del tiempo del riesgo suicida adolescente, requiriendo realizar screenings de manera sistemática en el tiempo (Gvion & Apter, 2016). Respecto a las intervenciones preventivas del riesgo suicida en contextos escolares se profundizará más adelante.

3.4.3. Prevención terciaria o indicada.

Las estrategias de prevención terciaria o indicada son aquellas que se orientan a sujetos vulnerables específicos y tiene como meta reducir las recaídas en adolescentes con antecedentes de ideación e intento suicida (Gvion & Apter, 2016; OMS, 2014). Para ello se requiere tanto de servicios multidisciplinarios de fácil acceso que otorguen continuidad a la atención y rehabilitación, así como de la inclusión activa de la familia y figuras significativas dentro del proceso (Wasserman & Durkee, 2009 como se citó en Gvion & Apter, 2016; Zalsman et al., 2016). Lo anterior es relevante en la medida en que los y las jóvenes que han sido recientemente dados de alta posterior a conductas suicidas tienden a carecer de apoyo social y pueden sentirse aislados/as una vez que se encuentran de vuelta en sus medios (OMS, 2014). En este sentido, el seguimiento consistente y el apoyo comunitario es clave en la adherencia a tratamiento y vital en la prevención del suicidio (OMS, 2014).

En esta categoría preventiva también es posible encontrar programas denominados de “postvención”, los cuales buscan apoyar y asistir a sobrevivientes en su proceso de duelo, además del resto del círculo cercano y extendido de personas que han cometido suicidio recientemente, con tal de identificar entre ellos personas que requieran ayuda especializada y profesional para sobrellevar la pérdida (Gvion & Apter, 2016; Vijayakumar & Phillips, 2016). La postvención es aún un concepto en ciernes y pese a que cada vez es más reconocida, no existe evidencia suficiente respecto a su eficacia en especial en adolescentes y contextos escolares (Gvion & Apter, 2016).

Por otro lado, estudios han evaluado la utilidad de psicoterapias cognitivo-conductuales, psicoterapia interpersonal y psicofármacos para reducir sintomatología de salud mental en adolescentes; sin embargo, aún existe poca evidencia respecto a los tratamientos disponibles específicamente orientados a adolescentes con conducta suicida (Gvion & Apter,

2016). Algunas de las psicoterapias que se han probado como más eficaces a este fin son la psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia dialéctico-conductual, las cuales han sido adaptadas a población adolescente con buenos resultados en la disminución de la reincidencia en conductas suicidas en los estudios preliminares (Gvion & Apter, 2016; Zalsman et al., 2016). Junto a la psicoterapia, el uso de ciertos psicofármacos, tales como el litio y la clozapina, han reportado buenos resultados en este nivel de prevención, aunque con ciertas inconsistencias (Gvion & Apter, 2016).

3.5. Estrategias de prevención basadas en TICs.

El interés en el estudio y uso de TICs en la prevención del suicidio ha crecido de manera acelerada y exponencial en el último tiempo (Franco-Martín et al., 2018; Zalsman et al., 2016). Sin embargo, y como señalan Franco-Martín et al. (2018), al ser un campo relativamente novedoso la literatura en torno a estas estrategias, su efectividad y eficiencia es más bien escasa, posicionándose como una relevante línea de trabajo sobre la cual explorar y profundizar en los años venideros (Zalsman et al., 2016). En la revisión sistemática realizada por Franco-Martín et al. (2018), los autores señalan que la mayor parte de las investigaciones en TICs para la prevención del suicidio han sido realizadas en países anglosajones y se han centrado principalmente en el uso de redes sociales, plataformas web, aplicaciones web, aplicaciones móviles y machine learning.

Estas intervenciones permitirían apoyar en la detección de síntomas, así como en la prevención y tratamiento de trastornos de salud mental, facilitando la detección de individuos que se encuentren con riesgo suicida y que de otro modo, no hubiesen sido pesquisados (Franco-Martín et al., 2018). Mostrando resultados prometedores, este tipo de estrategias se presentan como una oportunidad novedosa para acercarse a la prevención del suicidio con diversos grupos poblacionales, en particular en población adolescente (Franco-Martín et al., 2018). Los y las adolescentes reconocen el importante rol que poseen las tecnologías y redes sociales en sus vidas cotidianas (Schilling et al., 2021). Si bien el uso extensivo de estas puede acarrear consecuencias negativas tales como ansiedad, dependencia y aislamiento en adolescentes, estas tecnologías y plataformas también ofrecen un enorme potencial al reducir ciertas barreras de acceso a ciertos servicios de salud mental, ya sea físicas como psicológicas, abriendo el espacio para acceder a información de mayor calidad y orientación profesional de manera segura, a bajo costo o incluso de manera gratuita, y bajo la privacidad de los dispositivos personales de los y las adolescentes (Schilling et al., 2021). Así, las estrategias basadas en TICs tienen una mayor capacidad de adaptarse y responder a las necesidades y maneras de interactuar de esta población, así como por la facilidad de acceso y el anonimato que pueden ofrecer (Franco-Martín et al., 2018). En conjunto con lo anterior, se ha señalado que el uso de las tecnologías en la prevención del suicidio puede aportar tanto al entrenamiento y capacitación de profesionales de la salud, así como para dirigirse a pacientes y sus respectivas familias (Franco-Martín et al., 2018).

El estado del arte realizado por el equipo investigador del Proyecto “Clan” (Alvarado, 2019) y la revisión realizada para el presente escrito dio cuenta de que la gran parte de la investigación en esta temática se ha limitado a realizar estudios pre-experimentales, cuasi-experimentales, con muestras poblacionales pequeñas y/o sin consideración de los aspectos de

implementación y escalamiento de las tecnologías utilizadas. A nivel nacional, Alvarado (2019) señala que no se han encontrado intervenciones específicas que utilicen TICs para la prevención del suicidio adolescente.

3.6. Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio.

El conocimiento respecto al comportamiento suicida ha crecido enormemente en las últimas décadas, contribuyendo así al desarrollo de prácticas y políticas públicas basadas en la evidencia (OMS, 2014). Actualmente existe cierto consenso global respecto a las medidas de prevención del suicidio que deben ser consideradas en el desarrollo de políticas públicas. (Echávarri et al., 2015). La OMS (2014) le ha otorgado particular importancia a las estrategias nacionales de prevención del suicidio, relevándolas como un elemento clave. Desde el año 2000, 28 países alrededor del mundo se han comprometido a la prevención del suicidio a través de la elaboración e implementación de estrategias nacionales (OMS, 2014).

Las estrategias nacionales de prevención del suicidio comprenden un amplio rango de intervenciones y a nivel general, la OMS (2014) señala que para ser efectivas deberán contemplar una colaboración intersectorial y adaptarse a las necesidades socioculturales de cada país y comunidad. Sumado a esto, deberán contar con una planificación que considere objetivos de corto, mediano y largo plazo, además de una evaluación sistemática de estos.

En Chile, estos esfuerzos se han traducido en distintos hitos. Desde el año 2005 a la fecha se han incorporado diversas patologías de salud mental al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), muchas de los cuales se asocian a un mayor riesgo de suicidio (como por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias), mejorando e incrementando la cobertura de sus respectivos tratamientos y con ello, aportando indirectamente a la prevención del riesgo suicida (Echávarri et al., 2015; OMS, 2014). El Ministerio de Salud también ha aumentado la red de dispositivos de atención en psiquiatría y salud mental, permitiendo que trastornos de baja a mediana complejidad sean atendidos en la red de atención primaria de salud, implementando equipos de especialidad ambulatoria bajo un enfoque de salud mental comunitaria, y creando hospitales diurnos y servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en hospitales (Echávarri et al., 2015).

En particular respecto a la salud y riesgo suicida en adolescentes, el Ministerio de Salud ha establecido diversos convenios con FONASA y el ex Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), con el objetivo de aumentar y mejorar la oferta de atención dirigida a población adolescente (MINSAL, 2011). Estos esfuerzos se han traducido, por ejemplo, en una ampliación en la cobertura y oferta en tratamientos asociados a consumo problemático de drogas o programas dirigidos a adolescentes en conflictos con la justicia o infractores de ley. Estas estrategias requieren de la colaboración y coordinación permanente y estrecha con distintas entidades, tales como Ministerio de Educación y sus organismos afines, corporaciones de educación municipal y gremios de la salud.

3.6.1. Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS).

El año 2007, el Ministerio de Salud de Chile diseña el PNPS, el cual es aprobado oficialmente el año 2013. Este programa emerge como parte de un esfuerzo nacional amplio

para reducir las tasas de mortalidad por suicidio, y se enmarca en el logro de las metas sanitarias planteadas el Plan Nacional de Salud (PNS), para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011 – 2020, establecidos por el Ministerio de Salud (Echávarri et al., 2015). Ahora bien, cabe ahondar brevemente en estos objetivos sanitarios y en el PNS. Respecto a los primeros, estos se plantean como política de estado y contemplan (1) mejorar la salud de la población, (2) disminuir las desigualdades e inequidades en salud, (3) aumentar la satisfacción de la población frente a los Servicios de Salud y (4) asegurar la calidad de las prestaciones de salud (MINSAL, 2016; MINSAL, 2020). El PNS cuenta con nueve ejes estratégicos que contemplan una mirada de temáticas relevantes en cuanto a la salud. Uno de estos, “Curso de vida”, considera el abordaje del suicidio adolescente. En esta línea, el PNS señala que una de sus metas es la disminución proyectado al año 2020 de un 10,2% en la tasa de mortalidad por suicidio en la población adolescente (MINSAL, 2016).

El PNPS intenta, entre otras cosas, aportar al logro de esta meta sanitaria y propone cuatro estrategias para su desarrollo: un modelo de intervención basado en el trabajo intersectorial, detección oportuna de casos de riesgo, una mejora en la cobertura y calidad de la atención, y mantener una vigilancia epidemiológica (MINSAL, 2013). Estas estrategias se llevarían a cabo involucrando distintos sectores sociales y comunitarios, así como instalando de manera paulatina seis componentes claves en la prevención del riesgo suicida, los cuales serán descritos a continuación.

3.6.1.1. Sistema de información, vigilancia y estudio de casos.

Este componente consiste en el registro y estudio tanto de los intentos como de los suicidios consumados a nivel regional y localizado en cada SEREMI de salud a lo largo del país. Estos registros debiesen incorporar los antecedentes e información epidemiológica relevantes para la comprensión del fenómeno a través de una estrecha colaboración con el DEIS, familias, comunidades territoriales y la red asistencial de salud, tanto pública como privada, en colaboración con los servicios de atención primaria, servicios de urgencias, y los respectivos equipos de trabajo con los cual amerite coordinarse en cada caso (MINSAL, 2013).

3.6.1.2. Implementación de Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del suicidio.

Cada Seremi, a nivel regional, deberá hacerse cargo del desarrollo de estrategias con el fin de sensibilizar y movilizar a la mayor cantidad de sectores, y en colaboración estrecha con estos, diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar el Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio a través de mesas regionales (MINSAL, 2013). Dichas mesas deberán nutrirse de la información emergente del Sistema de Estudio de Casos y contar con la participación de sectores tales como “Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, SENAMA, SENAME, SENDA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social” (MINSAL, 2013, p. 16). Entre las principales estrategias de intervención concretas se encuentran las “acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible, y la valorización de la búsqueda de ayuda” (MINSAL, 2013, p. 16).

3.6.1.3. Fortalecimiento de competencias y capacitación de profesionales de la salud.

La capacitación de funcionarios y personal de salud en torno a la detección y manejo de personas en riesgo suicida es fundamental (MINSAL, 2013). Por este motivo, la SEREMI de Salud deberá coordinarse con los Servicios de Salud de los territorios correspondientes con la finalidad de favorecer el desarrollo de instancias de capacitación, tales como cursos y talleres, de acuerdo a las orientaciones del MINSAL. Asimismo, deberán ser difundidas las normas y orientaciones técnicas disponibles, facilitar la elaboración de protocolos de derivación y atención e instrumentos de detección. Los esfuerzos deben dirigirse tanto a los profesionales de la atención primaria y servicios de urgencia, públicos y privados, así como a los organismos formadores de profesionales del área de la salud, con tal de incluir estas temáticas desde el punto de vista curricular (MINSAL, 2013).

3.6.1.4. Incorporación de programas e intervenciones preventivas en establecimientos educacionales.

Los programas e intervenciones de este tipo deberán centrarse en el fortalecimiento de factores protectores del medio escolar dirigidos a la totalidad de la comunidad educacional, implementando programas preventivos en pos del fortalecimiento de la autoestima, desarrollo de habilidades para la vida y toma de decisiones, expresión emocional y manejo de crisis (MINSAL, 2013). Junto a lo anterior, se deberán realizar esfuerzos por prevenir la intimidación o violencia escolar, así como por fortalecer la salud mental de los miembros de los distintos equipos de los establecimientos. El MINSAL (2013) destaca además un punto clave a implementar, esto es, involucrar y capacitar a docentes, paradocentes y apoderados/as en temáticas relevantes para la prevención, tales como herramientas para la detección y manejo de casos de riesgo.

En conjunto con esto, el MINSAL (2019) publicó recientemente una guía de recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, a través de la cual establece seis ejes de intervención: fomentar un clima escolar protector; prevenir problemas de salud mental; educar y sensibilizar respecto al suicidio y temas asociados; identificar a estudiantes con riesgo suicida; desarrollar protocolos de actuación y postvención; y finalmente, coordinar intervenciones con la red de salud.

3.6.1.5. Sistemas de ayuda en situaciones de crisis

En cada región deberá implementarse un sistema que considere, como mínimo, una línea telefónica y página de internet de ayuda, así como también un programa de intervención en crisis en todos los servicios de salud. Lo anterior se implementará en servicios de salud mental, psiquiatría y urgencias de establecimientos tanto públicos como privados y debe contemplar el seguimiento de quienes hayan realizado intentos de suicidio, así como un sistema de apoyo y seguimiento con la familia en los casos de suicidio.

3.6.1.6. Trabajo con los medios de comunicación.

Como ya ha sido abordado a este punto, los medios de comunicación ejercen una potente influencia en las comunidades a las cuales se dirigen. Es por ello que este componente apuntar a otorgarle a los medios de comunicación un rol activo en la prevención del suicidio.

Para esto, se deberá diseñar un plan comunicacional cuyo centro esté en sensibilizar, capacitar y apoyar a los medios de comunicación con tal de impulsar una correcta cobertura mediática y reforzar su rol en la prevención del suicidio.

4. Comunidad educativa.

- 4.1. Comunidad educativa y salud mental.
- 4.2. Comunidad educativa, prevención e intervención en suicidio.
 - 4.2.1. Concienciación y educación a través del currículo.
 - 4.2.2. Entrenamiento de la comunidad educativa.
 - 4.2.3. Screening o cribado.
 - 4.2.4. Entrenamiento en competencias socioemocionales.
- 4.3. Competencias.

Las comunidades educativas están compuestas de diversos actores asociados a un establecimiento educacional, tales como estudiantes, directivos/as, docentes, paradocentes o asistentes de la educación, apoderados/as, familia, comunidad territorial, instituciones formativas, entre otros (Muñoz et al., 2014). Estas comunidades se encuentran atravesadas por el concepto de convivencia escolar, entendido como la co-construcción de relaciones interpersonales dentro de la escuela y entre las y los miembros de la comunidad educativa (Muñoz et al., 2014). Relacionado estrechamente con el clima social de la escuela, se espera que dentro de las comunidades educativas la convivencia sea tal que promueva el respeto entre sus miembros, conformándose como un espacio inclusivo, dialógico, diverso, cooperativo, solidario y sin tolerancia frente a la violencia (Bohórquez, 2009; Ministerio de Educación, 2011 como se citó en Muñoz et al., 2014). Como señala Balduzzi (2021), el concepto de comunidad educativa supone repensar la escuela e interpretarla como un espacio en donde se median y construyen vínculos personales, comunitarios, sociales y democráticos entre todos sus estamentos. En este sentido, es un espacio capaz de influir potentemente, ya sea positiva o negativamente, en el desarrollo de sus estudiantes y de sus miembros (Amilburu, Bernal & González-Martín, 2018 como se citó en Balduzzi, 2021).

4.1. Comunidad educativa y salud mental.

Él o la adolescente promedio se encuentra más de siete horas diarias en la escuela y por distintos motivos, no es poco común que su estadía se prolongue aún más en este espacio después del horario de clases (Kong, Sareen & Katz, 2016). Las escuelas no son solo lugares destinados a la educación académica, sino que también un lugar en donde se refuerzan las habilidades sociales, se establecen vínculos variados entre sus distintos estamentos, y uno de los primeros espacios que le permiten a él o la niña el desarrollo de un sentido de sí mismo/a entre pares (Kong, Sareen & Katz, 2016).

En este sentido, las escuelas, y las comunidades educativas que las componen, se configuran como uno de los espacios más relevantes en cuanto al bienestar en salud mental, promoción y educación en torno a este tema, y respecto al reconocimiento temprano y oportuno de problemas de salud mental entre sus estudiantes (Macaya & Vicente, 2019). Como indican Leiva et al. (2015), las escuelas son lugares óptimos para llevar a cabo “intervenciones protectoras, compensadoras y reparadoras” (p. 1286) en salud mental.

Las intervenciones de promoción de la salud mental en ámbitos escolares son diversas y la literatura coincide en que son un factor protector para sus estudiantes (Leiva et al., 2015). Entre las principales intervenciones de este tipo se encuentran aquellas que promueven el desarrollo de competencias socioemocionales a través de las habilidades de resolución de problemas y autocontrol, contribuyendo positivamente a nivel individual en la medida en que pueden ser útiles en la disminución de problemas internalizantes y externalizantes en él o la joven y apoyar en el desempeño académico, por ejemplo (Casañas et al., 2020; Leiva et al., 2015). Las intervenciones en salud mental no solo repercuten positivamente en los y las estudiantes sino que también en toda la comunidad educativa (Leiva et al., 2015).

Las intervenciones también pueden estar orientadas a disminuir el riesgo de padecer problemas y trastornos de salud mental particulares. Casañas et al. (2020) señalan que algunas estrategias comunes son el entrenamiento en habilidades parentales, entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones curriculares dirigidas a la prevención del abuso de sustancias, comportamiento agresivo y/o situaciones de riesgo, por nombrar algunos. Implementar este tipo de programas en establecimientos y comunidades educativas requiere considerar las necesidades, preferencias y opiniones de estos, la sostenibilidad en el tiempo y la coordinación entre los actores y entidades relevantes en el contexto escolar (Casañas et al., 2020).

4.2. Comunidad educativa, prevención e intervención en suicidio.

Identificar de manera oportuna el riesgo suicida es una de las medidas más relevantes en cuanto a prevención (Echávarri et al., 2015). La evaluación y detección del riesgo suicida supone una compleja tarea, incluso para profesionales y expertos en el área (MINSAL, 2013). Las estadísticas dan cuenta que al menos un 80% de quienes cometen un suicidio habrían comunicado sus intenciones, implícita o explícitamente, a cercanos y/o familiares, y gran parte habría consultado en servicios de atención primaria y/o salud mental en los meses o semanas previas al suicidio (Luoma, Martin & Pearson, 2002 como se citó en Echávarri et al., 2015; OMS, 2014; Silverman, 2016). Lo anterior da cuenta de la importante oportunidad en cuanto a detección, evaluación e intervención de personas con riesgo suicida (Echávarri et al., 2015).

En adolescentes, la detección temprana también es un elemento crítico en la prevención y respuesta ante el suicidio (Torok et al., 2019). Sin embargo, la evidencia da cuenta que los y las adolescentes que se encuentran experimentando problemas de salud mental o manifestando algún comportamiento suicida, tienden a no buscar ayuda de manera activa o explícita (Bustamante & Florenzano, 2013); así, solo un tercio de los y las jóvenes con ideación suicida busca algún tipo de ayuda (Pisani et al., 2012 como se citó en Torok et al., 2019).

La capacidad para evaluar de manera precisa la suicidalidad en adolescentes se ve mediada por una multiplicidad de otros desafíos tales como la falta de unanimidad y estandarización en la terminología utilizada en el campo de la suicidología, la dificultad para delimitar qué constituye un comportamiento suicida y qué no, la validez y fiabilidad de los instrumentos a utilizar para realizar evaluaciones, por nombrar algunos ejemplos (Posner et al., 2007 como se citó en Gvion & Apter, 2016; Silverman, 2016). Sumado a ello, no siempre existe la posibilidad de evaluar profesionalmente el riesgo suicida, por lo que muchas veces la primera respuesta ante este fenómeno es otorgada por pares, familiares u otros miembros de la

comunidad, quienes se encuentran frente a un complejo desafío y muchas veces sin las herramientas necesarias (Cabra, Infante & Sossa, 2010; Torok et al., 2019).

Lo anterior pone en relieve la importancia de ampliar y mejorar las estrategias de detección de riesgo suicida en adolescentes, especialmente entre aquellos quienes pasan más tiempo con esta población, tales como el sistema familiar y la escuela (Torok et al., 2019). Estos constituyen dos de los agentes primarios en cuanto al desarrollo adolescente y su socialización, volviéndose actores particularmente relevantes para las intervenciones preventivas y de identificación del riesgo suicida (Echávarri et al., 2015; Ibrahim, 2019; Torok et al., 2019).

Como enfatiza Bohórquez (2009), la educación no puede adoptar una posición pasiva frente a fenómenos sociales como el suicidio, en particular cuando se trata de adolescentes en edades escolares. Actualmente existe un consenso tanto científico como a nivel de políticas públicas respecto a la necesidad y efectividad de implementar programas de prevención en establecimientos educacionales (Bustamante & Florenzano, 2013; Estévez et al., 2020).

Fonseca-Pedrero et al. (2020) describen algunos elementos esenciales a considerar en la implementación de intervenciones de este tipo: dirigirse a y capacitar a todos los miembros de la comunidad educativa respecto al riesgo suicida; contar con líneas de apoyo accesibles frente a posibles emergencias; facilitar canales de expresión dentro de la comunidad educativa; generar y supervisar diversas redes de apoyo entre pares; e implementar actividades e intervenciones basadas en la evidencia y empíricamente sustentadas.

Las intervenciones preventivas requieren, por tanto, permitir que las comunidades educativas sean capaces de identificar, derivar y asegurar que las personas en riesgo reciban el tratamiento adecuado, siendo necesario muchas veces coordinar los esfuerzos de la escuela, su comunidad educativa, la red de salud correspondiente y otras organizaciones comunitarias importantes de manera conjunta (Bohórquez, 2009; Echávarri et al., 2015).

A nivel internacional existen diversas iniciativas en contextos escolares y basadas en la evidencia (Fonseca-Pedrero et al., 2020; Gvion & Apter, 2016). A continuación se describirán algunas de las más prominentes en la literatura.

4.2.1. Concienciación y educación a través del currículo.

La concienciación, o también traducido como sensibilización (del inglés *awareness*) a través del currículo en contextos educacionales tiene como intención educar a los y las estudiantes sobre el suicidio y factores de riesgo de este, por ejemplo, para que estos sean capaces de aprender a reaccionar de manera apropiada en caso de enfrentarse con las distintas manifestaciones de la conducta suicida, ya sea en ellos/as mismos/as o en sus pares (Kong, Sareen & Katz, 2016).

4.2.2. Entrenamiento de la comunidad educativa.

Echávarri et al. (2015) enfatizan en la importancia de capacitar al personal de los establecimientos educacionales en cuanto a la detección y manejo del riesgo suicida en sus estudiantes. Coherente con ello, Fonseca et al. (2020) refieren que una de las barreras más relevantes en el abordaje del comportamiento suicida en adolescentes es precisamente la falta

de formación en torno a esta temática por parte de los y las profesionales y actores que se desempeñan dentro de los contextos escolares.

Esta capacitación puede adoptar distintas formas, siendo una de las más prominentes los programas de formación de gatekeepers, lo cual fue descrito en general previamente. En los contextos escolares, estos programas debiesen dirigirse a todos los y las adultos de la comunidad escolar y tienen como objetivo entrenar a esta población para que sean capaces de identificar a estudiantes que se encuentren en mayor riesgo suicida, responder efectivamente y ser capaces de derivar a estos y estas estudiantes a los profesionales apropiados para que realicen un seguimiento y/o tratamiento de ser necesario (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Los entrenamientos de este tipo generalmente incluyen la entrega de información sobre los mitos más comunes en torno al suicidio, factores de riesgo, señales de alerta, las estrategias o aproximaciones más útiles para responder de manera efectiva, y la oportunidad de realizar role-play o simulaciones de situaciones comunes en esta temática (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). La evidencia indicaría que este tipo de entrenamientos se beneficiaría de programas de mayor duración, demostrando una mayor efectividad en sus objetivos en comparación con programas de breve duración (Condrón et al., 2015 como se citó en Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

Como se mencionó anteriormente, los programas de entrenamiento de gatekeepers se deberían dirigir a un amplio grupo poblacional de la comunidad educativa, sin embargo y como señalan Torok et al. (2019) existiría una brecha en la incorporación de padres, madres y/o apoderados de estudiantes a este tipo de estrategias. Es por esto que los autores destacan la relevancia de considerar cómo incorporar este grupo a este tipo de estrategias de forma tal que se complementen con el rol de los y las docentes de los establecimientos educacionales, a quienes generalmente se dirigen estos programas.

Desde un punto de vista de prevención selectiva, el entrenamiento debería enfocarse también en el personal de la escuela que sea responsable de prepararse y responder ante crisis, por ejemplo, consejeros escolares, trabajadores sociales y/o psicólogos del establecimiento, directores y personal administrativo (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Para ello es clave la implementación y difusión de protocolos, así como también la implementación de intervenciones individualizadas en los casos que lo requieran (Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

Una de las principales metas de los programas de entrenamiento gatekeeper es aumentar la percepción de autoeficacia y confianza en la comunidad escolar en relación a su habilidad para identificar y/o trabajar junto a adolescentes que presenten comportamiento suicida (Robinson et al., 2013 como se citó en Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Sin embargo, y como destacan Singer, Erbacher y Rosen (2018), es importante notar que el aumento en estas habilidades y la confianza que tenga cada individuo en ellas no necesariamente se traduce en un aumento concreto en la identificación y derivación de jóvenes que presenten riesgo suicida.

4.2.3. **Screening o cribado.**

El uso de la estrategia del screening es de gran relevancia en contextos escolares. Como ya se abordó brevemente, esta estrategia se caracteriza por intentar detectar individuos que presenten manifestaciones del comportamiento suicida, en particular ideación e intento suicida,

así como también evaluando la presencia de trastornos de salud mental y otros factores de riesgo prominentes en los ambientes escolares, por ejemplo, el bullying (Gould et al., 2005, como se citó en Gvion & Apter, 2016).

La gran parte de los programas de prevención en contextos escolares incorporan de algún modo el screening dentro de sus diseños y la evidencia indica que esta estrategia resulta clave para aumentar la identificación y derivación de jóvenes en riesgo que no habrían sido pesquisados de otro modo, ya sea a nivel universal o selectivo (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Sin embargo es importante notar que por sí solo el screening no muestra los mismos resultados en cuanto su efectividad, por lo que se recomienda que se utilice en conjunto y a modo de complemento con otras intervenciones (Kong, Sareen & Katz, 2016).

4.2.4. **Entrenamiento en competencias socioemocionales.**

La implementación de programas de este tipo a nivel universal y desde pequeña edad representa una aproximación crítica para reducir las tasas de suicidio (Singer, Erbacher & Rosen, 2018). El entrenamiento en habilidades o competencias se orienta a mejorar las habilidades de introspección, afrontamiento y resolución de problemas con el objetivo de disminuir el riesgo suicida en adolescentes a través del logro de estas competencias, la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores protectores (Gvion & Apter, 2016; Singer, Erbacher & Rosen, 2018). El logro de una mejora en las habilidades socioemocionales en estudiantes tiene un profundo impacto en el funcionamiento socioemocional, salud mental y bienestar en general de estos (Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

Bustamante y Florenzano (2013) enfatizan en la relevancia de llevar a cabo intervenciones multidimensionales, es decir, que consideren diversas actividades en conjunto. Así, los autores destacan que los programas que han evidenciado mayor eficacia en la disminución del comportamiento suicida son precisamente aquellas intervenciones que no se limitaron a los ámbitos escolares sino que también incorporaron campañas de educación social, capacitaciones a profesionales de la salud, entre otras. Singer, Erbacher y Rosen (2018) concuerdan respecto a la mayor efectividad e impacto, en comparación con intervenciones singulares, de los esfuerzos integrados y multimodales en la prevención del suicidio en contextos escolares.

Las intervenciones de este tipo en contextos escolares, cualquiera sean estas, requerirán siempre de considerar la voluntad y necesidades específicas de cada comunidad con la cual se trabaja y por tanto tendrán el desafío de adaptarse a estas con tal de transformarse en esfuerzos exitosos (Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

A nivel nacional, los programas que abordan la prevención del suicidio adolescente de manera indirecta son variados, como por ejemplo iniciativas que apuntan a atender y mejorar la salud mental en adolescentes (Bustamante y Florenzano, 2013). Sin embargo existe una brecha respecto a estudios, iniciativas y programas específicamente diseñados para prevenir el suicidio adolescente en el país (Bustamante y Florenzano, 2013). Más recientemente, se llevó a cabo una investigación por Barrueto et al. (2017) en donde se implementó, a modo de estudio piloto, una intervención comunitaria en dos establecimientos educacionales de la región de Aysén que

tuvo como intención capacitar a 409 participantes de la comunidad educativa para pesquisar y derivar a adolescentes en riesgo de suicidio a redes de atención en salud y urgencias. Mostrando resultados preliminares prometedores sobre su efectividad, según la revisión realizada en la presente investigación, este estudio sería la única experiencia nacional que reporta resultados en este campo en los últimos años.

Schilling et al. (2021) enfatizan en la importancia de no solo atender con urgencia esta temática adaptando las intervenciones existentes para los y las adolescentes chilenas, sino que también incorporando este tipo de intervenciones a sus contextos diarios y regulares, desprendiéndose del carácter clínico que muchas veces emanan, e incorporándoles como actores centrales en el proceso de diseño y validación de las estrategias a utilizar.

4.3. Competencias.

Desde el punto de vista psicológico, el conocimiento puede ser distinguido entre el conocimiento declarativo y el procedural. El primero refiere a la información concreta que una persona reporta saber, tales como ciertos hechos, conceptos o definiciones respecto a objetos, personas o eventos del mundo (Anderson & Schunn, 2000 como se citó en Baartman & de Brujin, 2011). Por otro lado, el conocimiento procedural refiere al conocimiento que no necesariamente es posible comunicar como tal, lo que algunos autores refieren como el “saber hacer” o conocimiento práctico (Miller, 1990 como se citó en Baartman & de Brujin, 2011). El “saber hacer” está sujeto a controversia puesto que puede ser interpretado como un conocimiento en parte declarativo, en la medida en que puede responder una pregunta, bajo una perspectiva intelectualista, o bien, como una habilidad en la medida en que se traduce en una acción, bajo una perspectiva anti-intelectualista (Habgood-Coote, 2018).

Para los efectos de la presente investigación, el “saber hacer” se considerará tanto como un tipo de conocimiento como una especie de habilidad, conciliando ambas perspectivas a propósito de lo señalado por Habgood-Coote (2018), quien argumenta que estas pueden ser combinadas si se comprende el “saber hacer” como una habilidad que permite generar respuestas ante la pregunta de cómo hacer algo. Por este motivo, a lo largo de la presente investigación, las habilidades serán entendidas como un “saber hacer” y como la secuencia organizada de actividades que involucra tanto aspectos motores como cognitivos que acompañan este conocimiento (Morrison, Ross & Kemp, 2001 como se citó en Baartman & de Brujin, 2011; Habgood-Coote, 2018).

Las actitudes estarían relacionadas con el dominio afectivo del conocimiento, aunque su definición es objeto de debate dentro del campo de la psicología (Baartman & de Brujin, 2011). A grandes rasgos, las actitudes pueden entenderse como la tendencia a reaccionar de una cierta manera respecto a una temática, objeto o persona en particular, ya sea de forma verbal o no verbal, positiva o negativa (Jannah, 2021). Las actitudes pueden estar arraigadas en vivencias de larga data, como procesos de socialización o experiencias de la infancia, o bien construirse a propósito de y responder a contextos específicos (Albarracín et al., 2005 como se citó en Baartman & de Brujin, 2011). Para los efectos de la presente investigación, se entenderán como actitudes las distintas manifestaciones emocionales asociadas al relato de los y las participantes.

En conjunto, los tres conceptos anteriormente mencionados pueden ser agrupados bajo el concepto de competencias. Existen diversas maneras de conceptualizar este término, tal como da cuenta López (2016), y para los efectos de la presente investigación, se entenderá por competencia “una actuación integral capaz de articular, activar, integrar, sintetizar, movilizar y combinar los saberes (conocer, hacer y ser) con sus diferentes atributos” (p. 316). La competencia entonces vendría a tener que ver con el actuar respecto a una cierta actividad, con la identificación y resolución de problemas, la actualización del saber y la puesta en práctica en torno a un objetivo, dándose con idoneidad, ética y eficacia (López, 2016).

5. Alfabetización en salud mental y suicidio.

- 5.1. Alfabetización en salud.
- 5.2. Alfabetización en salud mental.
 - 5.2.1. Habilidad de reconocimiento temprano.
 - 5.2.2. Conocimientos respecto a la ayuda profesional y tratamientos disponibles.
 - 5.2.3. Conocimientos respecto a estrategias de autoayuda efectivas.
 - 5.2.4. Habilidades de primeros auxilios en salud mental.
 - 5.2.5. Conocimientos respecto a la prevención de trastornos de salud mental.
- 5.3. Alfabetización en suicidio.
- 5.4. Alfabetización y escuela.

5.1. Alfabetización en salud.

La alfabetización en salud (en inglés, health literacy) ha sido definida como la habilidad para obtener, entender y utilizar la información disponible de tal forma que se promueva y mantenga una buena salud a nivel general, considerándose un importante determinante de la salud en la actualidad (Nutbeam et al., 1993 como se citó en Jorm, 2000; OMS, 1986 como se citó en Macaya & Vicente, 2019). Como señalan Macaya y Vicente (2019), el concepto de AS constituye una etapa necesaria y que precede el empoderamiento de las personas en cuanto a su salud, es decir, el proceso a través del cual éstas adquieren conocimientos y, en consecuencia, control sobre las acciones y decisiones que afectan su salud. Referido en la literatura por primera vez a mediados de los años setenta, el concepto de AS se ha diseminado globalmente y se han invertido numerosos recursos a nivel mundial orientados a la mejora de la alfabetización en salud (Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b).

5.2. Alfabetización en salud mental.

A propósito del concepto de AS, Jorm et al., (1997) introducen el concepto de “mental health literacy” o como ha sido traducido al español, “alfabetización en salud mental” (ASM), la cual es entendida como las creencias y saberes respecto a salud mental y trastornos mentales que facilitan su reconocimiento, manejo y/o prevención (como se citó en Jorm, 2000). La introducción de este término tuvo como objetivo llamar la atención respecto a un área típicamente desatendida en la época, pues si bien el público general poseía conocimientos sobre problemas de salud relevantes, parecían no poseer el mismo grado de conocimientos en lo que a salud mental respecta (Jorm, 2012).

Las primeras definiciones de alfabetización en salud mental proponían que esta estaría compuesta de seis dominios o componentes relacionados entre sí: (1) la habilidad para

reconocer problemas de salud mental; (2) las creencias y conocimientos sobre factores de riesgo y causas de los problemas de salud mental; (3) las creencias y conocimientos respecto al autocuidado y autoayuda; (4) las creencias y saberes respecto a la ayuda profesional; (5) las actitudes que facilitan el reconocimiento y (6) la búsqueda de ayuda apropiada y los conocimientos respecto de cómo buscar información en salud mental (Jorm, 2000). Más tarde estos componentes fueron revisados y expandidos por el autor, enfatizando en la importancia de comprender la ASM más allá de la mera posesión de conocimiento, comprendiendo el conocimiento en relación con la capacidad de actuar respecto de este y beneficiar así la salud mental propia o de otros (Jorm, 2012). De este modo, se incluyen los conceptos de reconocimiento temprano de trastornos de salud mental, el conocimiento respecto a la prevención y las habilidades de primeros auxilios en salud mental (Jorm, 2012). A continuación se revisará brevemente cada uno de los componentes revisados propuestos por Jorm (2012).

5.2.1. Habilidad de reconocimiento temprano.

Respecto al reconocimiento de problemas y trastornos de salud mental, Jorm (2000) señala que una gran parte de la población general no sería capaz de reconocerlos de manera acertada, ni en sí mismo o en otros, ni tampoco de comprender los significados de algunos de los términos psiquiátricos más comunes. En consecuencia, el autor señala que sólo una minoría de las personas que sufren de dolencias mentales severas buscan ayuda durante el primer año desde la aparición de la sintomatología (Jorm, 2012). Aún más, la evidencia sugiere que las personas tardan aproximadamente entre 8 a 15 años en ser capaces de reconocer y, en consecuencia, obtener un diagnóstico apropiado para los trastornos de salud mental que padecen (Jorm, 2012; Drancourt et al., 2013 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). Estas dificultades se traducen en obstáculos para la detección y tratamiento oportuno de problemas de salud mental, lo cual puede acarrear una multiplicidad de consecuencias negativas en distintas dimensiones de la vida del sujeto (Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b).

Inversamente, la habilidad de reconocer de manera apropiada distintos problemas de salud mental ha sido asociada a una mejora en los comportamientos de búsqueda de ayuda y una disminución en el uso de estrategias adversas o contraproducentes de afrontamiento frente a dificultades de salud mental, tales como el aislamiento, el uso de drogas, entre otros (Wright et al., 2007 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). Sin embargo, y como señala Jorm (2012), pese a los beneficios que conlleva el reconocimiento temprano, especialmente en población adolescente, existe el peligro de que el acto de etiquetar a una persona con algún problema de salud mental pueda contribuir a aumentar el estigma asociado.

5.2.2. Conocimientos respecto a la ayuda profesional y tratamientos disponibles.

Para obtener la ayuda necesaria o efectiva, las personas deben manejar conocimiento respecto a las opciones de atención y tratamiento disponibles (Jorm, 2012). En este sentido, la opinión, confianza y conocimientos del público general respecto a la atención profesional en salud mental es un relevante factor en cuanto a la búsqueda de ayuda. Por más que existan tratamientos basados en la evidencia disponibles, estos solo son útiles en la medida en que las personas estén convencidas de su eficacia, sean capaces de reconocerlos como una buena alternativa, los elijan dentro de sus opciones y se adhieran al tratamiento y sus recomendaciones (Jorm, 2012; Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). Las encuestas que se han llevado a lo largo

del mundo respecto a las creencias del público general respecto a profesionales y tratamientos en salud mental dan cuenta de una notoria discrepancia entre las creencias de este grupo y la perspectiva de profesionales en el tema (Jorm, 2012). Un resultado consistente es una valoración muy positiva de las fuentes informales de ayuda, tales como amigos o familia, frente a problemáticas de salud mental, la cual en ocasión se ubica por sobre la de los profesionales de salud mental (Jorm, 2012). Como señalan Burns y Rapee (2006) en su estudio con adolescentes australianos, solo un 6,2% y 4,2% consideraban que la ayuda psicológica y psiquiátrica, respectivamente, fuesen las mejores opciones frente a problemas de salud mental tales como la depresión (como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b), similar a lo descrito por Yoshioka et al. (2014). Sin embargo, investigaciones posteriores han reportado resultados más prometedores sobre la percepción de los y las adolescentes respecto a la búsqueda de ayuda (Byrne, Swords & Nixon, 2015; Tissera & Tairi, 2020), lo cual Tissera y Tairi (2020) relacionan con la implementación de iniciativas de concientización en salud mental dirigidas a esta población.

5.2.3. Conocimientos respecto a estrategias de autoayuda efectivas.

Las estrategias de autoayuda son acciones que una persona puede tomar para lidiar con alguna problemática de salud mental (Jorm, 2012). Este tipo de estrategias pueden ser resultado de recomendaciones por parte de profesionales de la salud o parte de procesos psicoterapéuticos, pero muchas veces son estrategias que nacen por cuenta propia y que no son supervisadas ni orientadas por un profesional (Jorm, 2012).

Entre algunas de las estrategias más populares y valoradas por la población en general se encuentran el buscar apoyo en familia y amistades, realizar actividades placenteras, iniciar nuevos hobbies, realizar cambios en la dieta, consumir vitaminas o realizar actividad física (Jorm, 2000). Si bien estas intervenciones pueden ser de ayuda, la evidencia sugiere que la efectividad de estas actividades es menor en comparación con la ayuda profesional. Pese a ello, estudios y encuestas han dado cuenta que el público general tiende a preferir este tipo de intervenciones e incluso las percibe como más eficaces que algunos recursos formales de salud mental (Jorm, 2012; Goldney et al., 2002 como se citó en Ranahan, 2010).

5.2.4. Habilidades de primeros auxilios en salud mental.

Jorm (2012) propone que además de ser capaces de lidiar con sus propios problemas de salud mental, los y las miembros de la comunidad deberían conocer cómo pueden asistir y apoyar a otros de la mejor manera. Considerando lo revisado hasta el momento, muchas veces son las redes que rodean a una persona las que pueden facilitar el reconocimiento de problemas de salud mental y los comportamientos de búsqueda de ayuda en esta. El rol y asistencia de otros en esta facilitación es particularmente relevante durante la adolescencia, época en la cual muchas veces se carece del conocimiento y experiencia necesaria para tomar las acciones óptimas respecto a la salud mental propia (Jorm, 2012). El autor también destaca la importancia del apoyo social, el cual tiene impactos positivos en momentos de crisis y en la recuperación frente a problemáticas de salud mental (Jorm, 2012).

5.2.5. Conocimientos respecto a la prevención de trastornos de salud mental.

Las creencias y conocimientos respecto a las causas de los problemas de salud mental varían dependiendo de múltiples factores personales, socioculturales, políticos, o territoriales, por nombrar algunos. Así, en algunos países occidentales ciertos trastornos de salud mental son vistos como fruto exclusivo de estresores ambientales, o bien, resultado de características individuales como la debilidad del carácter de la persona (Jorm, 2000; Wang et al., 2007 como se citó en Ranahan, 2010). Por otro lado, en algunos países asiáticos predominan las creencias que asocian causalmente los problemas de salud mental con motivos religiosos, espirituales o supernaturales (Jorm, 2000; Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). Las creencias en torno a las causas, cualesquiera sean éstas, pueden alterar los patrones de búsqueda de ayuda y, posteriormente, de respuesta al tratamiento (Jorm, 2000). Cuando son creencias y conocimientos no basados en la evidencia, típicamente tienen un impacto negativo en estos procesos.

Si bien dentro de la literatura existe consenso respecto a la definición propuesta por Jorm (2000), así como de sus componentes, recientemente algunos autores han abogado por ampliar la definición original (Macaya, 2021; Torres, 2016). En esta línea, una de las definiciones más recientes es la propuesta por Kutcher, Wei y Coniglio (2016), la cual considera cuatro dominios: (1) la comprensión de cómo obtener, optimizar y mantener una buena salud mental; (2) comprensión de los trastornos mentales y sus respectivos tratamientos; (3) la disminución del estigma asociado a trastornos mentales y (4) mejorar los comportamientos de búsqueda de ayuda. Aunque coherente con la definición de Jorm, esta conceptualización puede considerarse más compleja al enfatizar en la lucha contra el estigma, la mantención de buena salud mental y el empoderamiento de la persona en la búsqueda de ayuda, es decir, saber cómo y cuándo buscar ayuda así como también tener las competencias necesarias para mejorar la salud mental y la capacidad de autogestión (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016).

El estigma, estereotipos y prejuicios asociados a los problemas de salud mental representan un importante desafío en cuanto a la alfabetización. En el imaginario colectivo del público general, algunas investigaciones dan cuenta de una concepción muchas veces errada y estereotípica respecto a las personas que sufren de problemas de salud mental, por ejemplo, la creencia de que son personas peculiares, con comportamientos impredecibles y potencialmente peligrosos, asociando la violencia como algo esencial a los problemas de salud mental (Wang & Lai, 2008; Martin et al., 2007; Pescosolido, 2013 como se citó en Torres, 2016).

Como señalan Kutcher, Wei y Coniglio (2016), la falta de conocimientos sobre salud mental conduce al prejuicio y actitudes negativas en torno a esta temática y a quienes padecen de problemas de salud mental, influyendo en los comportamientos de las personas y facilitando, por ejemplo, la discriminación. La internalización de estas actitudes negativas puede traducirse en la vivencia de estigma dirigido hacia sí mismo cuando se experimentan problemas de salud mental, lo cual tiene múltiples y complejas consecuencias para la persona (Chronister, Chou, & Liao, 2013 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). En este sentido, Macaya y Vicente (2019) señalan que por más evidencia científica que se acumule en torno a las distintas problemáticas de salud mental, las reacciones emocionales arraigadas en el imaginario colectivo y los conocimientos de los problemas de salud mental en la sociedad son claves para

aumentar la detección, tratamiento y prevención en salud mental de manera adecuada, es decir, una actitud positiva por parte del público general que aumente y mejore el reconocimiento y búsqueda de ayuda en salud mental es crucial en cuanto a la alfabetización.

Desde que se introdujo el término en los noventa hasta la fecha, la investigación e intervenciones en torno a ASM ha sido prominente principalmente en Europa y países anglosajones, en particular en Australia, Canadá, Inglaterra y Estados Unidos (Macaya & Vicente, 2019; Jorm et al., 2006). Sin embargo, en gran parte del resto del mundo los estudios en esta temática son escasos, y Latinoamérica no es la excepción (Macaya & Vicente, 2019; Jorm, 2012).

La revisión sistemática realizada por Tay, Tay y Klainin-Yobas (2018b) respecto a los niveles de ASM del público general alrededor del mundo dio cuenta de que este grupo presentaría niveles más bien bajos, existiendo una importante brecha entre esta población y profesionales del área de la salud mental. Mientras que estos últimos típicamente poseen conocimientos basados en la evidencia, el primero tiende a adquirirlos a través de sus experiencias personales o adaptados del contenido proveniente de medios masivos de comunicación, por ejemplo. Por más cuestionables que puedan parecer las creencias del público general, es crucial comprender sus perspectivas e incorporarlas a las estrategias, intervenciones y tratamientos de salud mental, puesto que estos difícilmente podrán tener éxito sin el apoyo y confianza de este grupo (Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b). Sin embargo, los autores también señalan que los niveles de alfabetización de la población general han ido aumentando y mejorando a lo largo del tiempo, como dan cuenta diversos estudios longitudinales alrededor del mundo (Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018b).

El concepto de ASM ofrece una manera de comprender y apoyar las necesidades educacionales de la población general y profesionales de distintas áreas (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997 como se citó en Ranahan, 2010). Para mejorar los niveles de ASM e impactar positivamente en la salud mental en general del público general, Jorm (2000) señala que es particularmente relevante diseñar campañas o programas orientados a estos fines, para lo cual se requiere estudiar previamente a la población objetivo en particular y pensadas para dar cuenta de dimensiones específicas de manera no generalista respecto a la ASM (Jorm, 2015 como se citó en Torres, 2016).

5.3. Alfabetización en suicidio.

A nivel general, la alfabetización en suicidio puede entenderse como parte de la ASM con un énfasis en suicidalidad (Ibrahim, 2019). Batterham et al. (2013) definen la alfabetización en suicidio como la comprensión de las diversas facetas de la suicidalidad, esto es, los signos de alerta, causas, factores de riesgo y el adecuado tratamiento y prevención del comportamiento suicida. Como señalan Ludwig et al. (2021), en las últimas tres décadas, la investigación en torno a conocimientos más específicos sobre el suicidio dentro del campo de la alfabetización ha ido ganando más atención. Pese al creciente interés, Batterham et al. (2013) mencionan que aún existe poca investigación orientada a la identificación de brechas en el conocimiento del público general respecto a este tema. Examinar con detención estos déficits en conocimiento así como también identificar grupos dentro de la población general que puedan presentar actitudes estigmatizantes o baja alfabetización en suicidio puede permitir

desarrollar mejores y más dirigidos programas de promoción en salud mental y/o campañas de prevención del suicidio (Batterham et al., 2013).

Similar a como sucede con la ASM, las dificultades de la población general para reconocer a tiempo el riesgo suicida pueden traducirse en un obstáculo para prevenir estas muertes (Ibrahim, 2019). Además, la alfabetización en suicidio se asocia con una menor normalización y menor estigmatización del fenómeno, indicando que el conocimiento respecto a la suicidalidad puede traducirse en una menor estereotipificación de las personas con ideación suicida (Ludwig et al., 2021). La evidencia indica que el aumento de ASM y la disminución del estigma hacia personas que exhiben comportamientos suicidas estarían asociados con una mejor predisposición y actitud para buscar ayuda frente a problemas de salud mental (Peel et al., 2017 como se citó en Al-Shannaq & Aldalaykeh, 2021). En particular, la alfabetización en suicidio también se asociaría positivamente con comportamientos de búsqueda de ayuda, constituyéndose como un fuerte predictor respecto de la actitud hacia la búsqueda de ayuda (Al-Shannaq & Aldalaykeh, 2021).

5.4. Alfabetización y escuela.

Como señala Torres (2016), los conocimientos, habilidades y actitudes en salud mental y riesgo suicida son resultado, entre otras cosas, del proceso de socialización. Lo mismo puede decirse sobre comportamiento suicida. El sentido común en torno a estos temas se ve mediado por este proceso desde los primeros años de vida del ser humano, y la escuela, como un espacio cotidiano y de socialización temprana en la vida de niños, niñas y adolescentes, juega un rol clave. Las escuelas constituyen lugares ideales para la promoción y educación en cuanto salud mental al ser un espacio que permite un fácil acceso a los y las jóvenes en un contexto familiar y de aprendizaje, por lo que el conocimiento en salud mental basado en la evidencia puede ser incorporado y normalizado como parte de la educación regular (Macaya & Vicente, 2019; Kutcher, Bagnell & Wei, 2015). Más aún, Jorm (2012) señala que estos espacios son ideales para mejorar la ASM, aunque destaca que pocos programas de este tipo han sido evaluados rigurosamente alrededor del mundo.

La ASM de niños, niñas y adolescentes acarrea consecuencias cruciales para la identificación, búsqueda de ayuda e intervención temprana en problemas de salud mental, y puede cambiar la trayectoria del desarrollo de estos malestares y ofrecer mejores pronósticos y resultados en el bienestar de la persona (Macaya & Vicente, 2019). Al-Shannaq y Aldalaykeh (2021) relevan la importancia de realizar campañas de sensibilización constantes en las temáticas de suicidio y salud mental dirigidas a los y las jóvenes en sus respectivos espacios educativos, con tal de aumentar sus niveles de alfabetización y apoyar en el aumento de comportamientos de búsqueda de ayuda.

La literatura indica también que la ASM puede ser un aporte para disminuir las barreras asociadas al estigma entre adolescentes (Sheffield et al., 2004 como se citó en Ranahan, 2010). Las investigaciones en este campo dan cuenta que la falta de conocimiento respecto a trastornos de salud mental es muy común en adolescentes y jóvenes, y como señalan Macaya y Vicente (2019), en Chile esta falta de conocimiento y estigma asociado a los problemas de salud mental impacta negativamente en la brecha de atención en salud mental.

Pero los adolescentes no son el único grupo relevante en cuanto a ASM dentro de contextos escolares. Según Jorm et al. (2006), en general existiría un significativo déficit de habilidades de primeros auxilios en salud mental por parte de la población adulta para responder a adolescentes afligidos. En línea con lo anterior, Wang et al. (2007) señaló que existe una importante necesidad de educación en esta población, así como también respecto a una sensibilización general respecto a la salud mental, sintomatología y tratamientos efectivos (como se citó en Ranahan, 2010).

Martin et al. (2000) señalan que las creencias sobre salud mental y problemas de salud mental se encuentran presente en todos los sectores de la sociedad, incluyendo a profesionales y otros trabajadores en el campo de la educación (como se citó en Torres, 2016). Entre estas creencias es posible encontrar, por ejemplo, ciertas actitudes negativas, mitos y/o estigmatización asociada a los problemas de salud mental, sugiriendo que es necesario aumentar los niveles de alfabetización en este grupo, especialmente cuando se considera el aumento en las problemáticas de salud mental en adolescentes y la escasez de diagnósticos precoces y oportunos (Whitley et al., 2013 como se citó en Torres, 2016).

Un concepto relevante en cuanto a esta temática, que ha sido mencionado a lo largo del presente escrito y en el cual cabe profundizar es el de búsqueda de ayuda y conductas de búsqueda de ayuda. Rickwood et al. (2005) definen la conducta de búsqueda de ayuda (*help-seeking behaviour* en inglés) como la comunicación con otras personas con la intención de obtener algún tipo de ayuda ya sea a través de comprensión, consejo, información, tratamiento o apoyo en respuesta a un problema o experiencia angustiante. La búsqueda de ayuda puede ser formal o informal y como destaca Ranahan (2010), un aspecto central a esta definición es el rol que cumplen quienes componen las redes informales de ayuda, como la familia, amistades, líderes religiosos, y otros profesionales que no sean del área de la salud o no pertenezcan a instituciones proveedoras de servicios de salud. En este sentido, la capacidad de estos actores para asistir y prestar apoyo se relaciona directamente con el nivel de alfabetización en salud mental y suicidio que manejan.

Por otro lado, la habilidad que tienen las personas para comunicar lo que necesitan y la voluntad de compartir un problema complejo a otros no puede darse por sentado, puesto como señalan Booth et al. (2004) muchos jóvenes no revelan este tipo de problemáticas a nadie, lo cual se asocia a bajos niveles de ASM (como se citó en Ranahan, 2010). En este sentido es particularmente relevante que quienes rodean a los y las adolescentes, en particular en contextos escolares, sean capaces analizar y asistir frente a eventuales dificultades que presenten los y las jóvenes, quienes muchas veces no optan por buscar ayuda formalmente (Ranahan, 2010). Cuando existen altos niveles de ASM, tanto en adolescentes como en quienes rodean a estos, típicamente existen mejores resultados en cuanto a problemas de salud mental, en la medida en que se facilitan las conductas de búsqueda de ayuda y detección temprana.

Problematizando en este punto, Torres (2016) señala que muchos educadores/as tienen dudas respecto a su rol en la salud mental de los estudiantes y sobre cómo actuar frente a problemáticas de este tipo. Algunas investigaciones han dado cuenta que muchos docentes presentan importantes dificultades para identificar fenómenos de riesgo para la salud mental de los y las estudiantes en la escuela, tales como el acoso entre pares o bullying (Whitley et al.,

2013 como se citó en Torres, 2016). Como consecuencia, muchas veces este tipo de situaciones pasa desapercibida por las comunidades escolares y las víctimas no reciben la atención necesaria (Whitley et al., 2013 como se citó en Torres, 2016).

En la actualidad existe un consenso en los estudios e investigaciones sobre ASM respecto a la necesidad de llevar a cabo intervenciones en contextos escolares, destacando por sobre todo la relevancia del trabajo conjunto e interdisciplinario entre las organizaciones e instituciones involucradas en la educación de los y las adolescentes (Casañas et al., 2020). Como establecen Macaya y Vicente (2018), la ASM en contextos escolares se traduce en programas educativos que abordan “aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud mental, para incrementar la comprensión de la salud mental y los trastornos mentales, reducir el estigma, ayudar a reconocer y prevenir trastornos mentales, y facilitar comportamientos de búsqueda de ayuda” (p. 74) en la población adolescente.

Incorporándose a través del currículum y otras iniciativas basadas en la escuela, estas intervenciones son particularmente relevantes entre los y las estudiantes más jóvenes, quienes se encuentran ante el comienzo de un momento clave en cuanto a salud mental (Kutcher, Bagnell & Wei, 2015). La revisión sistemática realizada por Wei et al. (2016) da cuenta que las intervenciones de ASM en contextos escolares poseen un importante potencial para incrementar el conocimiento, modificar las actitudes estigmatizadoras y mejorar conductas de búsqueda de ayuda en adolescentes (como se citó en Macaya & Vicente, 2019). Además de ello, este tipo de intervenciones puede contribuir a mejorar el clima emocional y social de los establecimientos educacionales en donde se implementen e impactar positivamente de manera indirecta en el desempeño de sus estudiantes (Casañas et al., 2020).

La revisión conceptual y empírica realizada ha permitido dar cuenta del estado del arte y la convergencia entre el fenómeno del comportamiento suicida, la comunidad educativa y el concepto de alfabetización. Este recorrido ha permitido no solo presentar el panorama conceptual asociado a estas materias sino que también articular la presente investigación a los desarrollos existentes en el campo.

III. Marco Metodológico.

1. Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las necesidades de competencias respecto a salud mental y prevención del comportamiento suicida adolescente, de docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana?

2. Objetivos de Investigación.

2.1. Objetivo general.

Analizar las necesidades de competencias en salud mental y prevención del comportamiento suicida adolescente, de docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana.

2.2. Objetivos específicos.

1. Caracterizar los conocimientos, habilidades y actitudes en torno a SM y comportamiento suicida adolescente de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana.
2. Describir los conocimientos, habilidades y actitudes en torno a SM y prevención del comportamiento suicida de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana, en base a sus experiencias.
3. Identificar las principales necesidades en torno a SM y prevención del suicidio adolescente de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana.

3. Diseño de investigación.

La presente investigación se realizó a través de una metodología mixta, es decir, utilizando tipos de indagación tanto cuantitativa como cualitativa de forma concurrente y aplicando de manera parcialmente independiente los aspectos de cada una; esta decisión metodológica permitió responder al objetivo de la investigación a través de una aproximación integral y multidimensional al fenómeno de estudio (Hernández, Fernández & Bautista, 2010). El diseño de la investigación fue un diseño cualitativo mixto, es decir, se incorporaron aspectos cuantitativos pero la metodología cualitativa tuvo preponderancia a nivel general (Hernández, Fernández & Bautista, 2010).

Con tal de responder a los objetivos específicos de la presente investigación, esta se llevó a cabo en dos fases. La primera fase fue guiada por una metodología cuantitativa de carácter descriptivo, no experimental y transversal (Hernández, Fernández & Bautista, 2010). Esta metodología permitió, a través de una encuesta on-line, caracterizar a la población de cada uno de los establecimientos en relación a diversas variables sociodemográficas, y a su vez, identificar de manera preliminar los principales conocimientos, habilidades, actitudes y necesidades de la comunidad compuesta por apoderados/as, docentes y paradocentes en un punto temporal particular y único (Hernández, Fernández & Bautista, 2010). La segunda fase tuvo como objetivo profundizar en los aspectos identificados durante la primera instancia a través de grupos focales y fue guiada por una metodología de tipo cualitativa descriptiva,

puesto que permitió mostrar las dimensiones y distintos ángulos del fenómeno abordado con mayor detalle, aproximándonos a este desde la particularidad de la experiencia de cada participante (Hernández, Fernández & Bautista, 2010; Strauss & Corbin, 2002).

3.1. Población y muestra.

La población de la presente investigación se compone por padres, madres, apoderados/as, docentes y paradocentes de los establecimientos educacionales Instituto Cumbre de Cóndores Oriente, Instituto Cumbre de Cóndores Poniente y Liceo Municipal F-860, pertenecientes a las comunas de la Región Metropolitana de María Pinto y Renca. Los establecimientos y comunas previamente mencionadas se encontraban en colaboración con el Proyecto “Clan” previo el comienzo de la presente investigación. De este modo, la elección de estos establecimientos educacionales fue por conveniencia.

El diseño muestral de la fase cuantitativa fue no probabilístico y de tipo teórico, es decir, no tuvo como intención alcanzar una representatividad estadística de la muestra sino más bien diversificar la información con tal de profundizar en ciertas temáticas y conceptos que no estuviesen siendo considerados previamente, durante la realización de los grupos focales (Hernández, Fernández & Bautista, 2010; Strauss & Corbin, 2002). En este sentido, la encuesta permitió levantar datos novedosos, situados en cada comunidad y que sirvieron para complementar y ampliar los conceptos emergentes de la revisión teórica realizada. A continuación se detalla la composición de la muestra de esta fase (Tabla 1).

Tabla 1.

Caracterización de la muestra, fase cuantitativa.

Grupo	M ^a Pinto	Renca	N	F	M	NB ¹	\bar{x} Edad
Docentes	2	25	27	18	8	1	42,3
Paradocentes	1	12	13	13	0	0	42,2
Apoderados/as	22	92	114	103	11	0	42,4
Total	25	129	154	134	19	1	42,3

Nota. ¹No Binario.

Por otro lado, en la fase cualitativa de la investigación se seleccionó a una muestra de la población, la cual estuvo compuesta por un total de 16 padres, madres o apoderados/as, 19 docentes y 10 paradocentes. La muestra se constituyó en base a un muestreo intencionado y por conveniencia, es decir, aquellos casos que cumpliendo los criterios de inclusión, fueran de más fácil acceso (Flick, 2007).

Los y las participantes fueron agrupados en un total de seis grupos focales. Se decidió dividir a los grupos focales dependiendo de la vinculación con el establecimiento, realizándolos de manera diferenciada para docentes, paradocentes y apoderados/as. Esta decisión se tomó considerando que las diferencias que existentes entre estos grupos de la comunidad educativa pudiesen traducirse en dificultades para comunicarse libremente durante las reuniones. Debido a la situación sanitaria por pandemia, los grupos focales de la comuna de María Pinto se realizaron de manera online a través de videoconferencia. En la comuna de Renca, los grupos se desarrollaron de manera presencial. En la siguiente tabla se detalla la caracterización de la muestra final (Tabla 2).

Tabla 2.*Caracterización de la muestra fase cualitativa.*

Comuna	Grupo	N	F	M
María Pinto	Docentes	13	12	1
	Paradocentes	4	4	0
	Apoderados/as	8	8	0
Renca	Docentes	6	3	3
	Paradocentes	6	5	1
	Apoderados/as	8	7	1
Total	6	45	39	6

Como criterios de inclusión de ambas fases se consideró:

- Ser parte del equipo docente o paradocente de establecimientos educacionales de las comunas de María Pinto o Renca, Región Metropolitana.
- Ser apoderado/a, madre y/o padre de un o una estudiante de establecimientos educacionales de las comunas de María Pinto o Renca, Región Metropolitana.

Por otro lado los criterios de exclusión fueron:

- Otras figuras cuidadoras de él o la estudiante que no se desempeñen como apoderados/as de este/a al momento de la investigación.
- Otros miembros de la comunidad educativa tales como Equipo Directivo y Equipo de convivencia.
- Padres, madres, apoderados/as, docentes o paradocentes pertenecientes a otros establecimientos educacionales u otras comunas no anteriormente mencionadas.

3.2. Instrumentos y técnica de producción de datos.

Durante la fase cuantitativa de la investigación se utilizó una encuesta on-line ad hoc (Anexo 1) autoadministrada como instrumento de recolección de datos. La encuesta contó con un total de 19 ítems, 3 de los cuales fueron preguntas abiertas, de carácter opcional. Los primeros 9 ítems estuvieron orientados a la recolección de datos sociodemográficos generales. Los 10 ítems restantes se centraron en recolectar información relacionada con las competencias y necesidades asociadas a la salud mental y suicidio en adolescentes. Algunos de los ítems de esta sección se confeccionaron utilizando como referencia el Cuestionario de Alfabetización en Salud Mental de la Universidad de O'Higgins (E. Encina, 7 de noviembre del 2021), mientras que el resto fue elaborado a propósito de los conceptos de ASM y suicidio, y sus respectivos componentes, junto con algunos ejes temáticos estimados relevantes a propósito de la revisión conceptual realizada (Anexo 2).

En cuanto a la fase cualitativa, se definió llevar a cabo la recolección de datos a través de grupos focales debido al tamaño de la población y muestra, pero también puesto que supone una instancia de integración a partir de los discursos de cada participante, quienes al discutir entre sí analizan e interpretan la información compartida de una manera dialéctica (Sepúlveda, 2001). Con tal de orientar las discusiones del grupo focal, se optó por utilizar la entrevista semi-estructurada, la cual permite acceder a parte de los sentimientos, percepciones y experiencia de

los sujetos participantes a través de sus discursos en torno a una temática en particular pre-establecida, pero también otorgando cierta flexibilidad y libertad para introducir preguntas adicionales o temáticas no previstas (Flick, 2007; Hernández, Fernández, Bautista, 2010). Así, se elaboró una pauta de entrevista semiestructurada (Anexo 3) previo a la realización de los grupos focales, que facilitó el abordaje de las temáticas centrales del problema de investigación.

3.3. Análisis de datos.

Con el propósito de caracterizar los conocimientos, habilidades y actitudes respecto a salud mental y suicidio de la muestra, se llevó a cabo un análisis cuantitativo de carácter nominal (Sánchez Carrión, 1989). De esta manera, las respuestas recogidas en cada ítem fueron sujetas a un análisis estadístico descriptivo de sus frecuencias y porcentajes, lo cual permitió conocer las principales competencias así como también algunas de las necesidades de la muestra.

Para el análisis de datos cualitativos se optó por la técnica de análisis de contenido de los relatos recogidos a través de los grupos focales. El análisis de contenido es un método que ofrece la oportunidad de organizar y describir en profundidad los datos recogidos, a través de la identificación y análisis de patrones dentro de estos (Braun & Clark, 2006). Como técnica de análisis de datos, Bardin (1996) la describe como un conjunto de “procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (p. 23) que permiten inferir e interpretar conocimientos y significados a partir del material comunicacional manifiesto y realizar lecturas en relación al contexto social de producción de este contenido (Vásquez, 1994). Como señalan diversos autores (Andréu, 2000; Bardin, 1996; Porta & Silva, 2003), el análisis de contenidos es una técnica que puede ser catalogada de manera tanto cuantitativa como cualitativa. Para los efectos de la presente investigación, esta técnica se utilizó desde una perspectiva cualitativa, con la finalidad de desarrollar un análisis descriptivo de los datos recogidos, profundizando en el contenido latente de los mensajes y el punto de vista particular de los sujetos (Andréu, 2000).

Basado en la teoría fundamentada, el análisis de contenido conlleva la realización de distintos procedimientos los cuales se traducen en niveles de codificación: abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 2002). La codificación abierta es la primera etapa de este proceso y permite “descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos” (Strauss & Corbin, 2002, p.111) a través de la apertura del texto y el contenido de este. Es en este momento que los datos se descomponen y examinan de manera minuciosa, buscando similitudes y diferencias en una constante comparación con la finalidad de identificar conceptos a partir de los fenómenos, crear categorías y subcategorías a propósito de los conceptos, y descubrir las propiedades y dimensiones de cada una de estas (Strauss & Corbin, 2002). La codificación axial tiene como propósito la reagrupación de los datos que fueron fragmentados en el proceso anterior, con tal de relacionar las categorías y subcategorías emergentes entre sí y formar así explicaciones precisas e integradas respecto a los fenómenos, permitiendo de esta forma construir teoría (Strauss & Corbin, 2002). Finalmente la codificación selectiva comprende el proceso de integración final y refinamiento de la teoría (Strauss & Corbin, 2002). Esto conlleva una integración de las categorías principales en una categoría central o medular, la cual representa

el tema principal de la investigación y permite formar un esquema teórico mayor (Strauss & Corbin, 2002).

3.4. Consideraciones éticas.

Considerando las temáticas a abordar a lo largo de la investigación y a través de la encuesta y grupos focales, existen ciertas consideraciones éticas a explicitar.

Primero, es importante destacar que al enmarcarse dentro del Proyecto “Clan”, la presente investigación contó con la aprobación del Comité de Ética para la investigación con seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Respecto al consentimiento de los y las participantes, la encuesta consideró una sección inicial en donde se resumieron los aspectos más relevantes del documento de consentimiento informado. Esta sección debió ser leída y aceptada explícitamente antes de continuar con las respuestas. Por otro lado, previa la realización de los grupos focales los y las participantes debieron leer y firmar un consentimiento informado (Anexo 4) en el cual se detallaron los aspectos generales de la investigación, de la participación requerida por parte de los sujetos y de los principales beneficios, riesgos y condiciones relevantes a considerar antes de aceptar participar.

En el caso de los grupos focales de la comuna de María Pinto, se optó por crear un formulario online a modo de consentimiento informado, que contó con el mismo contenido que el documento original. Similar al caso de la encuesta, el formulario debió ser leído y aceptado explícitamente, recogiendo los RUT de los y las participantes a modo de firma.

IV. Análisis de los resultados.

El presente capítulo presenta los resultados emergentes del análisis de la información producida a lo largo de la investigación. Para ello se distinguen tres apartados a propósito de los objetivos específicos. Primeramente, se presenta una caracterización de los principales conocimientos, habilidades, y actitudes de la muestra, respondiendo al primer objetivo específico del estudio. Luego, a partir del análisis de contenido de los grupos focales se describirán los conocimientos, habilidades y actitudes emergentes del relato de los y las participantes, respondiendo al segundo objetivo específico. Finalmente, a propósito de los resultados de ambas fases, se identifican las principales necesidades de competencias de la muestra, dando respuesta al tercer objetivo específico.

1. Análisis estadístico encuesta.

Para el análisis estadístico de los resultados de la encuesta se realizaron tres distinciones. Para cada ítem, primero, se presentan los resultados del análisis de todas las respuestas recogidas, para luego distinguir entre docentes, paradocentes y apoderados/as. Finalmente, se presentan los resultados distinguiendo por comuna.

1.1. Familiaridad con las temáticas de salud mental y suicidio adolescente.

Al comenzar la encuesta, se les pidió a los y las participantes que indicaran el grado de familiaridad que percibían tener respecto a las temáticas de salud mental y suicidio adolescente, respectivamente, a través de una escala de Likert del uno al cinco, en donde el número uno representó el sentirse “*Nada familiarizado*” y el número cinco, “*Muy familiarizado*”. Las frecuencias y porcentajes de las respuestas a este ítem se detallan en la Tabla 3 y 4.

Como es posible apreciar para ambas temáticas, la mayoría de los y las encuestadas declararon sentirse “*Algo familiarizado*”. Sin embargo, al observar las tendencias de cada ítem es posible destacar algunas diferencias. En el ítem sobre salud mental adolescente, la mayor parte de las respuestas (51,3%) se ubicaron entre “*Familiarizado*” y “*Muy familiarizado*”. Por otro lado, en el ítem respecto al suicidio adolescente se evidenció la tendencia contraria, puesto la gran parte de las respuestas se ubicaron entre el “*Poco*” y “*Nada familiarizado*” (38,9%). En este sentido, **en general existiría una percepción de mayor familiaridad en torno a las temáticas de salud mental en comparación el comportamiento suicida en adolescentes.**

Tabla 3.

Familiaridad percibida en salud mental.

Grado de familiaridad	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D ¹	P ²	A ³	MP ⁴	R ⁵		
Nada familiarizado	0	0	17	7	10	17	11,0
Poco familiarizado	1	0	11	4	8	12	7,8
Algo familiarizado	10	3	33	7	39	46	29,9
Familiarizado	12	3	25	3	37	40	26,0
Muy familiarizado	4	7	28	4	35	39	25,3
Total	27	13	114	25	129	154	100,0

Notas. ¹Docentes. ²Paradocentes. ³Apoderados. ⁴María Pinto. ⁵Renca.

Tabla 4.

Familiaridad percibida en comportamiento suicida adolescente.

Grado de familiaridad	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	P	A	MP	R		
Nada familiarizado	0	2	29	11	20	31	20,1
Poco familiarizado	5	1	23	5	24	29	18,8
Algo familiarizado	12	3	34	5	44	49	31,8
Familiarizado	7	2	17	2	24	26	16,9
Muy familiarizado	3	5	11	2	17	19	12,3
Total	27	13	114	25	129	154	100,0

Diferenciación por grupo.

Similar a los resultados generales, **en todos los grupos se observó una tendencia a señalar sentirse más familiarizados/as con la salud mental que con el suicidio.** Esta tendencia se observó de manera más marcada en el grupo de apoderados/as. Mientras que para el ítem de salud mental la mayor parte de las respuestas se ubicó entre las opciones “Familiarizado” y “Muy familiarizado”, en el caso del segundo ítem, la mayor parte de las respuestas se ubicó entre las opciones “Poco” y “Nada familiarizado”. Cabe destacar que ni docentes ni paradocentes declararon sentirse “Nada familiarizado”.

Lo anterior contrasta con el grupo paradocente, grupo en donde esta tendencia se vió menos marcada entre los tres, observando que en ambos ítems la mayoría de las respuestas se concentra entre las categorías “Algo” a “Muy familiarizado”.

1.2. Conocimientos respecto a salud mental.

Este ítem se elaboró a partir del Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Mental elaborado por la Universidad de O’Higgins (E. Encina, comunicación personal, 7 de noviembre del 2021; Velasco et al., 2021). Los y las participantes debieron leer una afirmación asociada a salud mental y/o problemas de salud mental, y a continuación responder si consideraban que la afirmación era verdadera (V), falsa (F) o no sabían (N/S). En la Tabla 5 y 6 se detallan cada una de las afirmaciones y sus respectivas respuestas.

De las doce afirmaciones, las ocho primeras eran verdaderas y las cuatro restantes falsas. En general, para las afirmaciones verdaderas existió un alto porcentaje de respuestas correctas, especialmente frente a las afirmaciones número 1, “Las actitudes positivas, buenas relaciones interpersonales y un estilo de vida saludable pueden ayudar a cuidar la salud mental” (97,4%) y número 5, “Los problemas de salud mental se pueden desarrollar a cualquier edad” (97,4%).

Por otro lado, las afirmaciones falsas obtuvieron menores porcentajes de respuestas correctas y mayores porcentajes de respuestas N/S en comparación con las afirmaciones verdaderas. Dentro de estas, la afirmación que mayor porcentaje de respuestas correctas

alcanzó fue la número 9, *“La mayoría de los problemas de salud mental NO se pueden curar”* (73,4%).

Respecto a las afirmaciones en las cuales los y las participantes declararon no saber, la afirmación número 8, *“Las personas con antecedentes familiares de problemas en salud mental tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales”* fue en donde esta respuesta se presentó con mayor frecuencia, representando un 29,9% del total. Esta afirmación también fue una de las afirmaciones que mostró una distribución más dispersa entre las alternativas, junto con la afirmación número 10, *“Los problemas de salud mental NO se pueden prevenir”*.

En general los y las encuestados/as tendieron a responder correctamente con mayor frecuencia las primeras siete afirmaciones, mostrando un porcentaje más elevado de respuestas incorrectas en las últimas cinco afirmaciones.

Diferenciación por grupo.

En la Tabla 5 se muestran las frecuencias y porcentajes para este ítem diferenciando por grupo. Los y las docentes respondieron correctamente cinco de las afirmaciones verdaderas (Afirmaciones número 1, 2, 4, 5 y 7), mientras que los y las paradocentes respondieron correctamente tres (Afirmaciones 2, 3 y 5). En el grupo de apoderados/as ninguna afirmación verdadera fue respondida correctamente por el total de la muestra. La afirmación verdadera que alcanzó el mayor porcentaje de respuestas correctas fue la afirmación número 1 (97,4%).

Si bien ningún grupo respondió las afirmaciones falsas de manera correcta en su totalidad, **los y las apoderados/as mostraron los porcentajes más bajos de respuestas correctas entre los tres.** La afirmación número 9 fue la que alcanzó la mayor cantidad de respuestas correctas en todos los grupos. En el caso del grupo docente, la afirmación número 11 también alcanzó altos porcentajes de respuestas correctas, contrastando con el grupo paradocente en el cual esta afirmación obtuvo la mayor frecuencia de respuestas “N/S”.

Respecto a esto último, tanto en el grupo docente como en el grupo de apoderados/as la afirmación que obtuvo la mayor frecuencia de respuestas declarando no saber fue la afirmación número 8.

Tabla 5.
Conocimientos respecto a salud mental, por grupo.

N°	Afirmación.	Docentes			Paradocentes			Apoderados/as			Total					
		V	F	N/S	V	F	N/S	V	F	N/S	V	%	F	%	N/S	%
1	Las actitudes positivas, buenas relaciones interpersonales y un estilo de vida saludable pueden ayudar a cuidar la salud mental	27	0	0	12	0	1	111	1	2	150	97,4	1	0,6	3	1,9
2	La salud mental es parte del bienestar integral	27	0	0	13	0	0	107	6	1	147	95,5	6	3,9	1	0,6
3	Si se tienen dudas de la presencia de problemas de salud mental, se debe buscar ayuda psicológica o psiquiátrica	26	0	1	13	0	0	109	2	3	148	96,1	2	1,3	4	2,6
4	Los problemas de salud mental pueden producirse cuando una persona está bajo estrés psicológico o enfrenta eventos significativos en su vida (como, por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o pérdida de trabajo)	27	0	0	10	0	3	108	3	3	145	94,2	3	1,9	6	3,9
5	Los problemas de salud mental se pueden desarrollar a cualquier edad	27	0	0	13	0	0	110	2	2	150	97,4	2	1,3	2	1,3
6	Muchas personas tienen problemas de salud mental pero NO se dan cuenta de esto	24	0	3	10	1	2	101	4	9	135	87,7	5	3,2	14	9,1
7	Los problemas de salud mental en adolescentes influyen en sus calificaciones (notas)	27	0	0	10	1	2	88	15	11	125	81,2	16	10,4	13	8,4
8	Las personas con antecedentes familiares de problemas en salud mental tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales	14	2	10	10	2	1	65	14	35	89	57,8	18	11,7	46	29,9
9	La mayoría de los problemas de salud mental NO se pueden curar	0	23	4	0	10	3	7	80	27	7	4,5	113	73,4	34	22,1
10	Los problemas de salud mental NO se pueden prevenir	4	17	6	3	8	2	33	56	25	40	26,0	81	52,6	33	21,4
11	Todos los problemas de salud mental son causados por factores de estrés externos	1	23	3	1	8	4	25	63	26	27	17,5	94	61,0	33	21,4
12	Los problemas de salud mental son causados por tener pensamientos negativos	3	21	3	1	9	3	21	64	29	25	16,2	94	61,0	35	22,7

Tabla 6.
Conocimientos respecto a la salud mental, por comunas.

N°	Afirmación	María Pinto			Renca			Total					
		V	F	N/S	V	F	N/S	V	%	F	%	N/S	%
1	Las actitudes positivas, buenas relaciones interpersonales y un estilo de vida saludable pueden ayudar a cuidar la salud mental	25	0	0	124	2	3	150	97,4	1	0,6	3	1,9
2	La salud mental es parte del bienestar integral	24	1	0	123	5	1	147	95,5	6	3,9	1	0,6
3	Si se tienen dudas de la presencia de problemas de salud mental, se debe buscar ayuda psicológica o psiquiátrica	24	0	1	124	2	3	148	96,1	2	1,3	4	2,6
4	Los problemas de salud mental pueden producirse cuando una persona está bajo estrés psicológico o enfrenta eventos significativos en su vida (como, por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o pérdida de trabajo)	24	1	0	121	2	6	145	94,2	3	1,9	6	3,9
5	Los problemas de salud mental se pueden desarrollar a cualquier edad	25	0	0	125	2	2	150	97,4	2	1,3	2	1,3
6	Muchas personas tienen problemas de salud mental pero NO se dan cuenta de esto	19	1	5	116	4	9	135	87,7	5	3,2	14	9,1
7	Los problemas de salud mental en adolescentes influyen en sus calificaciones (notas)	18	3	4	107	13	9	125	81,2	16	10,4	13	8,4
8	Las personas con antecedentes familiares de problemas en salud mental tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales	12	3	10	77	16	36	89	57,8	18	11,7	46	29,9
9	La mayoría de los problemas de salud mental NO se pueden curar	1	18	6	6	95	28	7	4,5	113	73,4	34	22,1
10	Los problemas de salud mental NO se pueden prevenir	8	11	6	32	70	27	40	26,0	81	52,6	33	21,4
11	Todos los problemas de salud mental son causados por factores de estrés externos	6	13	6	21	81	27	27	17,5	94	61,0	33	21,4
12	Los problemas de salud mental son causados por tener pensamientos negativos	5	12	8	20	82	27	25	16,2	94	61,0	35	22,7

1.3. Necesidades en cuanto a conocimientos y habilidades en la promoción de la salud mental adolescente.

Se les preguntó a los y las participantes respecto a los conocimientos que estos consideraban les serían de ayuda para poder apoyar en la promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental en un estudiante adolescente. Se presentaron ocho respuestas posibles, de entre las cuales los y las participantes podían elegir hasta tres opciones. Como es posible identificar en la Tabla 7, **la respuesta más frecuente fue “Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental”**, representando un 21% del total, seguida de “Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental” y “Saber qué hacer en caso de identificar a un adolescente que presenta problemas de salud mental”, las cuales representaron un 20,5% y 15,9% del total de respuestas, respectivamente.

Diferenciación por grupo.

La alternativa que obtuvo la mayor cantidad de preferencias por parte de docentes y paradocentes fue “Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental”. En el caso del grupo paradocente, a esta alternativa se suma con el mismo porcentaje de respuestas el “Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental”, coincidiendo con el grupo de apoderados/as en donde esta última fue mayoría.

Tabla 7.

Conocimientos y habilidades percibidas necesarias respecto a salud mental en adolescentes.

Alternativas	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	MP	MP	MP	R		
Conocer mejor la situación de Salud mental de los y las adolescentes en Chile (por ej. estadísticas)	2	2	24	6	22	28	6,4
Contar con más información sobre los intereses de los y las adolescentes de mi comunidad	2	4	24	7	23	30	6,8
Me gustaría saber más sobre las necesidades y problemas de los y las adolescentes de mi comunidad.	8	3	22	6	27	33	7,5
Saber más sobre los problemas de salud mental	11	6	34	9	42	51	11,6

más comunes en adolescentes de mi comunidad educativa.								
Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental	14	7	71	12	80	92	21,0	
Conocer más sobre las distintas situaciones de vida, experiencias o eventos que afectan la salud mental en adolescentes	9	3	33	8	37	45	10,3	
Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental	23	7	60	14	76	90	20,5	
Saber qué hacer en caso de identificar a un adolescente que presenta problemas de salud mental	12	6	52	9	61	70	15,9	
Total	81	38	320	71	368	439	100,0	

1.4. Necesidades en cuanto a conocimientos y habilidades en prevención del suicidio adolescente.

La misma pregunta del ítem anterior se realizó respecto a la prevención del comportamiento suicida. Para este ítem, se presentaron diez opciones de las cuales, al igual que con el ítem anterior, los y las participantes podían seleccionar hasta tres. **Las respuestas más frecuentes fueron “Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones, la ideación suicida, entre otras)” y “Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes”,** las cuales representaron un 16,8% y 16,1% del total, respectivamente (Tabla 8).

Tabla 8.

Conocimientos y habilidades percibidas necesarias para la prevención del comportamiento suicida en adolescentes.

Alternativas	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	P	A	MP	R		
Saber más respecto a la realidad del suicido adolescente en Chile.	1	2	12	2	13	15	3,4
Conocer más sobre factores de riesgo suicida en adolescentes.	9	6	37	8	44	52	11,8

Conocer más sobre factores protectores del suicidio en adolescentes.	5	2	8	2	13	15	3,4
Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones, la ideación suicida, entre otras).	10	5	59	8	66	74	16,8
Contar con más información respecto a las principales estrategias para prevenir el riesgo suicida adolescente.	5	5	38	7	41	48	10,9
Saber más sobre las maneras en las cuales desde mi rol puedo apoyar en la prevención del riesgo suicida adolescente.	12	5	43	11	49	60	13,6
Saber más sobre los principales mitos y prejuicios respecto al suicidio en general.	3	1	7	3	8	11	2,5
Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes.	15	8	48	13	58	71	16,1
Saber cómo conversar y preguntar al respecto con él o la adolescente.	9	3	39	9	42	51	11,6
Contar con más conocimientos sobre cómo reaccionar frente a un adolescente con riesgo suicida.	12	2	30	6	38	44	10,0
Total	81	39	321	69	372	441	100,0

Diferenciación por grupo.

En este ítem, tanto en el grupo docentes como paradocente, la alternativa más frecuente fue “*Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes*”. En el caso de los y las apoderados/as, la respuesta más frecuente para este ítem fue “*Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones, la ideación suicida, entre otras)*”. Si bien esta opción difiere de la más frecuente en los otros dos grupos, ambas alternativas podrían considerarse como complementarias.

1.5. Conocimientos respecto a la ideación suicida.

Al igual que el ítem 1.2, los siguientes dos ítems (1.5. y 1.6.) se realizaron en base al Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Mental elaborado por la Universidad de O’Higgins. Se les pidió a los y las participantes que seleccionaran dos características de las ocho opciones presentadas (Tabla 9) que le harían pensar que un o una adolescente está pensando en matarse o que tiene ideas suicidas. **La respuesta más frecuente de entre las opciones listadas fue “*Hablar de muerte como un alivio de los problemas*” (28,9%).**

Interesantemente, la segunda mayoría la obtuvo la opción “*Alejarse/aislarse de otras personas*” (26,6%). La afirmación “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*” se ubicó en tercer lugar (23,1%). La alternativa “*No sé*” obtuvo solo una respuesta, la cual representó el 0,3% del total.

Tabla 9.

Conocimientos sobre las características de la ideación suicida adolescente.

Alternativas	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	P	A	MP	R		
Tener una preocupación excesiva por todas las cosas que pasan	1	1	12	4	10	14	4,5
Estar triste y desanimado/a	3	5	34	7	35	42	13,6
Hablar de muerte como un alivio de los problemas	14	7	68	16	73	89	28,9
La persona parece siempre inquieta y nerviosa	2	0	3	0	5	5	1,6
Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar	17	6	48	11	60	71	23,1
Estar con poco apetito y haber perdido peso en las últimas semanas	2	1	1	1	3	4	1,3
Alejarse/ aislarse de otras personas	15	6	61	11	71	82	26,6
No sé	0	0	1	0	1	1	0,3
Total	54	26	228	50	258	308	100

Diferenciación por grupo.

Las afirmaciones que concentraron las dos primeras mayorías en el caso del grupo docente fueron “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*” (31,5%) y “*Alejarse/ aislarse de otras personas*” (27,8%). Al igual que como se observó en el resto de la muestra, la opción “*Hablar de muerte como un alivio de los problemas*” se ubicó dentro de las tres más frecuentes.

Por otro lado, las afirmaciones que recibieron la mayor cantidad de respuestas por parte de los y las paradoctentes fueron “*Hablar de muerte como un alivio de los problemas*” (26,9%), “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*” (23,1%) y “*Alejarse/ aislarse de otras personas*” (23,1%), lo cual se condice con lo descrito en el grupo docente y en general.

Finalmente, las alternativas que recibieron la mayor cantidad de respuestas por parte de los y las apoderadas/os fueron “*Hablar de muerte como un alivio de los problemas*” (29,8%) y “*Alejarse/ aislarse de otras personas*” (26,8%). En este grupo se solidifica las tendencias evidenciadas en este ítem a nivel general y de subgrupo, al ubicar en tercer lugar la alternativa “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*”.

1.6. Actitud frente al comportamiento suicida.

El ítem siguiente recogió las opiniones de los y las encuestados respecto de la afirmación “*Si uno cree que una persona pueda estar pensando en matarse o que tenga ideas suicidas, lo mejor es preguntar directamente por estas ideas*”. Se presentó la afirmación y luego se les pidió que seleccionaran qué tan de acuerdo estaban con ella utilizando una escala que iba desde “No estoy de acuerdo” hasta “Completamente de acuerdo”. Se incluyó también la alternativa “No sé”.

La mayoría de los y las encuestadas señaló estar “Solo un poco de acuerdo” con la afirmación (27,3%), mientras que un 22,7% y 20,8% señalaron estar “Muy de acuerdo” y “Completamente de acuerdo”, respectivamente (Tabla 10). Llama la atención que un 16,9% de los y las encuestadas seleccionó la opción “No estoy de acuerdo”, mientras que el 12,3% restante declaró no saber.

Tabla 10.

Opinión sobre afirmación respecto al comportamiento suicida.

Opciones	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	P	A	MP	R		
No estoy de acuerdo	4	6	16	3	23	26	16,9
Solo un poco de acuerdo	7	2	33	4	38	42	27,3
Muy de acuerdo	8	2	25	7	28	35	22,7
Completamente de acuerdo	4	1	27	6	26	32	20,8
No sé	4	2	13	5	14	19	12,3
Total	27	13	114	25	129	154	100

Diferenciación por grupo.

Respecto a las opiniones de los y las docentes, la respuesta más frecuente fue “*Muy de acuerdo*” (29,6%) a diferencia de los resultados totales. Sin embargo, llama la atención que entre las opciones “*Solo un poco de acuerdo*”, “*No estoy de acuerdo*” y “*No sé*” se concentra el 55,5% de las respuestas.

A diferencia de lo evidenciado en el grupo docente, la opinión más frecuente en el grupo paradocente fue “*No estoy de acuerdo*” con la afirmación, representando casi a la mitad de los y las encuestados/as. Llama la atención que solo una persona señaló estar “*Completamente de acuerdo*”.

Finalmente, la mayor parte de los y las apoderadas señalaron estar “*Solo un poco de acuerdo*” (28,9%) con la afirmación, diferenciándose tanto de los resultados del grupo docente como paradocente. Si bien las dos mayorías siguientes se distribuyen entre las opciones “*Muy de acuerdo*” y “*Completamente de acuerdo*”, las opciones “*No estoy de acuerdo*” junto con “*No sé*” representan un 25,4% de las preferencias.

1.7. Habilidades frente a un caso de posible riesgo suicida adolescente.

Finalmente, se les presentó a los y las participantes un caso hipotético con la consigna “Imagine que un, o una, estudiante adolescente con él o la cual usted se relaciona regularmente comienza a mostrarse más aislado/a de sus amigos/as, con poco ánimo en realizar actividades que antes le interesaban, y en una ocasión incluso le ha escuchado decir que quizás el mundo estaría mejor sin él o ella. ¿Qué haría usted en este caso?”. Se listaron siete alternativas, de entre las cuales los y las participantes podían elegir hasta cuatro.

La alternativa **con mayor cantidad de respuestas fue “Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente, por ejemplo, grupo de amigos/as, escuela, familia, etc.”** (30,6%), seguida de “Intentaría hablar directamente con él o la adolescente” (27,5%) (Tabla 11). La afirmación “Me contactaría con algún servicio de atención en salud mental” solo obtuvo el 25 de las preferencias, representando un 7,6%.

Respecto a las alternativas “No le daría mayor importancia y no actuaría de ninguna forma en particular” y “No sabría cómo actuar”, estas recibieron el 0,3% y 1,2% del total de respuestas.

Tabla 11.

Respuestas sobre caso hipotético de riesgo suicida.

Opciones	Frecuencia por grupo			Frecuencia por comuna		Frecuencia Total	% Total
	D	P	A	MP	R		
Intentaría identificar las redes de apoyo del adolescente.	6	11	33	8	42	50	15,3
Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente, por ejemplo, grupo de amigos/as, escuela, familia, etc.	18	8	73	13	70	100	30,6
Buscaría ayuda en algún servicio de atención de salud (por ejemplo: CESFAM, Hospital, consulta médica particular, etc.)	5	6	46	10	43	57	17,4
Me contactaría con algún servicio de atención en salud mental.	1	2	22	7	17	25	7,6
Intentaría hablar directamente con él o la adolescente.	15	3	72	13	71	90	27,5
No le daría mayor importancia y no actuaría de ninguna forma en particular.	1	0	0	0	1	1	0,3
No sabría cómo actuar.	0	1	3	1	3	4	1,2
Total	46	31	249	52	247	326	100

Diferenciación por grupo.

En este ítem, la opción *“Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente, por ejemplo, grupo de amigos/as, escuela, familia, etc.”* representó la mayoría tanto para el grupo docente como para los y las apoderados/as, con un 39,1% y un 29,3% respectivamente. En el caso del grupo paradocente la alternativa más frecuente fue *“Intentaría hablar directamente con el o la adolescente”* (35,5%). Sin embargo, en los tres casos estas dos alternativas representaron las primeras dos mayorías.

Llama la atención que las opciones referidas a la búsqueda de ayuda profesional solo representaron el 27,8% de las respuestas en el grupo de apoderados/as, con solo un 8,8% optando por la opción *“Me contactaría con algún servicio de atención en salud mental”*.

1.8. Diferenciación por comuna.

A continuación se presentan los resultados diferenciando por comuna. Una de las principales diferencias entre comunas se observó en el primer ítem (Tablas 3 y 4). Mientras que los y las encuestados/as pertenecientes a la comuna de María Pinto reportaron sentirse, en su mayoría, *“Poco”* a *“Nada familiarizado”* con ambas temáticas, en Renca la respuesta más frecuente fue *“Algo familiarizado”*. Por otro lado, en María Pinto fue posible apreciar un menor grado de familiaridad respecto al comportamiento suicida en comparación con la salud mental, mientras que si bien en Renca esta tendencia se repite, se encuentra menos marcada.

Respecto al sexto ítem (Tabla 10), los y las encuestados/as de María Pinto señalaron, en su mayoría, estar *“Muy”* o *“Completamente de acuerdo”* (52%) con la afirmación. Solo 28% ubicó su respuesta entre *“Solo un poco de acuerdo”* y *“No estoy de acuerdo”*. En el caso de Renca, si bien una parte importante de los y las participantes señaló estar entre *“Muy”* o *“Completamente de acuerdo”* (41,9%), un 47,3% declaró estar solo un poco o nada de acuerdo con la afirmación.

Pese a lo anterior, en general los resultados también dan cuenta de similitudes entre las respuestas. En el segundo ítem (Tabla 6), los y las participantes de la comuna de María Pinto respondieron correctamente dos de las afirmaciones verdaderas (Afirmaciones número 1 y 5). Si bien en el caso de la comuna de Renca ninguna afirmación obtuvo el total de las respuestas correctas, la que alcanzó la mayor cantidad fue la afirmación número 5 con un 97%. Respecto a las afirmaciones falsas, en ambas comunas la afirmación que alcanzó el mayor porcentaje de respuestas correctas fue la número 9. De igual manera, en cuanto a las afirmaciones calificadas como *“No sé”*, la afirmación número 8 fue la que mayor cantidad de respuestas de este tipo recogió.

En el tercer ítem (Tabla 7), los y las participantes pertenecientes de ambas comunas optaron en sus dos primeras mayorías por las alternativas *“Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental”* y *“Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental”*.

En el cuarto ítem (Tabla 8), si bien existió una diferencia entre las respuestas de ambas comunas, estas podrían considerarse complementarias. Así, la alternativa más frecuente en la comuna de María Pinto fue *“Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes”*, mientras que en el caso de Renca, la mayor parte de las respuestas fueron hacia

la alternativa “*Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones, la ideación suicida, entre otras)*”.

Para el quinto ítem, en ambas comunas la alternativa que recogió la mayor cantidad de preferencias fue “*Hablar de muerte como un alivio de los problemas*” (32% en María Pinto y 28,7% en Renca) (Tabla 9). Las siguientes mayorías fueron “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*” y “*Alejarse/ aislarse de otras personas*”. Estas alternativas obtuvieron los mismos porcentajes en María Pinto, mientras que en el caso de Renca, la alternativa “*Alejarse/ aislarse de otras personas*” se posicionó por sobre “*Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar*”.

Finalmente, respecto al último ítem (Tabla 11), las respuestas de ambas comunas fueron similares. Así, el grueso de las respuestas se concentró entre las opciones “*Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente, por ejemplo, grupo de amigos/as, escuela, familia, etc.*”, e “*Intentaría hablar directamente con el o la adolescente*”.

2. Análisis de contenido.

A continuación se presenta el análisis de la información recogida a partir de los grupos focales realizados a docentes, paradocentes y apoderados/as. Los distintos aspectos emergentes del análisis de información se organizaron en trece categorías, las cuales a su vez están compuestas de una o más subcategorías. Para cada una de estas, se analizan las principales consistencias y similitudes entre los distintos grupos focales y participantes, así como también elementos particulares de cada relato o conversación. Las categorías fueron agrupadas en tres ejes temáticos para facilitar su análisis y presentación:

- Adolescencia.
- Salud mental.
- Suicidio.

Con la finalidad de ejemplificar algunos aspectos del análisis, se incluyen viñetas textuales de los relatos de los y las participantes de los grupos, las cuales identifican al hablante con su inicial y el grupo de pertenencia (docente, paradocente o apoderado/a).

2.1. Adolescencia.

Tabla 12.

Categorías y sub-categorías eje adolescencia.

	Categorías	Subcategorías
Adolescencia	Comprensión de la adolescencia.	Adolescencia como desarrollo.
	Comprensión factores de riesgo.	Vulnerabilidad asociada al estatus socioeconómico.
		Vulneración de derechos.
		Vivencia de bullying.
		Experiencias de vida y discriminación disidencias.
		Disfuncionalidad familiar como gatillante.
		Mal uso de tecnologías y redes sociales.
		Adolescencia como período de riesgo.
	Riesgo suicida asociados a trastornos de salud mental.	
	Comprensión factores protectores.	El rol de los vínculos significativos y redes de apoyo
		Aceptación social de las disidencias
	Escuela como espacio de prevención.	Cohesión familiar
El bienestar del adolescente como prioridad.		
Apoyo psicosocial		
	Falta de claridad respecto a los límites del apoyo escolar	

2.2.1. Comprensión de la adolescencia.

Adolescencia como desarrollo.

En general, del relato de los y las entrevistados/as se desprende un entendimiento de la adolescencia como un periodo de desarrollo hacia la adultez y logro de madurez en distintas dimensiones de la persona. Así, algunos/as participantes perciben este periodo como uno caracterizado principalmente por los cambios biológicos que comienzan a gestarse en el adolescente.

“(…) una edad donde todas las hormonas se te alteran y todas tus neuronas están a mil por hora” (Docente F)

Entre estos, destacan los cambios a nivel hormonal y cerebral, los cuales se asocian con el comportamiento del adolescente, sirviendo como explicación. Por ejemplo, una de las apoderadas destaca que este período sería uno de inmadurez biológica asociada al desarrollo incipiente del cerebro de la persona.

“el cerebro de las personas en general no se desarrolla hasta los 23 o 25 años que no se termina de desarrollar y los adolescentes (...) no tienen las conexiones que tenemos los adultos” (Apoderada S)

De la mano con esta noción de inmadurez biológica, algunas apoderadas también creen que en este período aún no se cuentan con todas las aptitudes asociadas a la adultez puesto que el o la adolescente no está lo suficientemente desarrollado/a a nivel cognitivo.

Complementando lo anterior, y desde el punto de vista afectivo, a lo largo de gran parte de los relatos, la adolescencia se entiende como un momento vital protagonizado por las emociones, las cuales se vivencian de manera más intensa que en otros periodos vitales e influyen notoriamente en el actuar del joven.

“(…) afecta mucho más las emociones porque están justo en la adolescencia.” (Paradocente P)

“Sus conexiones están directamente en la parte emocional y por eso ellos toman muchas decisiones emocionales.” (Apoderada S)

Desde el punto de vista identitario, la adolescencia se comprende como una etapa en la cual él o la joven deberá descubrir y consolidar su personalidad y con ello, su identidad personal. Se desprende también del relato de los y las entrevistadas un sentido de conflicto asociado a este proceso identitario, el cual deberá ser resuelto como parte del paso hacia la adultez.

“un chico de 14, 15, 16 años (...) todavía no ha cuajado su personalidad” (Docente F)

“la adolescencia es eso, es experimentar cómo voy desarrollando, qué tipo de persona quiero ser, qué tipo de género me gusta, cómo me quiero vestir, y probar” (Docente MJ)

Junto a lo anterior, el desarrollo identitario es entendido por los y las participantes como un proceso de experimentación que se nutre de manera importante de las relaciones sociales con pares. En este sentido, la pandemia, especialmente el contexto de encierro asociado, surge

como un importante obstáculo para el desarrollo identitario de los y las adolescentes dentro de los relatos, al interponerse en el contacto regular con pares, la escuela y otras instancias sociales en donde estos procesos pudieran verse potenciados.

“(…) en la casa se pierde toda esa parte. Entonces en el colegio se permite eso y claro, estuvieron tanto tiempo en pandemia que se vio perjudicado” (Docente MJ)

En cuanto a lo social, los y las entrevistados/as visualizan la adolescencia como un período en el cual los y las jóvenes se van “hacia adentro”, alejándose de las figuras parentales y familia. Junto a este repliegue del medio familiar, se entiende también que los y las jóvenes comienzan a establecer otras relaciones significativas, típicamente con pares, las cuales reemplazan el espacio de interacción y apoyo que antes se daba predominantemente dentro del círculo familiar.

(durante la adolescencia) “uno siente que se van a alejar más o se empiezan como a alejar porque tienen a otras personas a quienes conversarles y consultarles cosas” (Apoderada S)

Este período vital se caracterizaría así por una mayor influencia de los pares y medio social, lo cual se complementa con la búsqueda por la aprobación. Similar a como se destaca respecto al desarrollo identitario, algunos/as docentes enfatizan en la importancia de la socialización entre pares durante este periodo. En este sentido, señalan que la pandemia se ha interpuesto en este proceso y por ende, en el desarrollo integral de los y las adolescentes.

“el primer semestre yo hablé harto con apoderados y muchos me decían que ya querían que sus hijos fueran al colegio porque notaban que los niños necesitaban sociabilizar con personas de su edad, como están tanto tiempo en la casa (…) falta esa sociabilización con la gente de su edad” (Docente MJ)

De esta problemática se levantan interesantes apreciaciones. En primer lugar, las consecuencias negativas en el desarrollo social de la falta de socialización entre pares, y por otro lado, la importancia de que estos procesos se gesten desde la infancia temprana y la pre-adolescencia.

“¿Y qué pasa con los chicos de siete, ocho años? O sea, te imaginai’ en cuatro años más los problemas de socialización (…) van a ser una generación de cabros chicos isla” (Docente F)

Junto con ello, la falta de socialización asociada a la pandemia ha ido acompañada de una falta de comunicación entre pares y en este sentido, ha impedido a los y las adolescente de poder compartir fluidamente sus vivencias y dificultades con otros adolescentes, y a través de ello, recibir apoyo y comprensión.

2.2.2. Comprensión de factores de riesgo.

A través de los relatos de los y las entrevistadas fueron apareciendo distintas situaciones, eventos y/o contextos que estos/as asociaron a un mayor riesgo frente a la aparición tanto de problemas de salud mental como del comportamiento suicida y riesgo suicida en adolescentes.

Vulnerabilidad asociada al estatus socioeconómico.

La vulnerabilidad psicosocial y socioeconómica asociada a los contextos de vida de los y las adolescentes surge como un relevante mediador frente a la aparición de sintomatología, principalmente de la depresión dentro del discurso de los y las participantes. Estos/as destacan así que la falta de recursos a nivel socioeconómico, las condiciones de vida y la falta de espacios óptimos para el desarrollo de los y las adolescentes tienen un impacto negativo a nivel psicológico, lo cual han podido evidenciar directamente en sus estudiantes y/o familiares.

“(...) el chico vive en un metro cuadrado, muchas veces hacinado, no puede salir a la calle, le faltan muchos medios, en la casa no hay ni un libro (...) entonces como que empieza a entrar en un círculo depresivo” (Docente F)

“Hay niños en que no existe familia, o existe una abuelita, o un hermano que el hermano es dos años mayor que el adolescente que está acá y que se hace cargo de los otros porque el papá está detenido, porque la mamá está detenida entonces hay muchas carencias.” (Paradocente E)

“(...) nuestros alumnos están en desventaja, porque más encima vienen de un sector social que es sumamente deprimido, y que muchas veces no tiene el apoyo de los papás, y ahí viene el tema del suicidio” (Docente F)

Al igual que con otros factores de riesgo, la pandemia se erige como un importante agravante de las condiciones de vida precarias.

“muchas veces los papás y las mamás que también tienen otros problemas, problemas económicos, o sea la pandemia ha afectado económicamente sobre todo a los estratos más bajos de los cual son nuestros alumnos y el chico, sobre todos los mayores (...) se sienten sumamente impotentes” (Docente F)

Vulneración de derechos.

La vulneración de derechos es reconocida como un importante factor de riesgo tanto respecto a la salud mental como al riesgo suicida. En general existe un consenso respecto al impacto psicológico negativo de este tipo de vivencias, particularmente durante la infancia y adolescencia. A partir de los relatos se destacan las experiencias de maltrato psicológico, maltrato físico y de agresiones sexuales.

(sobre una estudiante con ideación suicida) “(...) me decía que no servía de nada porque su mamá dice que solamente va a servir para lavar platos en la cocina, y que ella no sirve de nada y que ella fue horrible, y, y que era una pérdida de tiempo criarla, y muchas cosas así, súper mal (...)” (Docente MJ)

Vivencia de bullying.

El ser víctima de bullying como factor de riesgo fue común a gran parte de los relatos. En este sentido, el bullying se asociaría a la depresión y al riesgo suicida al ser un fenómeno complejo, que involucra múltiples aspectos en cuanto a la salud mental del adolescente (autoestima, confianza en otros, socialización entre pares, por nombrar algunas) y que como

tal, conlleva un importante costo psicológico en la víctima, especialmente durante la adolescencia.

“hay niños que por bullying (...) se han suicidado” (Paradocente F)

Experiencias de vida y discriminación de jóvenes LGBTQ+.

Un aspecto particularmente prominente entre los y las apoderados/as de la comuna de Renca guardó relación con los y las adolescentes pertenecientes a disidencias sexuales dentro de la comunidad escolar. En este sentido, del relato de una de las participantes se desprenden las dificultades que percibe asociadas a la vivencia trans de uno de sus hijos, la cual se caracteriza por el desamparo y el rechazo social.

Dentro del resto de esta comunidad escolar, esta temática también aparece prominentemente, dando cuenta de las consecuencias negativas que tienen en él o la adolescente la vivencia de discriminación y rechazo familiar asociadas a su orientación sexual o identidad de género.

“él mismo (amigo trans de su hija), va, se siente más aceptado en la casa de la T (apoderada), en mi casa, en otras casas pero en su casa no se siente parte.” (Apoderada C)

“su amiga quería suicidarse porque no podía decirle a sus papás que le gustaba una niña, ¿cachai?” (Apoderado W)

Disfuncionalidad familiar como gatillante.

La disfuncionalidad a nivel familiar es reconocida de manera transversal en los relatos como un factor capaz de desencadenar problemáticas de salud mental y aumentar el riesgo suicida en jóvenes adolescentes. Se identifican como particularmente relevantes los conflictos familiares, los cuales pueden tener que ver con problemas relacionales entre los miembros de la familia o dificultades para resolver conflictos entre la figura parental y el adolescente.

“al estar ahí encerrada dentro de un conflicto social familiar súper grande es peor para ella (estudiante)” (Docente MJ)

Otro elemento que se identificó como relevante fueron las crisis familiares no normativas, tales como la separación matrimonial o la muerte de una de las figuras parentales.

“nosotros con su papá estuvimos separados. Y cuando nosotros estuvimos separados ella (hija) sufrió... sufrió hartito, tuvo hartos problemas psicológicos” (Apoderada C)

“Había una niña que era compañera de mi hija, que ella perdió a su mamá (...) ella estaba sola y su papá era alcohólico...Entonces, tenía muchos problemas ¿cómo no iba a estar siempre triste, llorando?” (E)

La ausencia de cohesión dentro de la familia también se considera un factor relevante. La falta de confianza, la desatención de los y las adolescentes por parte de las figuras parentales y la falta de disposición a dialogar y contener a él o la adolescente son todos factores que influirían en el fenómeno del riesgo suicida.

“el suicidio (...) desgraciadamente eh... es una cosa de hogar, es una cosa de confianza de hogar” (Apoderado W)”

“Yo tengo sobrinos que pasa que sus papás están separados y pasan todo el día solos. Y el fin de semana la mamá se manda a cambiar ¡y el papá también! y el fin de semana también los dejan solos, y no hay nadie que se pueda preocupar de ellos.” (Apoderada CA)

“a veces es falta también de los papás que no los escuchan po’, que no se sientan con ellos a escuchar su emociones, sus penas, sus rabias” (Paradocente M)

Los y las docentes de Renca reconocen además que la ausencia normas claras, sanciones y de disciplina parental puede constituirse como un factor de riesgo en la medida en que crea ciertos conflictos de rol en el adolescente.

“el papá lo avala (...) el chico va a ver el papá y la mamá los cubren de absolutamente todo (...) provoca un no sé si un desorden, pero provoca como que el chico tenga traspapelado ciertos roles y ciertos estatus, y eso también puede ser causante de depresión cuando ese rol y ese estatus no coinciden con el que él sueña con la realidad que tiene” (Docente F)

Similar a como sucede con otros aspectos, la pandemia, y en particular el encierro asociado a la cuarentena, se posicionó como un importante agravante de los conflictos familiares existentes.

“el hecho de que tengan como todo ese problema propio familiar, súmale que tenía que estar encerrado el niño” (Docente J)

Mal uso de tecnologías y redes sociales.

Existe una creencia de que los y las adolescentes poseen un escaso o inexistente filtro respecto del contenido al que están expuestos a través de las tecnologías y el internet desde temprana edad, lo cual en general tiene consecuencias negativas a nivel psicológico para él o la joven.

“la información a la que tienen acceso es sin filtro” (Docente T)

“(...) eso (el celular) hace mucho daño. Y también yo creo que hace daño mentalmente” (Paradocente E)

“el mismo Tik Tok, esa aplicación (...) que ven las lolas, los adolescentes ya quieren ser más flacos (...) entonces les hace mucho daño” (Paradocente J)

Dando cuenta del impacto de las tecnologías y la presión entre pares, una de las docentes señala que el comportamiento suicida en general, tanto las autolesiones como los intentos de suicidio, puede ser imitado por los jóvenes, ya sea a propósito de retos en redes sociales o bien, producto del contenido audiovisual que consumen.

“Hay retos, (...) el suicidio en sí puede transformarse también en una moda” (Docente T)

“(…) en el animé también ha habido casos de chicos y chicas que por imitar a cierto personaje incurren en ciertas conductas” (Docente T)

Si bien se asocia al control parental, la ausencia de filtro se entiende también como una consecuencia inevitable en el contexto vital de las nuevas generaciones, quienes nacieron en un mundo digitalizado.

“estos chicos nacieron con el celular en la mano y nacieron súper expuestos a esto” (Docente C)

“nosotros decimos “no, nosotros no vemos pornografía”. ¡Netflix tiene pornografía! (...) todos los monos tienen pornografía, siendo que nosotros los queremos proteger y no, en todos lados les dan, les dan información que quizás nosotros no le queremos dar” (Apoderada C)

Junto a lo anterior, los y las entrevistados/as relatan percibir una cierta dependencia emocional del uso de tecnologías por parte de los y las adolescentes.

“acá mismo hemos visto (...) a niños que le han quitado el celular en la sala hay algunos que se ponen agresivos, insolentes por quitarle el celular para ellos es la vida y llegan llorando (...) y se desesperan” (Paradocente E)

La pandemia también habría afectado el uso de tecnologías y redes sociales, aumentando el tiempo que los y las adolescentes pasan frente a una pantalla. Desde la perspectiva de los y las entrevistados/as, lo anterior ha resultado en un aislamiento, por una parte, y un incremento en la comparación con otras personas a través de redes sociales, por otra.

“más con la pandemia, y que están ahí encerrados y que con el computador entonces no hablan” (Apoderada V)

Respecto a esto último, se desprende del relato que la comparación con otros asociada a este incremento en el uso de redes sociales tiene consecuencias negativas para la autoestima del adolescente, pudiendo gatillar ciertas problemáticas tales como trastornos de la conducta alimentaria y/o sintomatología depresiva o ansiosa.

“debido al tema igual por ejemplo pandemia, más redes sociales, más comparación con otras personas también” (Docente MJ)

“(…) eso del tema de la anorexia, todas esas cosas porque ven los ideales ahí y los perjudica” (Paradocente J)

La adolescencia como período de riesgo.

Dentro del relato de los y las entrevistadas la adolescencia en sí misma, como etapa del desarrollo vital, representa un momento de riesgo en cuanto a salud mental y riesgo suicida.

“Yo creo que los niños más grandes están más como expuestos a estas cosas, este tipo de cosas, depresión, cosas así” (Paradocente F)

“los dos casos de mi hijo que son muy diferentes, cachai', pero a la vez los dos son de riesgo porque ponte tú hay uno que tiene 12 y el otro ya tiene 16 (...) va a llegar algún momento que a lo mejor van a llegar a eso...eh, instintos suicidas” (Apoderada J)

En esta línea también, algunos paradocentes asociaron el consumo de sustancias, aunque de manera inespecífica, como un importante factor de riesgo asociado al paso por la adolescencia.

Riesgo suicida de los trastornos de salud mental.

Los y las participantes tendieron a asociar el padecimiento de trastornos de salud mental con un elevado riesgo suicida. Si bien en general no se le atribuye causalidad a ambos eventos, se destaca el rol que pueden jugar los trastornos de salud mental, la depresión en particular, en aumentar el riesgo suicida de un adolescente.

“si andan con alguna depresión, o sea, el riesgo es bastante alto.” (Docente V)

“esta depresión que los lleva hacia esta conversación mayor (suicidio)” (Docente S)

(con la depresión) “ahí puede venir el suicidio, por la mentalidad que es más frágil” (Paradocente F)

2.2.3. Comprensión de factores protectores.

El rol de los vínculos significativos y redes de apoyo.

Los y las participantes relataron la vivencia de distintas situaciones con los y las estudiantes o hijos/as en las cuales ciertos factores aportaron positivamente a la salud mental de los y las jóvenes, actuando como un factor protector. Entre estas, destacan la importancia de los vínculos significativos con pares, parejas y/o figuras relevantes, como por ejemplo profesores. En conjunto con lo anterior destacaron la importancia de generar y mantener una red de apoyo social, así como también el extender estas redes a quienes les rodean.

“gracias a Dios aquí hicieron la escuela de verano, cuando llegué, y mi hijo se hizo amigos” (Apoderada Y)

“yo le digo, yo a ese amigo tuyo yo le tengo que hacerle un altar, igual que al profesor, porque son los únicos que estuvieron como pendiente” (Apoderada J)

Aceptación social disidencias.

En particular refiriéndose a las experiencias que han tenido con adolescentes pertenecientes a la comunidad LGTBQ+, los y las participantes relataron cómo la aceptación social de estos/as jóvenes dentro de su medio social, como la escuela o familia, es vital para mantener una buena salud mental y actúa como un apoyo frente a situaciones complejas que pudiesen gatillar problemáticas de este tipo.

“en un curso (...) Roberto (estudiante trans) por ejemplo y todos me decían “profe, dígame Roberto” y yo decía como “Roberto” y esa persona se ha sentido súper bien últimamente, y está súper participativo, antes no estaba en clases, ahora está conversando en clases, siempre manda audios, saluda en el recreo, entonces como que esa parte, esa aceptación de esa identidad es súper importante” (Docente MJ)

Cohesión familiar.

Un factor que fue mencionado, principalmente por parte de los y las apoderados/as, fue la cohesión familiar. En este sentido, los y las padres y madres destacan la importancia de dedicarle tiempo y atención a sus hijos/as, así como estar disponibles emocionalmente, expresarles afecto y mantener una apertura al diálogo respetuoso y resolutivo frente a conflictos relacionales.

“(…) preocuparse que tu hijo esté feliz, que tenga como no solo lo material (...) no solo que tenga un techo y una cama donde dormir, sino que también cómo está emocionalmente (Paradocente E)

“empecé a interiorizarme un poquito más en mi hija y en acompañarla y en escucharla y así como uno le exige también darle lo que necesita” (Apoderada A)

2.2.4. Escuela como espacio de prevención.

El bienestar del adolescente como prioridad.

Los y las paradocentes consideran el bienestar de él o la adolescente como una prioridad dentro de la escuela y como central para poder ser un espacio de prevención. De la mano con lo anterior, consideran particularmente relevante que la escuela se constituya como un espacio seguro para los y las estudiantes.

“ellos (estudiantes) vienen con una mochila cargada, de su casa, cargadísima (...) que rico que es llegar como a un segundo hogar” (Paradocente S)

“Hay muchos niños que se sienten mejor, muy bien en el colegio” (Paradocente J)

Por otro lado, los y las docentes relatan que desde sus roles en la escuela se perciben como agentes para la promoción de la salud mental de sus estudiantes, lo cual relacionan con la prevención del riesgo suicida.

“(…) desde nuestra labor también lo trabajamos (la salud mental), desde potenciar ciertas áreas de nuestros estudiantes” (Docente T)

Además de lo anterior, señalan que la intervención temprana es clave en estos esfuerzos.

“si tú no pescas’ de forma preventiva a los estudiantes que tienen tendencia (...) va a ser mucho más difícil después en la adolescencia tomarlos y poder eh apoyarlos” (Docente C)

Apoyo psicosocial.

Dentro del relato de todos/as los y las participantes la escuela representa un importante apoyo psicosocial tanto para los y las estudiantes como para sus familias, las cuales muchas veces dependen de la escuela en este sentido.

“es fundamental pa' algunas familias el apoyo del colegio.” (Paradocente E)

De la mano con lo anterior, y más allá de la escuela como institución, los y las docentes constituyen un importante referente de apoyo para las familias y apoderados/as frente a dificultades asociadas a los y las adolescentes.

*“ellos (apoderados) nos ven a nosotros como una red de apoyo en esta situación.”
(Docente T)*

Junto con los y las docentes, el apoyo psicológico que pueden ofrecer los y las psicólogos/as escolares a los y las estudiantes también es considerado relevante y necesario para los y las apoderados/as.

De parte de los equipos docentes y paradocentes existiría una disposición a ayudar al estudiante y su familia en las distintas necesidades asociadas a la salud mental y riesgo suicida que estos puedan tener, lo cual va acompañado de una actitud de preocupación constante, tanto por parte de la escuela como de parte de los docentes y paradocentes individualmente.

*“uno siempre está tratando de ayudarlos a ellos más que nada en lo que necesiten.”
(Paradocente M)*

*“considero que desde el tío de la puerta hasta los profesores son bien preocupados”
(Paradocente P)*

Los y las docentes en particular relatan que desde sus experiencias como profesores mantienen siempre una disposición a dialogar con sus estudiantes respecto a las temáticas que les estén aporalemando, lo cual creen es un importante apoyo para los y las jóvenes, dando cuenta de una disposición a contener emocionalmente a los y las estudiantes cuando lo han considerado necesario.

“me ha tocado varias veces eh estudiantes que se quedan después de clases (...) donde me dicen como ¿profesora podemos conversar? Y ahí me cuentan” (Docente MJ)

En general a lo largo de los relatos fue posible identificar que los y las participantes consideraron estos elementos como claves y necesarios a nivel de comunidad escolar. Si bien en general existió una tendencia a evaluarse positivamente, una de las apoderadas de Renca relató haber vivido lo contrario, dando cuenta de una despreocupación por parte de los y las docentes.

“C (hijo) el otro día (...) me dijo “¿y pa' qué me voy a conectar? si el profesor ni siquiera es capaz de saber cómo están sus alumnos” y te lo juro que me golpeó esa respuesta de un joven de 16 años.” (Apoderada J)

Al ser la única entrevistada con esta experiencia, el relato ofrece una oportunidad para enfatizar en la importancia del rol de los y las docentes, y de la escuela en general, en cuanto a la salud mental de sus estudiantes.

Falta de claridad respecto a los límites del apoyo escolar.

Pese al importante rol que ocupa la escuela en términos de apoyo y como espacio para la promoción y prevención, los y las paradocentes perciben que muchas veces existe una confusión respecto al alcance de este rol. En este sentido, relatan que han tenido experiencias en las cuales los y las apoderados/as tienen expectativas poco realistas en torno al apoyo que puede ofrecer la escuela y demandan de esta alternativas que esta no es capaz de proveer, tales como por ejemplo realizar atenciones psicoterapéuticas.

De la mano con esto, señalan que muchas veces los y las apoderados/as delegan ciertas responsabilidades a la escuela y esperan que esta se haga cargo de ciertos problemas a nivel familiar o personal.

“muchos papás (...) sienten que el colegio es el que tiene que solucionarle todos los problemas.” (Paradocente E)

(sobre los apoderados) “hay excusas, excusas, excusas y al final también le delegaron todo al colegio” (Paradocente S)

2.2. Salud mental.

Tabla 13.

Categorías y sub-categorías eje salud mental.

	Categorías	Subcategorías.
Salud mental	Declive en la salud mental adolescente.	Desafíos en la gestión emocional.
		Percepción de sí mismo/a devaluada.
		Explicaciones del malestar.
		Validación de la vivencia de malestar psicológico.
	Comprensión trastornos de salud mental.	Percepción social estigmatizante.
		Cronicidad vs. recuperación.
		Manifestaciones de trastornos.
	Percepción respecto a la ayuda profesional.	Importancia de la búsqueda de ayuda.
		Beneficios de la ayuda profesional.
		Reticencias frente a la ayuda profesional.
	Precarización de la salud mental en Chile.	La salud mental no es una prioridad a nivel país
		Déficits en la atención en salud mental.
		Salud mental asociada al estatus socioeconómico.

2.1.1. Declive en la salud mental de los y las estudiantes.

Desafíos en la gestión emocional.

En general, en los relatos de los y las entrevistados/as hubo una tendencia a asociar marcadamente la salud mental con las emociones. Destacan los conceptos de regulación y autorregulación emocional, así como el reconocimiento y diferenciación de las emociones. La autorregulación emocional se considera como un punto clave para el bienestar en salud mental de la persona y en particular durante la adolescencia.

Sin embargo, el logro de la autorregulación representa un importante desafío. Los y las participantes destacan que la salud mental de los adolescentes se caracteriza por una falta de autorregulación emocional.

“V (hija) cuando por ejemplo se enoja mucho o se asusta, pasa un momento tenso le

llega a doler el corazón, o sea llega a niveles de estrés, de cortisol enormes (...) se marea y a la cama y tiene que estar una hora en cama porque fue tanto la emoción que la desbordó, que quedó mal (...)" (Apoderada A)

La autorregulación emocional iría de la mano con el proceso de diferenciación y expresión de las emociones. Respecto al primero, se destaca su importancia para la salud mental de los y las adolescente, así como también la dificultad para ser capaces de realizar distinciones entre sus sentires. Por otro lado, se destaca que con frecuencia los y las jóvenes tienden a reprimir sus emociones y sentimientos, lo cual conlleva un importante daño psicológico.

"cuando tú reprimes todas esas cosas finalmente terminas haciéndote mucho daño"
(Apoderada S)

De la mano de la represión de las emociones, existe la percepción de que es particularmente complejo para los y las adolescentes comunicar sus emociones de manera verbal, lo cual muchas veces significa que estas sean manifestadas de manera conductual a través de expresiones de malestar psicológico como llanto o angustia.

"Los niños son muy difíciles que digan "eh, me pasa esto, me pasa esto" no saben ehm, expresar sus emociones ni tampoco de decir lo que realmente sienten" (Paradocente F)

Otra característica que fue asociada a la salud mental adolescente es la baja tolerancia a la frustración, la cual los y las entrevistados/as reconocen en la falta de perseverancia y adaptabilidad en los y las jóvenes. Particularmente, los y las docentes de la comuna de Renca tendieron a enfatizar en este punto, señalando además que perciben una hipersensibilidad frente a problemáticas comunes en esta generación de adolescentes, en contraste con generaciones previas.

"si a mi me gustaba dibujar como hobby me quedé en que era un hobby, pero hay (...) jóvenes que si no lo hacen de manera así genial y experto y no lo exponen en Instagram y no tienen los corazones que quieren, es como algo que "no, yo no sirvo para esto"
(Docente J)

"Hay alumnos que eh pueden tener problemas, y todo el mundo lo puede tomar de diferente manera, pero yo me he dado cuenta que hay niños que son muy, muy sensibles" (Docente J)

Percepción de sí mismo/a devaluada.

Los y las participantes consideran el autoconcepto y autoestima como dos aspectos centrales de la salud mental en la adolescencia. Respecto a ambos, denotan que son dos áreas que han visto afectadas o disminuidas en los adolescentes que les rodean, en particular los y las docentes.

Lo anterior lo ven reflejado principalmente a través de la autoimagen que reportan sus estudiantes e hijos/as, la cual está marcada por una connotación negativa asociada al cuerpo, en particular el peso y/o presentación personal. En consecuencia, existiría una muy baja autoestima entre los y las adolescentes, la cual se ha visto potenciada por el encierro y las

dificultades asociadas a la pandemia.

“al volver al colegio (post-confinamiento) hay una comparación con sus propios compañeros y se escucha “estoy más gordo, estoy más gorda” (Docente MJ)

(sobre las clases y evaluaciones remotas) “el grabarse es un choque súper fuerte, no quieren escuchar su voz, no quieren ni ver sus fotos porque la autoestima está por el piso.” (Docente MJ)

Asociado al concepto de autoestima emerge el concepto de aceptación personal el cual se entiende como el proceso y logro de amarse a sí mismo/a, el cual se plantea puede ser particularmente desafiante para un adolescente.

Explicaciones del malestar psicológico adolescente.

En general en el relato de los y las docentes y paradocentes destaca la percepción de que ha aumentado la frecuencia e intensidad de problemas de salud mental en jóvenes adolescentes, lo cual se asocia a los distintos componentes anteriormente mencionados.

(sobre los problemas de salud mental en el colegio) “Yo creo que ha aumentado.” (Paradocente J)

“a mi desde que llegamos en septiembre se me han puesto a llorar tres (estudiantes)” (Docente F)

Los y las participantes concuerdan en que la pandemia ha tenido un costo psicológico importante en la salud mental de los y las adolescentes. Destacan que han percibido dificultades a nivel afectivo en los estudiantes e hijos/as, las cuales se han manifestado en un estado de desánimo y malestar psicológico.

“Es una pandemia de salud mental” (Docente C)

“Ellos están en otro mundo en este minuto. Yo los veo muy afectados (...) los veo como afectados” (Docente V)

Los y las participantes perciben que este malestar psicológico se traduciría en diversas manifestaciones conductuales, las cuales van desde el extremo de la indiferencia y pasividad hasta la agresividad y oposicionismo. En particular desde la docencia, los y las profesores/as relatan encontrarse frecuentemente con jóvenes con este tipo de comportamientos polarizados, los cuales también se han visto exacerbados con la pandemia.

“mi otro hijo (...) ha tenido actitudes súper agresivas y (...) de frustración por el hecho de la pandemia” (Apoderada A)

“(...) en la forma de reaccionar, una reacción violenta ¿ya? Y otro extremo, una reacción extremadamente pasiva.” (Docente V)

Además de lo anterior, algunas participantes reconocen y comprenden que existen diversas situaciones que podrían estar detrás de este tipo de actuar en los y las adolescentes, entendiendo que la historia de vida de cada quién gatilla ciertos tipos de comportamientos.

Validación de la vivencia de malestar psicológico en el o la adolescente.

Del relato tanto docentes como apoderados/as se desprende una validación respecto a la vivencia de emociones negativas por parte de los y las adolescentes. En este sentido, relatan que en general perciben que existe una presión social por “estar bien”, especialmente durante la adolescencia, dejando poco espacio para vivir emociones negativas de manera no culposa.

“ellos (estudiantes) (...) siempre deben estar bien, no hay espacio para sentirse mal, y es como, "ustedes son humanos"” (Docente MJ)

“los hijos también se enojan así como uno, yo de repente me quejo "estoy cansada, tengo pena, tengo un problema"-los niños también” (Apoderada A)

Así, relatan que muchas veces la vivencia de malestar psicológico y sus distintas manifestaciones tiende a ser reprochada e invalidada a nivel social.

“la sociedad te obliga a que hay ciertas cosas que no está permitido sentir o que es malo sentir o que no se debe sentir” (Apoderada S)

“en salud mental (...) está el factor sociedad, el castigo de la sociedad por sentirte mal” (Apoderada A)

2.1.2. Comprensión de trastornos de salud mental.

En general, existe una tendencia a hablar de trastornos de manera general, es decir, sin especificar trastornos particulares. Cuando se especifica, típicamente se habla de la depresión, diagnóstico que aparece como el más familiar transversalmente dentro de los discursos. Los y las entrevistados/as también reportaron tener experiencias cercanas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos del espectro autista (TEA), pero hablaron de estos de manera más anecdótica.

Percepción social estigmatizante.

Uno de los aspectos centrales en el relato es la idea de que existiría una percepción social estigmatizante respecto a los trastornos de salud mental y hacia quienes los padecen, percepción con la cual los y las entrevistados/as no están de acuerdo. En este sentido, desde las historias de cada participante se traslucen distintas connotaciones sociales de los trastornos de salud mental, tales como la asociación con la locura, o los sentimientos de vergüenza y culpa, por nombrar algunas.

(respecto a la vivencia de TCA) “de esos sentimientos, de pensar de que todos me iban a apuntar con el dedo por lo que estaba haciendo” (Apoderada C)

“la persona que tiene problemas mentales generalmente la tratan de loco” (Apoderada A)

Cronicidad vs. Recuperación.

Por otro lado, existe una creencia dicotómica respecto al curso de los trastornos de salud mental en tanto se distinguen entre trastornos de los cuales es posible recuperarse y trastornos de carácter endógeno y por tanto permanentes o crónicos. Los factores que median la recuperación de los trastornos de salud mental se asocian al desarrollo psicológico asociado a

la etapa evolutiva en la cual está el adolescente y la adquisición de herramientas que permitan superar la crisis.

“Eventualmente cuando la persona se desarrolla más puede no presentar este tipo de problemas más adelante” (Apoderada S)

“si tienen ciertas herramientas (...) las pueden superar” (Apoderada S)

Otro aspecto en torno a la recuperación y superación de trastornos de salud mental que surge del relato de los y las participantes es la idea de que es necesario que exista un cambio de actitud por parte de la persona que los padece. En este sentido, fue posible evidenciar un discurso alegórico a “él que quiere, puede”. Se asocia así la vivencia de ciertas crisis psicológicas con la perspectiva bajo la cual el individuo afectado está mirando dicha problemática, siendo implícito que es necesario hacer un cambio de perspectiva para poder seguir adelante.

“A los chicos les digo “cuando estai' con depresión es como saltar una ola, si tú viene la ola y te agachai' te va a llevar. Salta, salta un poquito, y a lo mejor si lo ves desde arriba te das cuenta que el problema no es tan grande” (...)” (Docente F)

Manifestaciones.

En cuanto a las manifestaciones de los trastornos de salud mental, los y las entrevistados/as reconocen la existencia de ciertos estereotipos, en particular respecto a cómo se debiese presentar una persona depresiva, asociándolo a un evidente estado de tristeza o angustia. Destacan que es importante tener esto en mente y comprender que no todas las personas que padecen de depresión se muestran de una manera en particular. En este sentido, la depresión se entiende como algo graduado y episódico, es decir, que puede mostrarse con distintos grados de intensidad y que puede aparecer de manera episódica a través del curso del trastorno y la vida del sujeto.

“uno piensa que cuando tiene depresión es que uno la va a ver y va a estar triste, va a estar llorando (...) no po', son episodios que a veces les dan más fuerte” (Paradocente F)

Entre las distintas manifestaciones de la depresión, desde la experiencia de los y las docentes se desprende la desmotivación académica como un síntoma. En este sentido, visualizan la falta de compromiso y desinterés con lo académico, la baja participación en clases, el bajo rendimiento y el riesgo de deserción escolar como manifestaciones escolares de un cuadro depresivo.

“falta de interés eh (...) hay chicos que no han presentado pero absolutamente nada, completamente desconectados de sus responsabilidades, completamente desconectados. Entonces yo creo que ese estudiante puede estar en un cuadro depresivo.” (Docente V)

Por otro lado, si bien se reconoce que existe una asociación entre la depresión y el riesgo suicida, se cree que no necesariamente van de la mano.

*“no todas las personas depresivas (...) necesariamente piensan en el suicidio”
(Docente S)*

2.1.3. Percepción respecto a la ayuda profesional.

Importancia de la búsqueda de ayuda.

Los y las participantes coinciden en que es necesario considerar la búsqueda de ayuda como una opción frente a la vivencia de dificultades psicológicas, especialmente durante la adolescencia. A propósito de las experiencias de vida de los y las entrevistados/as, se asocia la búsqueda de ayuda con la sensación de alivio y apoyo, así como también se releva la importancia de la búsqueda de ayuda oportuna.

“Yo le digo que no, nada malo en ir a visitar al psicólogo” (Apoderada Y)

Beneficios de la ayuda profesional.

En general la ayuda profesional se percibe como beneficiosa en la medida en que permite superar crisis a nivel psicológico, ser un apoyo para problemáticas de salud mental y motivar cambios importantes y positivos en la vida del adolescente. En este sentido, se le otorga un sentido de importancia y necesidad a la ayuda profesional en salud mental.

“en realidad es que psicólogos y psiquiatras ayudan bastante” (Apoderada I)

*“obviamente que los procesos son necesarios que los guíe una persona (profesional)”
(Apoderada C)*

Reticencias.

Pese a lo anterior, permanece aún una cierta reticencia asociada a la búsqueda de ayuda profesional, la cual se ancla en el aún prevalente paradigma médico, el cual instala una cierta frialdad en la atención, generando sentimientos de rechazo. Sin embargo, existe la percepción de que ha existido un cambio en los últimos años que acerca el profesional a la persona, lo cual es particularmente importante para la atención de niños, niñas y adolescentes.

“he escuchado a muchos niños decir “¡no! es que yo no quiero ir al psicólogo porque el psicólogo me va a retar!” o “el psicólogo solamente me va a criticar” (Apoderada A)

Cabe destacar que del discurso de los y las apoderadas de Renca surge la idea de que la ayuda informal, otorgada principalmente por las figuras parentales, puede ser más útil e integral que aquella profesional. Sin embargo esta no fue una creencia transversal a todos los grupos o comunas.

*“a lo mejor sí, necesita una parte (...) médica, pero creo que la mejor es la de nosotros. Nosotros ya hemos vivido y hemos pasado por distintas etapas de nuestras vidas”
(Apoderada V)*

2.1.4. Precarización de la salud mental en Chile.

La salud mental no es una prioridad a nivel país.

En general, hubo un consenso entre los y las entrevistados/as respecto a que la salud mental a nivel país no se posiciona como una prioridad, lo cual se manifiesta tanto a nivel

institucional como en las acciones individuales, las cuales muchos/as han vivenciado personalmente.

“en Chile, bajo este modelo político y este modelo económico, la salud mental no es prioridad y es así de simple” (Docente F)

“hay personas que le dan prioridades a otras cosas (...) que no consideran que la salud mental es muy importante” (Paradocente J)

En este sentido existe una percepción de que es necesario realizar un cambio a nivel estructural para enfatizar y promover la salud mental, especialmente en el caso de los y las adolescentes.

“yo creo que las instituciones son las que tienen que de verdad poner énfasis en la salud mental de los niños” (Paradocente B)

Los y las entrevistados/as perciben también que este tema es uno incipiente y que si bien actualmente está ganando su espacio a nivel social e institucional, aún queda concientizar más al respecto. Respecto a esto, existe en general se considera que la pandemia ha sido una crisis que como tal ha relevado la salud mental y ha impulsado una mayor concientización en torno al tema.

“(...) siento que el tema de la salud mental es algo que está recién empezando” (Paradocente M)

Déficits en la atención en salud mental.

El punto anterior se ve particularmente reflejado en los déficits en cuanto a la atención en salud mental en Chile. En este sentido, los y las entrevistados/as dejan ver en su relato las distintas experiencias y percepciones asociadas a la atención en salud mental que dan cuenta de lo relegada que se encuentra. En primer lugar, consideran que existe una alta demanda de atención en salud mental profesional y enfatizan en la importancia de acceder a esta de manera oportuna.

“falta mucho apoyo, porque hay mucha gente que necesita (atención en SM) ahora mismo” (Paradocente E)

“la segunda vez con el psicólogo (...) lo primero que le preguntaron (si había tenido comportamientos suicidas). No, no ha llegado a ese extremo, pero ¿qué espera? ¿que llegue a ese extremo para yo pedirte una hora?” (Apoderada J)

Pese a la necesidad existente, señalan que perciben que la oferta de atención en salud mental actual es insuficiente, lo cual ven reflejado en una falta de especialistas de salud mental.

“faltan psicólogos, faltan psiquiatras, faltan especialistas en niños, faltan tratamiento a los chicos con TEA” (Docente F)

En esta misma línea, una de las apoderadas relató que existe una gran dificultad para acceder a horas de atención así como dificultades para darle continuidad a los procesos de atención psicoterapéutica, lo cual también se asocia a la ineficiencia en la gestión de las horas disponibles.

“yo tengo dos hijos, eh que estamos en procesos psicológicos, ha sido un caos conseguir una hora.” (Apoderada J)

“(…) (a mi hijo) le tocó una psicóloga, “ah, chuta, no veo niños”, ¡pum! me lo derivaron a otra y así. Después, chuta, vino la pandemia, y no se acordaron nunca más hasta marzo del año pasado, que lo toma otro, donde hay otro proceso que tenía que volver a iniciar todo” (Apoderada J)

Finalmente algunos/as docentes y paradocentes señalan percibir que el trabajo en red, es decir los procesos de derivación así como la respuesta coordinada entre distintas instituciones frente a problemáticas de salud mental en adolescentes, es ineficiente y burocrática, entrapando aún más el acceso a atención en salud mental.

“nosotros podemos actuar súper rápido, pero las redes no lo van a hacer de manera eficiente” (Docente T)

Salud mental asociada al estatus económico.

Del discurso de los y las entrevistados/as se desprende que lo anterior estaría inevitablemente relacionado con un tema socioeconómico. En este sentido, la ineficiencia y poca disponibilidad de atención en salud mental se asocia al sistema de salud público, mientras que en el sistema de salud privado se percibe una mayor disponibilidad. Sin embargo, la alternativa de consultar a través del sistema de salud privado se ve obstaculizada por la escasez de recursos debido al alto costo que representa para las familias, y por ende, muchas veces resulta inalcanzable optar por esta vía.

“de repente a las familias le falta los medios para llevar a los niños” (Paradocente P)

“en Chile enfermarse psicológicamente es sumamente caro” (Docente F)

“(…) la gente que tiene más recursos es diferente en ese aspecto, no quiero decir que los niños no tengan problemas (…) también. Pero tienen como más disponibilidad y cosas así” (Paradocente E)

2.3. Suicidio.

Tabla 14.

Categorías y sub-categorías eje suicidio.

	Categorías	Subcategorías
Suicidio	Comprensión del comportamiento suicida.	Autolesiones como respuesta al dolor psíquico.
		Autolesiones como señal de alerta vs. llamado de atención.
		Autolesiones como fenómeno frecuente vs. fenómeno inesperado.
		Normalización de la ideación suicida entre adolescentes.
		Riesgos de la ideación suicida.
		Desesperanza

Estrategias de prevención del riesgo suicida.	Vigilancia.
	Reconocimiento.
	Protocolos y redes de derivación.
	Relevancia del trabajo en equipo
Actitudes frente a sus roles.	La docencia como labor psicosocial
	Límites de la labor psicosocial
	Carga emocional de la labor.
Aprendizajes.	Aprendizaje a través de la experiencia.
	Importancia del aprendizaje a través de instancias formales.
	Necesidad de impulsar instancias formales de aprendizaje.
	Importancia de concientizar a la comunidad educativa.
Conocimientos y habilidades por adquirir.	Habilidades de reconocimiento
	Habilidades de contención emocional
	Conocimientos sobre la derivación.

2.3.1. Comprensión del comportamiento suicida.

Autolesiones como respuesta al dolor psíquico.

Existe la creencia de que las autolesiones son el resultado, o una respuesta desesperada, frente a la vivencia de dolor psíquico. En este sentido, las autolesiones se reconocen principalmente como cortes autoinflingidos en la piel cuya intención es contrarrestar el dolor a nivel emocional o bien, una manera de desahogarse frente a una situación estresante o conflictiva y encontrar alivio.

“tienen tanto dolor como por dentro que (...) al cortarse eh... quitan el dolor de adentro y están con el dolor físico, el emocional (...) se bloquea” (Paradocente E)

“ella (hija) la manera de explotar, se juntaba con unos amigos y se, se cortaban los brazos” (Apoderada C)

Autolesiones como señal de alerta vs. llamado de atención.

A lo largo de los relatos fue posible identificar ciertas creencias respecto a la gravedad que representan las autolesiones. Así, en general los y las participantes señalan sentirse confundidos/as a la hora de interpretar las autolesiones. Por un lado, perciben que este fenómeno puede ser interpretado como una señal de alerta seria y por otro lado, puede considerarse como un mero “llamado de atención”.

“uno puede decir “ah, es un llamado de atención” pero ¿qué tal si no?” (Docente T)

Fenómeno frecuente vs. inesperado

Los y las docentes reportan encontrarse con estudiantes que se generan autolesiones de manera recurrente. Aun así, más de una vez se han visto sorprendidos por este tipo de comportamiento el cual en algunos estudiantes les resulta inesperado. De manera similar, algunos apoderados/as visualizan las autolesiones como el tipo de eventos que no esperarían sus hijos/as vivenciaran.

“muchas veces eh (las autolesiones) puede suceder con estudiantes que pensábamos que no podían tener estas dificultades y aun así” (Docente T)

(cuando se enteró que su hija se estaba autolesionando) “(...) yo dije “¿qué está pasando?” porque de verdad uno piensa que no, que no va a pasar esas cosas en su casa” (Apoderada C)

Normalización de la ideación suicida entre adolescentes.

Los y las docentes señalan que existiría una normalización respecto a la ideación suicida entre adolescentes la cual se vería reflejada en sus discursos, a través de los cuales los y las jóvenes transmiten estas ideas de manera casual, muchas veces disfrazadas como bromas o comentarios irónicos.

“Está normalizado, es como que “si no me resulta eso me mato”, es como un discurso” (Docente C)

“(...) algunos estudiantes que directamente decían “profesora las ganas de vivir que ya se me están yendo” así como entre broma y broma” (Docente MJ)

Cualquier ideación suicida conlleva riesgo.

Pese a la trivialidad con la que los y las docentes escuchan hablar a sus estudiantes, señalan que es vital no desestimar este tipo de manifestaciones.

“una persona que dice que me voy a matar (...) uno no puede no creer, tiene que creerlo” (Docente N)

“uno no puede decir por ejemplo “ah, me voy a matar” ah está puro leseando, no (...) puede ser probable, está dentro de la probabilidad” (Docente C)

Similar a como sucede con las autolesiones, en este caso si bien señalan que es complejo distinguir cuando el o la estudiante está hablando en serio, se debe considerar siempre como una señal de alerta grave.

Desesperanza.

Las creencias en torno al comportamiento suicida entre los y las entrevistados/as, en particular entre docentes, tuvieron como creencia central que, tanto la ideación como los intentos suicidas, responden a un sentimiento generalizado de desesperanza en él o la adolescente, frente a lo cual el suicidio representa un escape o solución.

“ella (estudiante) solamente es como “la mejor forma para mí es morir, chao”” (Docente MJ)

“O sea (...) me voy a matar porque ¿para qué voy a seguir viviendo?, ¿qué vale la pena?” (Docente F)

2.3.2. Estrategias de prevención del suicidio a nivel de comunidad educativa.

Los y las miembros de la comunidad educativa identifican ciertas estrategias para la prevención del suicidio adolescente dentro del contexto escolar, las cuales a partir de sus relatos se agrupan en vigilancia, reconocimiento, contención emocional y derivación.

Vigilancia.

En todos los grupos focales la vigilancia aparece como un elemento clave para la prevención del riesgo suicida adolescente. Se considera que la escuela debiese tener un rol prioritario al ser un espacio en donde los y las adolescentes pasan gran parte de su jornada. Tanto docentes como paradocentes señalan mantener una actitud de vigilancia en sus labores diarias, poniendo especial atención al comportamiento de los y las estudiantes e intentando visualizar señales de alerta en caso de haberlas.

“siempre todo el equipo anda como alerta, pendiente.” (Paradocente J)

“hay que estar alerta” (Docente N)

Como se mencionaba anteriormente, los y las participantes consideran que la cotidianidad de la convivencia con los y las estudiantes posiciona a los y las docentes y paradocentes en una posición privilegiada para la vigilancia de los y las jóvenes.

“(...) estamos acá ¿Cuántas horas con ellos? Todos los días o casi todos los días, (...) estos tiempos también nos dan (...) para observar” (Docente S)

Por su parte, los y las apoderados/as también perciben tener un rol relevante en cuanto a la vigilancia dentro de sus hogares.

(frente al comportamiento suicida) “nosotros como papás tenemos que estar atentos.” (Apoderada C)

Pese a lo anterior, y de manera transversal, existe la creencia de que la vigilancia dentro del contexto educativo tiene limitaciones contextuales y logísticas que se perciben como inescapables, ya sea por la cantidad de estudiantes de los cuales se está a cargo o la carga laboral.

“(...) tienes 45 pelafustanes delante de ti, 45 alumnos que los quiero mucho (...) tienes que tener los sentidos puestos en varios, y cuesta” (Docente F)

“ellos no pueden abarcar imagínate ¿cuántos alumnos serán? abarcar todo lo que le pasa a cada alumno” (Apoderada CA)

En particular, algunos/as docentes destacan que la pandemia ha impactado negativamente en la vigilancia, ya sea por la ausencia de clases presenciales o por las medidas sanitarias vigentes al momento de realizar la investigación. En este sentido, se habrían limitado los espacios en los cuales previamente era posible vigilar con atención y consistencia a estudiantes que presentaran dificultades.

“Hay varias manifestaciones con respecto al suicidio y calidad de vida que no vemos producto de la pandemia” (Docente F)

De la misma forma, los y las participantes señalan que existen limitaciones en la vigilancia por parte de apoderados/as las cuales se relacionan con una falta de preocupación y/o desatención por parte de estos, o bien por dificultades contextuales asociadas, por ejemplo, a la carga laboral de las figuras parentales.

“Mi trabajo era justo cuando las niñas llegaban del colegio y me iba y yo no sabía qué pasaba y ahí todo en esos casos pasó lo que pasó con mi hija” (Apoderada C)

Reconocimiento.

Los y las participantes destacan que es relevante que la escuela, como institución y comunidad, sea capaz de reconocer cuando sus estudiantes están pasando por dificultades a nivel de salud mental y eventual riesgo suicida.

“Ella (hija) hoy es una niña sana, sana, gracias a ese (...) despertar que hizo el colegio de llamarnos y decirnos “¿sabe qué? algo está pasando aquí”(...)” (Apoderada C)

En general, todos los grupos relatan eventos en los cuales se han puesto en juego sus habilidades para reconocer problemáticas de salud mental y comportamiento suicida, así como también los conocimientos más teóricos que poseen respecto al tema.

“Hay ciertas cosas que uno ve niños que ehm uno cree que puede ser algo mmm algo muy diminuto pero es muy importante (...) Es una alerta, así “oye aquí estoy, me está pasando algo” (Paradocente E)

“(los adolescentes) empiezan a hacer ciertas cosas que es como “oye pero ¿por qué este cabro está más gritón?” “¿por qué este cabro está más llorón?” “¿por qué este cabro está más agresivo?” y es importante indagar ahí un poquito más” (Apoderada A)

Similar a como sucede con la vigilancia, la cotidianidad y la convivencia constante les posiciona en un lugar privilegiado para poder darse cuenta de cuando un estudiante necesita ayuda o está pasando por una situación compleja.

“Al pasar tanto tiempo con ellos (...) somos muchas veces quienes nosotros nos damos cuenta, incluso a veces antes que los papás, cuando hay algún tipo de complicación o algún tipo de problema en relación a la salud mental de nuestros estudiantes” (Docente T)

Primera respuesta, protocolos y redes de derivación.

Respecto a la respuesta en momentos de crisis, en general son los y las docentes quienes se ven más comúnmente en la necesidad de contener emocionalmente a los y las estudiantes y quienes perciben que es relevante tener estas habilidades.

“(se deben) decir cosas asertivas, asertivas en el momento cuando está en ese momento, porque al final uno no saca nada con decir ehm “no, tranquilo, todo va a estar bien”” (Docente C)

Los y las docentes y paradocentes destacan la importancia de ser capaces de derivar cuando sea pertinente así como también el conocer y manejar con facilidad los protocolos que existan para sus respectivos roles y comunidades.

“derivar, yo creo que la derivación es lo más importante” (Docente N)

“nosotros (...) la manera que actuamos es derivarlo donde, donde nos indicaron que es el inspector” (Paradocente J)

Consideran el activar la red de derivación asociada al protocolo como un elemento clave a la hora de prevenir el comportamiento suicida y riesgo suicida.

“En todos esos casos se ha derivado con psicólogo, se ha avisado los protocolos y eso permitió igual generar una red, entrevistas, para que los estudiantes después tengan más ayuda aquí en el colegio, los profesores estén al tanto de la situación y que también aquellas personas puedan asistir al psicólogo, psiquiatra, según corresponda.” (Docente MJ)

Relevancia del trabajo en equipo.

Un aspecto que aparece solo en el relato del equipo paradocente de la comuna de Renca, pero con gran protagonismo, es la relevancia del trabajo interdisciplinario coordinado entre los distintos estamentos de la comunidad educativa.

“Cuando hay un protocolo de emergencia los inspectores, los asistentes que están cerca, las secretarías arriba llamando al apoderado y el inspector y osea hay una unión entre profesor, asistente y equipo directivo” (Paradocente E)

“(...) yo creo que somos un buen equipo, porque todos nos comunicamos, aunque seamos de mantención, aunque sean las tías” (Paradocente M)

2.3.3. Actitudes frente sus roles como docentes y paradocentes en la prevención del suicidio adolescente.

La docencia como labor psicosocial.

Los y las docentes perciben tener un importante rol en torno a la prevención del suicidio adolescente, el cual se asocia al inherente rol psicosocial de la docencia.

“La pedagogía es una carrera social, independiente de lo que estés ejerciendo, sea ciencia, matemáticas, pero tú como persona estás haciendo un rol social pero importantísimo” (Docente C)

Junto con lo anterior perciben una responsabilidad asociada a la docencia, puesto que muchas veces sus acciones pueden tener un impacto, positivo o negativo, en el bienestar de sus estudiantes.

“(como profesor) Le dices mal una palabra a un chico y lo mataste, lo marcaste pa’ toda su vida y de la misma forma puedes levantarlo a las nubes diciéndole una cosa tan simple.” (Docente F)

Límites de la labor psicosocial.

Pese a la importancia que pueda tener el rol psicosocial que juegan desde su labor como profesores/as en la prevención del riesgo suicida adolescente, algunos docentes creen que existe un imaginario social equivocado respecto a estos, el cual muchas veces está marcado por el sacrificio y la entrega emocional hacia sus estudiantes, con exigencias que no les corresponderían y una inevitable diversificación de sus labores.

“(...) la gente piensa que el profe es mártir” (Docente F)

“Creo que los profes que en esta etapa tenemos que tener tantas condiciones pa' ser profe, demasiadas, ya se nos pide de todo” (Docente N)

“(...) ¿Por qué tengo que inmiscuirme en cosas que para eso está el trabajador social, el psicólogo?” (Docente F)

En esta línea, los límites laborales formalmente establecidos muchas veces se difuminan ante estas exigencias y presiones.

“Muchos profes cometen el error, esto lo digo como profe con veinte años de experiencia (...) que creen que los alumnos son sus hijos, y de hecho les dicen mis niños. No, no son tus niños, son alumnos, tu pega, punto” (Docente F)

“Desde la teoría nosotros debiésemos educar, pero también como somos quienes (...) estamos siempre ahí como en primera línea, siempre con los chicos, siempre con los estudiantes” (Docente T)

Por otro lado, también consideran que si bien son capaces de tener un rol protagónico en esta temática existirían ciertas limitaciones estructurales que los hacen sentir atados de manos respecto a su aporte.

“(...) la impotencia desde qué tanto podemos hacer.” (Docente T)

“Mi aporte más allá del protocolo se disipa cuando no están las condiciones requeridas para solucionar esto” (Docente F)

Carga emocional de la labor.

En línea con lo anterior, las labores como docentes y paradocentes se ven inevitablemente cargadas emocionalmente.

(como docentes) “Tendemos a ser como el primer eslabón dentro de lo que es la contención sobre todo y eso también genera, querámoslo o no, una sobrecarga (...) en nuestra labor.” (Docente T)

Lo anterior conlleva un importante impacto a nivel psicológico para los y las docentes y paradocentes, especialmente cuando les ha tocado lidiar de primera mano con comportamientos suicidas en los y las estudiantes,

“Emocionalmente, nosotros claro en el día (...) actuamos, pero igual uno después llega a la casa y dice “uff, que fuerte”” (Docente T)

(sobre un intento de suicidio en la escuela) “(...) fue traumático para todos (...) para todos los funcionarios de acá” (Paradocente J)

Excepcionalmente, una de las paradocentes relató que las experiencias de este tipo eventualmente le generaron una cierta desensibilización.

“Eso igual me ayudó como a madurar y a fortalecer mi- los sentimientos porque uno también no lo toma (...) tan como que le complique a uno.” (Paradocente M)

2.3.4. Aprendizajes.

Aprendizaje a través de la experiencia.

Los conocimientos y habilidades de los y las docentes y paradocentes emergen desde distintas instancias. Entre ellas destacan la experiencia laboral y la cotidianidad como la principal fuente de aprendizaje.

“Jugamos yo creo con un poquito con el instinto, con, con ese olfato que vamos adquiriendo con los años desde, desde nuestra labor” (Docente T)

“Yo creo que estamos aprendiendo todos los días (...) por la experiencia, porque lo mismo que dice la tía, todos los días pasan cosas distintas” (Paradocente P)

Por otro lado, el aprendizaje entre colegas también es un medio a través del cual han podido adquirir ciertos aprendizajes en torno al tema. La experiencia personal también representa una fuente de aprendizaje, especialmente desde la crianza y sus roles parentales.

“Yo ya crié dos, dos adolescentes, si que también, o sea la experiencia igual sirve y uno la aplica acá.” (Paradocente M)

Importancia del aprendizaje a través de instancias formales.

Pese al conocimiento práctico, los y las docentes señalan que no se sienten en calidad de expertos respecto a estas temáticas.

“Ninguno de nosotros va a ser especialista en tratar un tema (de salud mental) en profundidad” (Docente C)

“Cuando se habla de salud mental muchas veces no, uno dice “pucha no soy psicólogo, no entiendo tanto”” (Docente T)

Lo mismo es cierto para los padres y madres, quienes muchas veces se perciben sin las habilidades necesarias.

“Yo tuve que tomar la acción de mamá y psicóloga, no siendo psicóloga” (Apoderada J)

Respecto al aprendizaje formal, los y las docentes y paradocentes de la comuna de Renca relatan haber participado de instancias formativas respecto a salud mental y riesgo suicida adolescente, las cuales fueron gestionadas e impartidas por la institución.

“El colegio nos hizo una charla igual sobre el tema de salud mental y el riesgo de suicidio adolescente y protocolo (...)” (Docente MJ)

“Constantemente nosotros tenemos como charlas cada cierto tiempo nos van haciendo” (Paradocente P)

En general los y las paradocentes de Renca relatan sentirse satisfechos/as con la formación que han recibido y a través de sus discursos queda en evidencia cómo eso ha impactado positivamente en sus labores y se ha traducido en una mayor eficiencia y capacidad de reacción frente a situación de crisis.

(respecto a un intento de suicidio en la escuela) “(...) como nosotros gracias a Dios no, nos han educado bien en todo esto, mi amiga, mi compañera la vio caer y reaccionó de una manera muy, muy eficiente, corrió, corrió llegó hasta el SAPU” (Paradocente J)

Necesidad de impulsar instancias formales de aprendizaje.

Por otro lado, los y las paradocentes y docentes de la comuna de María Pinto relataron no haber tenido instancias de ese tipo.

“Yo no recuerdo que hayamos realizado algún tipo de instancia así enfocada, focalizada 100% a lo que es el tema de la salud mental y, y la prevención del suicidio adolescente, no” (Docente T)

“Nunca hemos tenido un curso, así como tan específico así sobre suicidio” (Paradocente F)

En general, todos y todas coincidieron en que es necesario que se implementen instancias formales de aprendizaje. Sin embargo, quienes menos capacitados/as se sentían fueron quienes más énfasis hicieron en este punto, es decir los y las participantes de la comuna de María Pinto, así como los las apoderados/as y algunos/as docentes de Renca.

“A mí me gustaría que me capacitaran más” (Docente F)

“(es necesario prepararnos en nosotros para enfrentarnos a estas situaciones y no trabajar desde el instinto.” (Docente T)

“De la depresión, los estados de animo o sus relaciones familiares (...) si bien (...) en orientación o consejo de curso se trabajan algunos temas (...) recibir (...) orientaciones mas específicas en relación de cómo trabajar estos temas, pero orientados hacia el tema mayor del suicidio.” (Docente S)

En particular los y las apoderados/as dieron cuenta a través de sus experiencias un desconocimiento respecto a las instancias de aprendizaje y recursos disponibles en sus comunidades.

“El no saber dónde golpear puertas” (Apoderada J)

“Eso también hizo falta, el no haber tenido el centro de padre, estas charlas donde se dieran estas cosas para la juventud, para apoderados” (Apoderada J)

Los y las apoderados/as tendieron a relevar ciertos aspectos en sus discursos respecto al tipo de instancias que creen son importantes se generen. Así, destacan la importancia de la presencialidad y la creación de instancias horizontales, de conversación y convivencia con otros/as apoderados/as.

*“Una instancia de escuchar, resolver, compartir y crecer juntos como personas”
(Apoderada A)*

En ese sentido, algunos/as apoderados/as destacaron el mismo espacio de conversación que se gestó en el grupo focal como algo valioso y necesario.

Los y las docentes y paradocentes coincidieron en la importancia de incluir a los y las apoderados/as en cualquier iniciativa de orientación y capacitación, considerando necesario que estos/as desarrollen habilidades que perciben les hacen falta.

“Algo que falta es (...) poder orientar a la familia” (Docente T)

“Yo creo que (es importante) educar y capacitar a los apoderados” (Paradocente J)

“Yo creo que a través de talleres y así nosotros mismos (...) podemos enseñarles a los papás también, a que ellos también tengan herramientas para ver si su hijo está pasando por algo” (Paradocente F)

Importancia de concientizar a la comunidad educativa.

Junto a la capacitación, algunas de las docentes destacan la importancia de concientizar respecto a la temática en general, puesto que no es un tema que actualmente tenga la relevancia necesaria a nivel educacional.

“El tema de la prevención del suicidio (...) no es tema dentro de nuestro del sistema educacional” (Docente R)

Estos esfuerzos por concientizar debiesen dirigirse tanto a la familia y estudiantes como también a los equipos de la comunidad educativa.

“(es importante) que la familia y también los estudiantes comprendan que no es un tema tabú” (Docente T)

“(...) si fuese impuesto, claro podríamos estar todos ahí, pero yo creo que tiene que nacer principalmente desde el interés real de trabajarlo, de ser conscientes de la importancia y no por cumplir o no por “me dieron esta capacitación” (...)” (Docente T)

2.3.5. Conocimientos y habilidades por adquirir.

Habilidades de reconocimiento.

Los y las docentes y paradocentes, coinciden en la importancia de tener las herramientas adecuadas para poder reconocer cuando un estudiante necesita ayuda.

“Yo creo que para todos es necesario saber todo ese tipo de cosas (...) yo creo que todos deberíamos tener eso, (...) nosotros, los apoderados, los profesores, todos, todos los que estamos en contacto con niños deberíamos de saber eso.” (Paradocente F)

“Tener las herramientas como para detectar esta eh, estas conductas, es importante” (Docente S)

Pese a esta importancia, relatan que perciben un déficit en sus habilidades de reconocimiento, lo cual se vivencia como una limitación para su quehacer y para percibirse como competentes en la prevención del riesgo suicida adolescente.

“(...) a lo mejor desde la vocación y desde la empatía (...) lo podemos hacer, pero no sabemos con certeza si lo estamos haciendo bien, no sabemos si tenemos las estrategias adecuadas para detectar eso” (Docente M)

Muchas veces lo asocian al sentido de responsabilidad que conllevan sus roles y les genera una sensación de malestar, preocupación y culpa.

“Sentimos cierta culpabilidad, si no escuché, no vi, no sentí, no me di cuenta” (Docente M)

“El tema me preocupa, (...) quizás haber estado en contacto con alguno de los niños y no darme cuenta de la situación que está enfrentando” (Docente S)

“(...) decís “pucha, pasé por al lado de él, no me di cuenta, pensé esto, podría haber hecho esto otro”.” (Paradocente F)

En este sentido, reconocen en sí mismos/as en qué áreas requieren mayor formación con tal de ser agentes más activos, entre las cuales destacan el ser capaces de reconocer los signos de alerta del comportamiento suicida.

“Saber (...) qué conductas son en las que me debo fijar (...) tener alerta de a dónde apuntar cuando pudiese llevar a estas situaciones que son más complejas en el tema del suicidio en los chiquillos” (Docente S)

“Me gustaría que me dijeran por ejemplo fíjate en esto, en esto y en aquello” (Docente F)

Habilidades de contención emocional.

La contención emocional es típicamente entendida como la respuesta que dan los y las docentes y paradocentes frente a un estudiante en una situación de crisis. En este sentido, los y las docentes tienen dudas respecto a qué tanto pueden acercarse y cómo hacerlo de la mejor manera, muchas veces temiendo empeorar la situación.

“(...) uno dice la experiencia de uno, uno acoge, uno hace cariño, pero no sabe si, si va a ser la respuesta correcta.” (Docente N)

En particular respecto a las eventuales crisis asociadas al riesgo suicida, los y las participantes de María Pinto fueron quienes menos preparados/as se sentían.

“(...) siento también, que de manera personal, estoy súper carente con respecto a, a herramientas para poder enfrentar una situación así.” (Docente R)

“(...) siento que no tengo las herramientas como para abordar efectivamente una situación compleja como esa” (Docente S)

Similar a como sucede con el reconocimiento, los y las participantes reconocen ciertos aspectos que creen deben ser reforzados en cuanto a la habilidad para responder frente a una crisis.

“(...) saber cómo actuar bien, porque definitivamente yo podría querer lo mejor para el alumno, pero si no lo sé expresar o no lo sé articular les estoy haciendo un daño” (Docente F)

“(...) cómo poder contener, yo creo que es eso, cómo poder contener y cómo poder hacer que me escuchen en un momento determinado” (Docente N)

Conocimientos sobre la derivación.

Finalmente, algunas/os docentes de María Pinto reflejaron ciertas inseguridades respecto a cómo actuar una vez identificado un caso de riesgo suicida, realzando la importancia de ser capacitados/as en términos de protocolo y red de derivación.

“Qué hacer en cuando ya te das cuenta que puede haber algo ahí alguna conducta, alguna acción que como que llama alerta, qué hacer en esos casos, yo creo que también es importante no solo detectarlo, sino que qué hacer, dónde recurrir eh, a quién informar primero” (Docente S)

3. Identificación de necesidades.

Las necesidades de competencias fueron identificadas a propósito de los resultados de la encuesta, los relatos de los y las participantes y el criterio de la investigadora. Estas necesidades pueden ser distinguidas entre aquellas de carácter explícito, es decir, manifestadas directamente por parte de los y las participantes, y por otro lado, aquellas implícitas o latentes, las cuales emergen de la interpretación de los resultados a propósito de la literatura.

Tabla 15.

Síntesis necesidades de competencias de docentes, paradocentes y apoderados/as.

		Necesidades			
		Explícitas	Implícitas		
Competencias	Conocimientos	Profundización de conocimientos existentes sobre manifestaciones	Profundización de conocimientos existentes sobre trastornos de SM en la adolescencia		
		comportamiento suicida			
	Habilidades	Profundización de conocimientos existentes sobre factores de riesgo y protectores			
		Desarrollo y fortalecimiento de habilidades de reconocimiento de problemas SM y comportamiento suicida en adolescentes			
		Desarrollo y fortalecimiento de habilidad para actuar y derivar ante el reconocimiento del riesgo suicida			
		Desarrollo de habilidades de contención emocional y/o primeros auxilios psicológicos			
		Actitudes		Continuidad del apoyo de la escuela para la prevención del riesgo suicida.	Reforzamiento de creencias positivas en torno a actitudes de búsqueda de ayuda
				Delimitación de rol psicosocial docente.	
		Concientización de la comunidad educativa en SM y prevención del riesgo suicida			

Respecto a la salud mental, una necesidad implícita tanto a propósito de los resultados de la encuesta como del análisis de contenido tiene que ver con adquirir más conocimientos sobre los trastornos de salud mental que afectan a los y las adolescentes y sus variadas manifestaciones. A través de los relatos fue posible identificar que los y las participantes

tendieron a asociar fuertemente los problemas de salud mental con la depresión, incluso siendo usados de manera intercambiable en más de una ocasión. En este sentido, esta necesidad podría considerar el ampliar y profundizar los conocimientos existentes respecto a problemáticas de salud mental no necesariamente psicopatológicas o bien otros trastornos de salud mental, su sintomatología y manifestaciones, así como sus posibles tratamientos y pronósticos.

A propósito de los resultados de la encuesta, fue posible apreciar que las afirmaciones relacionadas con las causas de los problemas de salud mental obtuvieron la mayor cantidad de respuestas declarando no saber, dando cuenta de un desconocimiento o incertidumbre respecto a los factores que están en juego en esta temática. Un aspecto novedoso que emerge particularmente de las experiencias de apoderados/as es la necesidad de manejar más información respecto a sexualidad, orientación sexual e identidad de género y su relación con la salud mental y el comportamiento suicida durante la adolescencia, especialmente respecto a cómo estas vivencias pueden constituirse en factores de riesgo. En esta misma línea, se realza la importancia de conocer otros factores de riesgo para la salud mental y el riesgo suicida, tales como el bullying y la discriminación, temáticas en las cuales los y las participantes perciben no contar con suficientes conocimientos pese a percibirlos como dos factores prominentes, siendo así una necesidad manifiesta para este grupo.

En cuanto al comportamiento suicida, los y las participantes reconocen de manera explícita que consideran relevante conocer mejor sus manifestaciones, así como también profundizar en las características generales del fenómeno durante la adolescencia, lo cual relacionan directamente con su habilidad para reconocer cuando un o una adolescente esté pasando por una situación de este tipo.

La importancia del “saber hacer” se encuentra presente de manera explícita a lo largo de los relatos y los resultados de la encuesta. A través de los relatos, los y las participantes transmiten que existirían tres dimensiones en las cuales perciben que sus habilidades no serían las óptimas, como fue posible apreciar en el análisis de contenido: reconocimiento, contención y derivación. Estas habilidades tendrían que ver tanto con la salud mental como con el riesgo suicida. Esto se complementa con lo abordado en la encuesta en donde los y las encuestados/as identificaron como necesidades el adquirir herramientas para reconocer manifestaciones o signos de alerta de problemas de salud mental y comportamiento suicida, intervenir en crisis, y cómo actuar al reconocer a un adolescente que presenta problemas de salud mental y/o comportamiento suicida.

Respecto a las actitudes, destaca la percepción de la escuela como un espacio de prevención prioritario, emergiendo así la necesidad de que el apoyo psicosocial de esta se mantenga de manera sistemática en el tiempo con tal de prevenir el riesgo suicida, creencia que es transversal a los grupos pero particularmente prevalente entre apoderados/as. Por otro lado, los y las docentes destacan el peso emocional y psicológico que conllevan sus labores, considerando la cotidianidad con la que muchas veces se encuentran con problemas de salud mental y comportamiento suicida en sus estudiantes. En este sentido, inevitablemente, este impacto emocional media la actitud que tienen respecto a sus roles y se constituye como necesidad, en parte explícita e implícita, delimitar el alcance de sus labores a nivel psicosocial para con los y las estudiantes, resguardando su propio bienestar en el proceso. Finalmente,

surge la necesidad de extremar los esfuerzos por concientizar y sensibilizar respecto a estas temáticas a los miembros de la comunidad educativa, con tal que el involucramiento en la prevención del riesgo suicida venga acompañado de un genuino interés y compromiso con este rol basado en el entendimiento de su importancia.

Por otro lado, y de manera más implícita, se podría considerar como una necesidad el reforzar las creencias positivas asociadas a los comportamientos de búsqueda de ayuda en salud mental, especialmente en el caso de los y las apoderadas. Lo anterior se desprende de las reticencias personales y estigma que existen en torno a la ayuda profesional, además de las dificultades o barreras contextuales relacionadas con la atención en salud mental, las cuales muchas veces impactan en la actitud que poseen los y las participantes respecto a este punto, como fue posible apreciar a lo largo de los grupos focales.

V. Discusión.

En el presente apartado se revisarán algunos de los principales resultados de la investigación a la luz de la literatura disponible. Primero, y en línea con lo dos primeros objetivos específicos, se abordarán algunos de los aspectos más relevantes respecto a las competencias en salud mental y prevención del riesgo suicida adolescente de los y las docentes, paradocentes y apoderados/as participantes. Luego, abordando el tercer y último objetivo específico, se discutirá en torno a las necesidades identificadas en estos grupos y algunas de sus principales implicancias prácticas.

1. Competencias asociadas a la promoción de la salud mental y prevención del riesgo suicida adolescente.

A partir de los resultados fue posible caracterizar y describir los conocimientos, habilidades y actitudes, y con ello, las competencias de los y las participantes en torno a la salud mental y la prevención del riesgo suicida durante la adolescencia. A continuación, se revisarán algunos de los aspectos más relevantes en torno a esta temática.

1.1. El rol de las experiencias en la ASM.

Las competencias de los y las participantes se relacionan en gran parte con sus experiencias en salud mental y comportamiento suicida. Estos dan cuenta de diversas vivencias, tanto personales como profesionales, a través de las cuales han tenido acercamientos con estas temáticas y es a partir de estas que se gestan la mayor parte de sus conocimientos, habilidades y actitudes. A través de estas experiencias es que fue posible también comprender de manera más acabada cómo estos adquieren y actualizan sus saberes, cómo los ponen en práctica y qué aspectos afectivos o emocionales se ponen en juego.

A nivel general, los y las participantes sostienen múltiples creencias positivas respecto a la salud mental. Esta es considerada como un elemento central en el bienestar de la persona, creyendo que es relevante mantener y promover una buena salud mental y destacando la importancia de la búsqueda de ayuda frente a problemas de este tipo. Estas creencias dan cuenta no solo de un cierto grado de conocimientos, sino que también reflejan una actitud positiva frente a esta temática, coincidiendo con algunos de los principales componentes de la ASM planteados por Jorm (2012) y Kutcher, Wei y Coniglio (2016).

Complementando lo anterior, los relatos permitieron enfatizar en la comprensión que los y las participantes poseen de la adolescencia y la salud mental durante esta etapa en particular, la cual es comprendida como un período complejo y de transición, caracterizado por el desarrollo biopsicosocial de la persona, y por ende, es reconocido como un momento de gran vulnerabilidad en cuanto a salud mental y riesgo suicida. Estas creencias se conciben principalmente desde el sentido común y la experiencia como padres y madres y se corresponden en gran medida con lo descrito en la literatura, la cual da cuenta de la asociación entre esta etapa y la aparición de distintas problemáticas de salud mental (Cabra, Infante & Sossa, 2010; Gaete, 2015), así como también la tendencia a la aparición y alta prevalencia de psicopatologías y diagnósticos psiquiátricos durante la adolescencia (OMS, 2017 como se citó en Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018a; OMS, 2020; Polanczyk et al., 2015).

Acerca de los problemas y/o trastornos de salud mental, existen diversas creencias. En general, los y las participantes coinciden en que estos estarían marcados por el estigma y connotación negativa por parte del público general, similar a como evidencia la literatura respecto a ASM, la cual da cuenta de la persistencia de percepciones negativas en la población en torno a problemáticas y trastornos de salud mental, muchas veces asociado a una falta de conocimientos sobre el tema (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016; Martin et al., 2007; Pescosolido, 2013 como se citó en Torres, 2016; Wang & Lai, 2008). Respecto a lo anterior, es particularmente relevante que los y las participantes del presente estudio se posicionen en contra de estas percepciones estigmatizantes de manera explícita a través de sus discursos. Esto responde, en gran medida, a las experiencias personales de estos/as, quienes mediante sus propias historias vitales o bien, a través de sus hijos/as o estudiantes, han experimentado las consecuencias negativas asociadas al estigma de las problemáticas de salud mental, lo cual ha definido cómo se posicionan actualmente frente a estas temáticas.

Respecto a la ayuda profesional también fue posible identificar diversas actitudes entre los y las participantes. Todos los grupos coincidieron en otorgarle una gran relevancia a este tipo de conducta y considerarla necesaria para el mantenimiento de una buena salud mental, más allá de la presencia de psicopatología, además de percibirla como un elemento clave en la prevención del riesgo suicida adolescente. Si bien se percibe que muchas veces la ayuda profesional en salud mental resulta imprescindible y existe un alto grado de confianza en los procesos psicoterapéuticos, algunos/as apoderados/as tienden a visualizarla más bien como un complemento secundario al apoyo entregado por parte del sistema familiar, considerando particularmente relevantes sus roles como padres y/o madres para que sus hijos e hijas superen problemas psicológicos, lo cual se alinea con lo descrito por Jorm (2012) respecto a la alta valoración que existe de las fuentes informales de ayuda en salud mental. Sobre esto último, también fue posible identificar que existirían algunas creencias tales como que la superación de los problemas de salud mental puede depender de un cambio de actitud por parte de la persona o bien de la habilidad para sobreponerse a dificultades por sí mismo/a, relativizando la validez de la vivencia de malestar psicológico dependiendo del contexto o situación a la cual la persona se vea enfrentada. Si bien estas creencias no representaron a la mayoría de los y las participantes, si permiten realzar la importancia de profundizar en este tipo de conocimientos y reforzar las actitudes positivas hacia los comportamientos de búsqueda de ayuda.

En este sentido, pese a que las experiencias de los y las participantes han propiciado el desarrollo de creencias positivas en torno a la salud mental, también fue posible dar cuenta de incertidumbre y creencias erradas o negativas asociadas al tratamiento de problemas de salud mental, la prevención de estos y algunos de los factores que impactan en la salud mental de las personas, todos componentes clave de la ASM.

1.2. Desafíos en torno al comportamiento suicida.

En cuanto al comportamiento suicida, la comprensión que los y las entrevistados/as transmiten en sus relatos se condice con las características que mayor frecuencia obtuvieron en los ítems referidos a este tema en la encuesta. En este sentido, el comportamiento suicida es asociado a los conceptos de desesperanza y malestar o dolor psíquico, siendo concebido como un fenómeno que responde a conflictos psicológicos o contextuales a modo de alivio, lo cual

resuena con algunas de las principales explicaciones del comportamiento suicida reportadas en la literatura (Almonte, 2019; Martínez, 2008 como se citó en MINSAL, 2013; Shneidman, 1985).

Los y las participantes reportaron sentirse relativamente familiarizados/as con este fenómeno y sus distintas manifestaciones, en particular con las autolesiones, fenómeno con el cual existe mayor cercanía al ser reportado como el más frecuente entre los y las adolescentes de las comunidades con las cuales se trabajó. Respecto a las autolesiones, los y las participantes tendieron a coincidir, en general, en que representan una importante señal de alerta y que no debiese ser desestimada. Sin embargo, esta creencia coexiste con la idea de que es posible que las autolesiones solo se traten de un “llamado de atención” y que no supongan una amenaza real para la integridad del adolescente, creencia que puede llevar a relativizar su gravedad, no facilitar la búsqueda de ayuda y, en el peor de los casos, contribuir a aumentar el riesgo suicida. Este punto en particular resuena con lo descrito por Nadeem et al. (2011), en cuyo estudio docentes señalaron sentirse confundidos/as respecto a cómo interpretar las autolesiones, declarando que necesitarían mayor orientación para identificar cuando algo es simplemente un “llamado de atención” y cuando es un indicador de suicidalidad.

En el caso de la ideación suicida, y pese a que los y las participantes reportan que existiría una normalización de este fenómeno entre los y las jóvenes, en general se tiende a no relativizar el riesgo que representa que un adolescente comunique estas ideas, enfatizando en la necesidad de actuar oportunamente frente a estas declaraciones o en el caso de tener sospechas de que un estudiante pudiese estar teniendo pensamientos suicidas.

Los y las participantes reportan percibir un cierto grado de familiaridad respecto al comportamiento suicida. Sin embargo, fue posible apreciar que esta temática tiende a sentirse menos cercana en comparación con la salud mental. Lo anterior podría responder a diversos motivos, por ejemplo, una menor cantidad de experiencias de primera mano en comparación con aquellas asociadas a la salud mental, prejuicios y estigma asociados al comportamiento suicida, falta de sensibilización o bien, incomodidad o rechazo a discutir respecto a este fenómeno. Pese a que existieron variaciones dependiendo del grupo, mostrándose más marcada en el grupo de apoderados/as, en general esta tendencia se observó transversalmente tanto en la encuesta como en los relatos de los distintos grupos focales.

De la mano con lo anterior, gran parte de los y las entrevistados/as dan cuenta de importantes dudas respecto a sus saberes en cuanto al riesgo suicida, lo cual se alinea en parte con los resultados de Barrueto et al. (2017), quienes a través de su estudio dieron cuenta de que los y las profesores reportaron sentirse inseguros respecto a sus conocimientos sobre suicidalidad, dando cuenta de un desconocimiento en torno al tema.

En esta misma línea, pese a percibir tener habilidades asociadas al sentido común y la experiencia, algunos/as de los/as encuestados/as dan cuenta que no sabrían cómo actuar frente a un caso de riesgo suicida, lo que también aparece en los relatos. Concordante con esto, a partir de los resultados de la encuesta es posible apreciar que una parte importante estaría en desacuerdo con hablar directamente con un adolescente con riesgo suicida, o bien, no sabría qué hacer frente a una situación como esa, similar a lo reportado por los estudios de Hatton et al. (2017), Walsh (2017) y Westefeld et al. (2007). En este sentido, si bien gran parte de los y

las participantes percibe tener al menos una base mínima de competencias, estas se vivencian con incertidumbre, desconfianza y falta de claridad.

Si bien no es posible establecer con exactitud cuáles son los niveles de ASM y alfabetización en suicidio en estas comunidades, los resultados de la presente investigación permiten suponer que habría espacio para mejorar las competencias de los y las participantes a propósito de los componentes planteados por estos conceptos.

1.3. Factores protectores y de riesgo.

En general, los y las participantes asocian los problemas de salud mental y comportamiento suicida a diversos factores de riesgo, los cuales se corresponden al menos parcialmente con lo descrito en la literatura (Almonte, 2019; Cuesta-Revé, 2017; Larraguibel et al., 2000; OMS, 2018) y con estudios respecto a los conocimientos de estos factores en actores de la comunidad educativa o a nivel comunitario, tales como los de Martínez y Robles (2016), Ojeda y Villalobos (2011) y Schwartz et al. (2009), dando cuenta de que existe una importante base de conocimientos respecto a esta temática. Aquellos factores de riesgo que surgieron como prominentes entre los y las participantes fueron, principalmente: el bajo estatus socioeconómico y vivencia de pobreza multidimensional; vulneración de derechos durante la infancia y adolescencia; vivencia de bullying en la escuela; experiencias de discriminación y pertenencia a disidencias; disfuncionalidad familiar; mal uso de las tecnologías y redes sociales; el paso por la adolescencia; consumo de sustancias; y finalmente, el padecimiento de problemas de salud mental o diagnósticos psiquiátricos.

Cabe mencionar algunos factores de riesgo prominentes en la literatura que no aparecen en el discurso de los y las participantes, entre ellos: factores genéticos, neurofisiológicos y/o bioquímicos (Gvion & Apter, 2016; Mann & Currier, 2016; Sudol & Oquendo, 2016) o el padecimiento de ciertas enfermedades o afecciones físicas (OMS, 2018; Pompili et al., 2016); la disponibilidad de medios letales para la consumación del suicidio (OMS, 2014; Suelves & Robert, 2012) y algunos factores sociodemográficos tales como el género (McKinnon et al., 2016; Ventura-Juncá et al., 2010). A diferencia de los estudios de Martínez y Robles (2016) y Ojeda y Villalobos (2011), los y las participantes de la presente investigación no destacaron como relevante la falta de habilidades para resolver conflictos y las dificultades relacionales, peleas frecuentes o rupturas amorosas con parejas como factores de riesgo suicida adolescente. Otro factor de riesgo que aparece como relevante en la literatura y que no fue mencionado en esta oportunidad son los antecedentes de suicidalidad del sujeto (OMS, 2018), lo cual se condice con lo reportado en el estudio de Westefeld et al. (2007), en donde este factor tampoco fue reconocido por los y las participantes, aunque se opone a lo reportado por Martínez y Robles (2016), estudio en el cual los y las participantes sí destacaron la importancia de estos antecedentes como un factor de riesgo.

El hecho de que existan diversos factores que los y las participantes no reconocen tiene que ver, en gran medida, con la manera en que estos conocimientos son adquiridos. Así, y como fue posible plantear previamente, los saberes de los y las participantes se constituyen principalmente a propósito de sus vivencias. De este modo, en sus relatos fue posible apreciar cómo los factores reconocidos se encontraban presentes dentro de sus experiencias, viéndose ocasionalmente apoyado en aprendizajes informales y, aun en menor medida, formales. Lo

anterior da cuenta de la importancia de fortalecer este tipo de conocimientos con tal de complementar aquellos ya existentes.

Por otro lado, existió una tendencia a relacionar los distintos factores de riesgo entre sí, dando cuenta de una comprensión de los problemas de salud mental y el comportamiento suicida como inherentemente multicausales, de manera similar a como lo plantean entidades tales como la OMS (2014) y en concordancia con otros estudios (Martínez & Robles, 2016; Ojeda & Villalobos, 2011). Cabe destacar que la relación entre salud mental y comportamiento suicida fue considerada como estrecha aunque no necesariamente causal, es decir, padecer de problemas de salud mental no implicaría necesariamente que él o la adolescente presente comportamientos suicidas.

Por otro lado, los y las participantes dan cuenta de distintos factores protectores que podrían mediar el riesgo suicida y contribuir a su prevención, aunque se les reconoce con mayor dificultad y se les otorga menor énfasis que a aquellos de riesgo, lo cual se condice con lo descrito en la literatura (OMS, 2015; Silverman, 2016) respecto a que pese a su relevancia, los factores protectores tienden a ser más desconocidos por las comunidades (Martínez & Robles, 2016). Entre los principales factores protectores reconocidos destacan el rol de los vínculos significativos y las redes de apoyo de él o la joven, la vivencia de inclusión y aceptación social, en particular en el caso de las disidencias sexuales y de género, y sobre todo, la cohesión familiar, destacando el valor de la comunicación y disponibilidad emocional por parte de las figuras parentales hacia el o la adolescente.

1.4. Barreras para la búsqueda de ayuda: estigma y atención en salud mental en Chile.

Los y las participantes identifican la vivencia de estigma y autoestigma asociado al padecimiento de problemas de salud mental y comportamiento suicida como una de las principales barreras de acceso a la atención profesional en salud mental, condicionando negativamente las conductas de búsqueda de ayuda entre los y las jóvenes y sus familias. Al respecto, la literatura coincide en que la falta de conocimientos tanto sobre problemas de salud mental como comportamiento suicida, contribuyen a la estereotipificación y estigma de estos fenómenos, constituyéndose como una barrera para buscar ayuda profesional (Macaya & Vicente, 2019), frente a lo cual la alfabetización en SM y suicidio representan posibles estrategias para disminuir dichas barreras (Al-Shannaq & Aldalaykeh, 2021; Ludwig et al., 2021; Sheffield et al., 2004 como se citó en Ranahan, 2010).

Otra barrera que los y las participantes identifican respecto a la búsqueda de ayuda es la precariedad de los servicios de atención en salud mental en Chile. Así, los y las participantes dieron cuenta de una percepción negativa respecto a la salud mental en Chile, en particular aquella dirigida a la población adolescente en la salud pública, la cual es descrita como precaria e insuficiente. La alta demanda de atención en salud mental acompañada por una escasa oferta tendrían como resultado dificultades para conseguir horas de atención profesional de manera oportuna, así como también para establecer procesos psicoterapéuticos y/o intervenciones profesionales continuas en el tiempo. La percepción de un aumento en la demanda de consultas coincide con lo reportado por Olivares-Tirado (2020), quien además destaca el disminuido gasto público en salud y salud mental existente a nivel nacional en comparación con otros

países y las recomendaciones de la OMS, gasto que resulta insuficiente considerando la prevalencia de trastornos de salud mental en la población adolescente del país (Larraín & Lobos, 2017; MINSAL, 2017; OMS, 2013).

Junto a lo anterior, los y las participantes sienten que existe poca cultura respecto a la salud mental y una escasa concientización en torno al tema a nivel de población general en Chile. A nivel de políticas públicas y desde una mirada institucional, existe la sensación de que la salud mental no es una prioridad. Lo anterior se acompaña de una sensación de impotencia y desesperanza por parte de los y las participantes, en particular por parte de los y las apoderados/as, afectando negativamente sus actitudes respecto a la posibilidad de consultar en caso de ser necesario.

El contexto anteriormente descrito se percibe como detrimental para la salud mental de los y las adolescentes chilenos/as, principalmente puesto que la escasa disponibilidad de horas de atención en salud mental se constituye como una barrera para decidir buscar ayuda, obstaculiza el acceso oportuno a ésta y puede constituirse como un factor de riesgo suicida en los casos más complejos.

1.5. La escuela y comunidad educativa en la prevención del riesgo suicida.

Los y las participantes identifican como particularmente relevante a la comunidad educativa y escuela como espacios a través de los cuales es posible llevar a cabo intervenciones tempranas, diversas y multinivel dirigidas a la promoción de la salud mental (Casañas et al., 2020; Leiva et al., 2015) y prevención del riesgo suicida (Jorm, 2012; Macaya & Vicente, 2019; Kutcher, Bagnell & Wei, 2015), especialmente considerando las barreras de atención en salud mental que existen a nivel país (Irrázaval et al., 2016).

A partir de los resultados es posible dar cuenta de cuatro áreas, o estrategias, asociadas a habilidades para la prevención del riesgo suicida adolescente en contextos escolares: vigilancia, reconocimiento, contención emocional y derivación. Estas áreas, además de ser reconocidas como relevantes dentro de la literatura en cuanto a prevención del suicidio adolescente (Echávarri et al., 2015), coinciden parcialmente con lo descrito por el estudio de Nadeem et al. (2011). De las estrategias mencionadas, los y las participantes tienden a relacionar estrechamente vigilancia y reconocimiento entre sí, siendo estas las estrategias que aparecen más frecuentemente en sus discursos.

Desde los distintos roles de cada grupo dentro de la comunidad educativa se desprenden distintas apreciaciones respecto a las habilidades y actitudes que les parece necesario tener. En el caso de padres, madres y apoderados/as, el énfasis está puesto en mantener un constante rol de atención respecto al bienestar de sus hijos/as, fomentando un clima de confianza que le permita al adolescente comunicar sus sentimientos a la figura parental y una cercanía tal que le permita a esta última reconocer cuando él o la joven pudiese estar en riesgo de incurrir en comportamientos suicidas. Esto coincide con lo reportado por Gryglewicz et al. (2014), estudio en el cual los padres y madres participantes enfatizan en la relevancia de la disponibilidad emocional y la comunicación entre la figura parental y él o la hija como elementos claves para la prevención del riesgo suicida adolescente.

De parte de los equipos docentes y paradocentes existe una actitud de responsabilidad, preocupación y disposición emocional hacia sus estudiantes, con una apertura a dialogar con estos/as a nivel personal, similar a lo reportado por Walsh (2017), quien enfatiza que los y las profesores participantes de su estudio percibían la obligación, desde la docencia, de apoyar emocionalmente a sus estudiantes. En este sentido, los equipos de la escuela, en particular docentes, perciben sus labores como inherentemente psicosociales, siendo muchas veces difícil establecer límites respecto a las exigencias emocionales que emanan de su interacción con los y las estudiantes, resultando en una carga emocional significativa, incluso considerada como excesiva por algunos/as, de manera similar a como lo percibieron otros docentes en los estudios de Nadeem et al. (2011) y Walsh (2017).

En línea con esto, si bien tanto los equipos docentes y paradocentes como apoderados/as participantes coinciden en que la escuela constituye un importante apoyo psicosocial para los y las estudiantes y sus familias, los equipos escolares señalan que muchas veces perciben una gran demanda asociada a la salud mental de los y las estudiantes por parte de apoderados/as y familias, la cual se traduce en una delegación hacia la escuela de responsabilidades respecto el bienestar de estos jóvenes. Lo anterior, sumado a un aumento de las problemáticas de salud mental entre sus estudiantes asociado a la pandemia supone una tensión para las comunidades educativas. Esto puede resultar en una saturación por parte de los equipos y un aumento de las tensiones dentro de la comunidad educativa en la medida en que existen demandas para las cuales las escuelas no están diseñadas o preparadas para atender y resolver.

A propósito de todo lo anterior, la habilidad para trabajar en equipo y el establecimiento, difusión y manejo de protocolos claros tiene un importante valor para los equipos escolares puesto permite, en alguna medida, conservar y reforzar ciertos límites para con los y las estudiantes, así como también para con sus respectivas familias, permitiéndoles no solo llevar a cabo sus labores académicas y administrativas, sino que también no sentirse sobrecargados/as al asumir un rol activo en la prevención del riesgo suicida adolescente. Lo anterior se condice en gran medida con lo reportado por Nadeem et al. (2011), cuyo estudio dio cuenta que cuando el personal y docentes de la escuela percibían tener un proceso de derivación estructurado, claro y ampliamente difundido entre los miembros de la comunidad educativa facilitaba el actuar como un agente en la prevención del suicidio adolescente.

1.6. Implicancias de la pandemia en salud mental y riesgo suicida.

Los relatos permitieron dar cuenta de una percepción de deterioro en la salud mental de la población adolescente, particularmente dentro de sus propias comunidades. Los y las participantes describen este deterioro como marcado por una percepción de sí mismo/a devaluada, dificultades asociadas a la autorregulación emocional y la aparición de comportamientos externalizantes o internalizantes en los y las jóvenes. A este respecto surge como particularmente relevante el contexto sanitario derivado de la pandemia por COVID-19, el cual es percibido como un agravante en el declive en la salud mental en general, y en particular en la población adolescente. Así, se identifican diversas consecuencias derivadas de las restricciones de movimiento y confinamiento asociadas a la pandemia, las cuales habrían tenido un impacto negativo en el bienestar y salud mental de los y las adolescentes, y consecuentemente, en el potencial riesgo suicida. Entre estas, destacan el recrudecimiento de

condiciones de vida poco óptimas para el desarrollo de él o la joven dentro del hogar (hacinamiento, ausencia de espacios de recreación, conflictos relacionales en la familia, vulneración de derechos por parte de figuras parentales o cuidadoras, por nombrar algunas), falta de socialización con pares y consecuente obstaculización en el desarrollo social e identitario y un aumento en el uso de las redes sociales y las tecnologías en general, especialmente sin supervisión adulta o filtro alguno.

Lo anterior se corresponde en gran parte con lo reportado a través de estudios en la temática, tal como lo plantean Cid et al. (2020), Galiano, Prado y Mustelier (2020), Palacio-Ortiz et al. (2020) y Pedreira (2020), aunque, a diferencia de los estudios mencionados, los y las participantes no mencionan el miedo al contagio, afectación física, fallecimiento de figuras significativas a causa del virus y eventual duelo normativo o complejo de estas. Esto último podría deberse a que los y las participantes no hayan reportado tener experiencias de este tipo.

Junto con lo anterior, los y las participantes señalan que la pandemia también ha tenido repercusiones en sus competencias. En este sentido, mientras algunos/as, en particular docentes, señalan que la pérdida de presencialidad ha afectado negativamente la capacidad que tienen para vigilar y reconocer cuando un estudiante está atravesando por momentos difíciles y puede requerir de apoyo o derivación, algunos/as apoderados/as destacan que el confinamiento permitió enfatizar en la importancia de la vigilancia dentro del hogar y el rol activo que deben jugar como figuras cuidadoras en el reconocimiento de signos de alerta del riesgo suicida.

La importancia que se le otorga a la pandemia en los relatos recogidos invita a considerar este contexto de manera protagónica en cualquier intervención asociada a la prevención del riesgo suicida adolescente. En este sentido, será relevante que estas consideren en su diseño e implementación las consecuencias a mediano y largo plazo emergentes del desafiante contexto sanitario de los últimos dos años, tanto para los y las adolescentes como para los espacios que frecuentan y quienes les rodean.

2. Necesidades identificadas.

Las necesidades identificadas se condicen con lo reportado por otras investigaciones, las cuales también han dado cuenta de una percepción de falta de competencias, principalmente por parte de docentes o figuras parentales, respecto al reconocimiento de factores de riesgo (Whitley, Smith & Vaillancourt, 2013) y riesgo suicida, así como a las habilidades en primeros auxilios en salud mental (Jorm et al., 2006) y en cuanto a la derivación o forma de actuar frente al reconocimiento de un caso de riesgo suicida (King et al., 1999; Nadeem et al., 2011; Torres, 2016; Schwartz et al., 2009; Walsh, 2017).

El concepto de competencias representa una integración de los conocimientos, habilidades y actitudes que se poseen respecto a un cierto tema. En esta línea, no es sorpresa que los y las participantes perciban los conocimientos como estrechamente ligados a las habilidades, dando cuenta de que las necesidades en estas dos dimensiones se complementan entre sí. Así, estas necesidades no se identifican como dos etapas secuenciales sino que como procesos sinérgicos y complementarios. Por ejemplo, los y las participantes perciben como necesario profundizar los conocimientos existentes respecto al comportamiento suicida,

haciendo énfasis en sus manifestaciones, signos de alerta y factores de riesgo, lo cual se complementa con la necesidad de mejorar las habilidades de reconocimiento de este fenómeno. Del mismo modo, las necesidades de reconocimiento, contención y derivación levantan a su vez necesidades asociadas al aprendizaje de ciertos conocimientos conceptuales relacionados, que complementen y sustenten el desarrollo de estas habilidades.

Entre los tres grupos y entre cada comuna, las necesidades en términos de competencias se presentan de manera distinta. Así, las diferencias más marcadas se dieron entre comunas: los y las participantes de María Pinto perciben mayores y más profundas carencias en sus conocimientos y habilidades, en comparación con Renca, quienes mostraron una actitud de mayor seguridad respecto a su rol y competencias en la prevención del suicidio adolescente.

Entre grupos de docentes, paradocentes y apoderados/as también fue posible notar diferencias, aunque de manera menos patente. Así, por parte de docentes y paradocentes existe una percepción de poseer más competencias en comparación con apoderados/as, lo cual podría relacionarse con el hecho de que los primeros dos grupos han tenido acceso a mayores oportunidades de formación en las temáticas abordadas, por más escasas que estas sean o se perciban, además de un acercamiento más formal a estas desde el punto de vista del desempeño profesional. Pese a estas diferencias, en términos de calidad, es decir, las competencias que se perciben como necesarias, fueron similares en temáticas independiente del grupo o comuna.

Finalmente, cabe agregar que si bien fue posible identificar algunas necesidades implícitas, la gran mayoría de estas necesidades fueron de carácter explícito. En este sentido, es posible afirmar que los y las participantes están conscientes de las carencias existentes en sus competencias, son capaces de comunicarlas, dando cuenta de un importante proceso de reflexión y elaboración, y por sobre todo, tienen la disposición, interés y urgencia de resolverlas. Lo anterior es particularmente relevante para el diseño e implementación de intervenciones orientadas a satisfacer estas necesidades, puesto que permite suponer que estas podrían tener una buena aceptación.

2.1. Implicancias para el abordaje de las necesidades de competencias.

El desarrollo de competencias se percibe como central para convertirse en agentes de la prevención del suicidio adolescente. Si bien la experiencia les ha entregado saberes útiles y valiosos a los y las participantes, estos identifican múltiples necesidades, reconociendo también las maneras en las cuales éstas debieran ser atendidas. Así, existe la percepción de que es necesario concientizar respecto al tema de manera amplia dirigiéndose a toda la comunidad educativa, implementar instancias formales de aprendizaje y aumentar la disponibilidad de recursos y redes a través de las cuales informarse y buscar ayuda. En general, estas necesidades coinciden con lo planteado en otras investigaciones similares a nivel internacional (Gryglewicz et al., 2014; Hatton et al., 2017; Nadeem et al., 2011; Ross, Kőlves & De Leo, 2017; Schwartz et al., 2009; Walsh, 2017; Westefeld et al., 2007).

Lo anterior también se alinea con el objetivo planteado por el PNPS y por el MINSAL (2019) en su guía de recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, los cuales enfatizan en la importancia de incorporar programas e intervenciones preventivas en estos espacios. Así, estos dos documentos destacan la

necesidad de involucrar a toda la comunidad educativa en la prevención del riesgo suicida adolescente a través de sensibilización, educación y capacitación, especialmente en cuanto a la detección, manejo de casos de posible riesgo y protocolos de actuación, precisamente las áreas que los y las participantes del presente estudio identifican como más carentes (MINSAL, 2013; MINSAL, 2019).

Pese a que la implementación de este tipo de intervenciones constituye un punto relevante dentro del PNPS y en las recomendaciones del MINSAL (2019), la presente investigación evidencia la falta de formación en cuanto a prevención del riesgo suicida percibida tanto por parte de los equipos a nivel escolar como por otros actores de la comunidad tales como los y las apoderados/as. En este sentido, es relevante que se diseñen e implementen intervenciones formativas orientadas a estos grupos con tal de hacerles partícipes de manera informada y activa en la prevención del suicidio adolescente. La presente investigación constituye un paso hacia este fin, con tal de aportar al diseño y elaboración de intervenciones para la prevención del riesgo suicida adolescente dirigidas a estos grupos y que complementen aquellas orientadas hacia la población adolescente en sí, tales como las impulsadas por el Proyecto “Clan”.

Por otro lado, la existencia de estas brechas aun cuando estos puntos están considerados a nivel de políticas públicas y recomendaciones ministeriales, releva la importancia de evaluar el alcance y efectividad de las intervenciones asociadas al PNPS a la fecha, especialmente en el contexto educativo. De manera similar, el presente estudio da cuenta de la falta de consistencia percibida por parte de los y las participantes en la implementación de las recomendaciones planteadas por el MINSAL (2019).

Ahora bien, los y las participantes no solo proponen intervenciones, sino que también reconocen las características que consideran clave para que estas sean eficaces. En el caso de docentes y paradocentes, las instancias formativas requerirían sistematicidad en el tiempo a modo de formación continua, más que ser instancias únicas, lo cual coincide con las necesidades planteadas en otros estudios (Estévez et al., 2020; Nadeem et al., 2011) y lo recomendado en la literatura (Condrón et al., 2015 como se citó en Singer, Erbacher & Rosen, 2018). Por otro lado, algunos/as docentes levantan la necesidad de enfatizar en su propio bienestar y salud mental, lo cual el equipo de María Pinto percibe en ocasiones se ve descuidado, especialmente considerando la sobrecarga emocional de sus labores y el impacto psicológico de lidiar con problemas de salud mental y comportamiento suicida en sus estudiantes de manera frecuente. Lo anterior debiese traducirse, desde la perspectiva de los y las docentes, en instancias de autocuidado sistemáticas y que aporten a la concientización respecto a la salud mental dentro de los equipos.

En el caso de apoderados/as, estas instancias se plantean no solo como espacios de formación, los cuales también se perciben como necesarios, sino que también como instancias a través de las cuales compartir, distenderse y encontrar apoyo y consejo mutuo junto a otros/as apoderados/as y miembros de la comunidad escolar, desde una perspectiva horizontal y aportando a desestigmatizar las temáticas asociadas a problemas de salud mental y el comportamiento suicida dentro de sus respectivas comunidades.

Para todos los grupos, la presencialidad de cualquier instancia formativa es altamente valorada, por lo que este formato debiese privilegiarse siempre que sea posible. Respecto a la utilización de otros medios, por ejemplo el uso de recursos digitales o capacitaciones virtuales, si bien podrían ser aceptadas debido al interés y actitud de disposición por parte de los y las participantes, existe también una actitud de rechazo relacionada con el cansancio asociado al teletrabajo y virtualidad impuesta por el contexto sanitario en los últimos dos años.

En los casos en los cuales se han llevado a cabo instancias formativas, como relata por ejemplo el equipo paradocente de Renca, no solo existe una muy alta valoración de estas, sino que también estas experiencias se asocian a una mejor autoevaluación de las competencias en el tema, sintiéndose así más capacitados/as para identificar y responder eficientemente frente a un caso de riesgo suicida. En este sentido, la falta de conocimientos y habilidades, real o percibida, puede constituirse como una barrera importante para que los y las miembros de la comunidad escolar intervengan en casos de riesgo (Fonseca et al., 2020). Tal como señalan Hatton et al. (2013), muchos/as docentes se sienten incómodos/as o inseguros/as a la hora de identificar a un estudiante que presenta comportamiento suicida por razones tales como la falta de capacitación, el miedo a empeorar la situación o a las posibles repercusiones legales. La percepción de falta de competencias generalmente se asoció a una actitud más negativa por parte de los y las participantes, aumentando la sensación de temor e impotencia respecto al tema y limitando la agencia de estos/as. Como señala la literatura respecto a la capacitación (por ejemplo, los programas de entrenamiento gatekeeper), una de las metas de estas intervenciones es aumentar la percepción de autoeficacia y confianza en los y las miembros de la comunidad educativa (Robinson et al., 2013 como se citó en Singer, Erbacher & Rosen, 2018).

2.2. Desafíos en la implementación de instancias formativas.

Como señalan Casañas et al. (2020) y Singer, Erbacher y Rosen (2018), la implementación de programas orientados a la prevención del riesgo suicida adolescente en establecimientos educacionales implica considerar protagónicamente la voluntad, necesidades y preferencias de los grupos involucrados, con especial atención a la sostenibilidad en el tiempo de estas intervenciones.

En este sentido, la implementación de instancias de aprendizaje y capacitación en estas comunidades representa un importante desafío no sólo desde el punto de vista logístico, sino que también porque supone, en el caso de docentes y paradocentes, añadir carga laboral a equipos que por lo general ya se encuentran sobrecargados con sus labores cotidianas. Por parte de los y las apoderadas/as, la participación activa y continua de instancias de formación también supone un esfuerzo y compromiso, lo cual muchas veces puede no ser compatible con la disponibilidad horaria y emocional de estos sujetos.

Como ha sido posible establecer, la falta de competencias se traduce en actitudes negativas, mayor inseguridad y representa un obstáculo para que los grupos participantes sean agentes en la prevención del riesgo suicida adolescente, llevándoles a desear que estas necesidades sean resueltas. Sin embargo, la manera en la cual estas necesidades sean satisfechas y los requerimientos que estas instancias conlleven, puede fácilmente constituirse como un problema en sí mismo. Existe así un delicado balance entre la urgencia por satisfacer

las necesidades de competencia y la potencial carga que estas instancias formativas signifiquen, lo cual debe ser considerado en el diseño e implementación de cualquier intervención dirigida a estas comunidades.

VI. Conclusión.

La presente investigación tuvo como objetivo responder a la pregunta ¿Cuáles son las necesidades de competencias respecto a salud mental y prevención del comportamiento suicida adolescente, de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana?

A través de la caracterización y descripción de los conocimientos, habilidades y actitudes fue posible establecer qué saben, qué perciben son capaces de hacer y cómo se posicionan y disponen los y las participantes frente a las temáticas de salud mental y prevención del comportamiento y riesgo suicida.

Los y las participantes poseen múltiples conocimientos asociados a estas temáticas, los cuales se encuentran mayoritariamente sustentados en el sentido común y las experiencias personales y/o laborales. Estos conocimientos dan cuenta de un cierto nivel de alfabetización en salud mental y suicidio. A través de estas experiencias fue posible ahondar en la comprensión de diversos temas, entre los cuales destacan la adolescencia como un período de desarrollo y vulnerabilidad psicológica; los factores de riesgo y protectores asociados a la salud mental y el comportamiento suicida durante la adolescencia; los trastornos de salud mental, sus manifestaciones y connotaciones a nivel social; y el comportamiento suicida y sus diversas manifestaciones.

Por otro lado, en cuanto a las habilidades, fue posible acceder al conocimiento sobre las estrategias de prevención del riesgo suicida adolescente, lo cual permitió dar cuenta que los y las participantes reconocen poseer algunas habilidades asociadas a la promoción de la salud mental y prevención del riesgo suicida, destacando aquellas asociadas a la vigilancia. Sin embargo, en general se sienten inseguros/as respecto de estas, en particular respecto a la habilidad para reconocer y responder adecuadamente frente a una crisis de salud mental o riesgo suicida.

Finalmente, en cuanto a las actitudes presentes en los tres grupos, los resultados permitieron abordar la percepción de un declive en la salud mental de los y las adolescentes y sus actitudes en torno a este malestar psicológico; las percepciones en torno a la búsqueda de ayuda y atención profesional en salud mental, así como también las barreras para la búsqueda de ayuda asociadas a la precarización de la salud mental en Chile; las creencias en torno a la escuela como un espacio de promoción de la salud mental y la prevención del riesgo suicida, y las actitudes en torno a sus roles en estos esfuerzos. Los grupos participantes perciben tener un importante rol en la prevención del riesgo suicida adolescente, pero identifican diversos obstáculos para constituirse como agentes en el tema, destacando la percepción de tener pocas herramientas.

A través de este recorrido en torno a las competencias de los y las participantes es que fue posible identificar en qué aspectos estos perciben fortalezas y carencias, y en qué medida estas últimas constituyen necesidades, respondiendo de este modo a la pregunta planteada al comienzo de la investigación. En tanto conocimientos, es necesario profundizar en los saberes existentes en torno a las problemáticas y trastornos de salud mental durante la adolescencia, el comportamiento suicida y sus manifestaciones y los factores de riesgo y protección asociados

a ambas temáticas. Respecto a las habilidades, las necesidades tendrían que ver con el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para el reconocimiento de problemas de salud mental y comportamiento suicida en adolescentes, así como también respecto a la contención emocional y, en el caso de los equipos escolares, la derivación. Finalmente, en torno a las actitudes, las necesidades identificadas se relacionan con el reforzamiento de las creencias positivas sobre la búsqueda de ayuda frente a problemas de salud mental y comportamiento suicida, especialmente en el caso de los y las apoderados/as; darle continuidad a la escuela como espacio clave para la prevención del riesgo suicida; delimitar el rol psicosocial de docentes y paradocentes y concientizar a la comunidad educativa en torno a estas temáticas.

Uno de los aspectos más relevantes de la presente investigación fue el hecho de que los y las participantes identificaran y comunicaran las maneras en las cuales creen que estas necesidades deberían ser abordadas. Así, proponen la implementación de instancias formales de sensibilización, aprendizaje y capacitación sistemáticas en el tiempo, que promuevan el desarrollo de competencias en torno a la prevención del riesgo suicida adolescente de manera amplia dentro de la comunidad educativa a partir de una perspectiva horizontal, interdisciplinaria y comunitaria.

Como fue posible dar cuenta a lo largo de la presente investigación, el suicidio adolescente es un fenómeno complejo y multicausal, cuyo aumento tanto a nivel mundial como nacional en las últimas décadas ha representado un importante desafío de salud pública y cuya prevención requiere de esfuerzos coordinados y multisectoriales. La escuela, como fue posible revisar teóricamente y a propósito de los resultados, es un espacio clave para llevar a cabo intervenciones para la prevención del riesgo suicida en adolescentes y que debe continuar siendo priorizada por las políticas públicas vigentes y futuras a nivel nacional. Los y las participantes de la investigación se encuentran en una posición clave para contribuir a prevenir el riesgo suicida en adolescentes desde sus roles en la comunidad educativa. Además de lo anterior, estos/as reconocen este rol y manifiestan un interés por ser agentes activos en la prevención. Lo anterior solo parece posible en la medida en que cuenten con las competencias necesarias para reconocer, intervenir y actuar pertinentemente. Actualmente, los y las participantes perciben no tener las competencias necesarias para estos fines, por lo que urge intensificar los esfuerzos en esta materia con tal de satisfacer las necesidades existentes a este respecto lo antes posible.

Limitaciones, aportes y proyecciones.

Pese a haber cumplido con los objetivos planteados, y con ello haber respondido a la pregunta de investigación, el presente estudio no estuvo exento de limitaciones que son necesarias mencionar.

Una de las principales limitaciones guarda relación con la muestra. En primer lugar, inicialmente la población de la investigación consideró seis establecimientos pertenecientes a cuatro comunas de la RM (El Bosque, Peñaflor, Renca y María Pinto), los cuales ya se encontraban en colaboración con el Proyecto “Clan”. Desafortunadamente, la comuna de El Bosque decidió no continuar participando del Proyecto “Clan” durante la primera mitad de la presente investigación, al igual que uno de los dos establecimientos de la comuna de Peñaflor. Posteriormente, por motivos internos de la escuela, no fue posible incluir al establecimiento

restante de la comuna de Peñaflores como parte de la muestra. Lo anterior constituye una limitación en tanto redujo significativamente la muestra con la cual se planeaba trabajar originalmente, tanto en tamaño como en heterogeneidad en su composición. En una línea similar, el tamaño de la muestra durante la fase cuantitativa del estudio podría considerarse una limitación en tanto no es representativa de la población y no permite generalizar respecto a la realidad de los establecimientos. Se plantea así la importancia de que se realicen futuros estudios que trabajen con muestras estadísticamente representativas, con tal de ampliar el panorama nacional en esta temática.

Por otro lado, las diferencias existentes en cuanto a tamaño de la población entre las comunidades educativas de las comunas con las que fue posible trabajar se tradujo en una cantidad de participantes de la comuna de Renca considerablemente mayor a la de la comuna de María Pinto, lo cual se traduce en una inevitable sobrerrepresentación de la primera comuna en los resultados de la encuesta. En una línea similar, los distintos tamaños de población entre los grupos docentes, paradocentes y apoderados/as, tuvieron como resultado que este último grupo también se viese sobrerrepresentado en esta fase. Finalmente, si bien al comienzo de la presente investigación se intentó lograr paridad de género en la muestra, gran parte de esta estuvo constituida por mujeres, tanto en la encuesta como en los grupos focales.

El presente estudio no está exento de posibles sesgos. Primero, al ser una encuesta autoadministrada es posible que las respuestas del instrumento pudieran verse influenciadas por el interés preexistente por parte de quienes decidieron responder. Del mismo modo, la muestra de los grupos focales, al ser elegida por conveniencia podría implicar un sesgo en la medida en que los y las participantes de estos grupos estuviesen interesados/as en la temática de antemano y por ende, quizás poseen una mayor predisposición a ser agentes en la prevención del suicidio, condicionando sus actitudes respecto al tema.

Pese a estas limitaciones, esta investigación también posee fortalezas y presenta diversos aportes. Una de sus fortalezas se encuentra en la incorporación de las perspectivas de múltiples actores de la comunidad educativa de manera simultánea y complementaria entre sí. Esto no solo permitió realizar una comparación e integración de sus distintas experiencias, sino que también permitió visibilizar las perspectivas de los equipos paradocentes, grupo cuya presencia en la literatura revisada es más bien escasa, pero que por su cercanía cotidiana con los y las estudiantes deben ser considerados activamente tanto en futuras investigaciones como en el desarrollo de intervenciones para la prevención del riesgo suicida adolescente.

En esta misma línea, a partir de los resultados de la presente investigación es posible proyectar investigaciones que incluyan a todos los actores de la comunidad escolar, incorporando a equipos de convivencia, directivos y/o otros miembros que no hayan sido considerados en esta oportunidad, con tal de ampliar aún más los esfuerzos en la prevención del suicidio en el contexto escolar. Lo anterior es especialmente relevante al considerar que la presión respecto a la prevención del riesgo suicida en el contexto escolar muchas veces recae en los equipos docentes. En línea con lo anterior, es posible proyectar investigaciones futuras que profundicen en los elementos emergentes de los resultados y que no fueron el foco central de este estudio, tales como la sobrecarga emocional asociada a la labor docente y el comportamiento suicida en adolescentes, y las consecuencias a mediano y largo plazo de la

pandemia dentro de las comunidades escolares, especialmente en torno a la salud mental y riesgo suicida.

Finalmente, el presente estudio releva la necesidad de que futuros proyectos e intervenciones dirigidas a la prevención del riesgo suicida en adolescentes dentro de contextos escolares consideren, desde un comienzo y de manera activa, a los y las miembros de las principales comunidades en las cuales se desenvuelven los y las jóvenes, especialmente en las comunidades escolares en donde gran parte de ellos se desenvuelve a diario.

VII. Referencias.

- Almonte, C. (2019). Espectro Suicidal en niños, adolescentes y jóvenes. En Almonte, C. y Montt, M., (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (3ra ed., pp. 634-651). Mediterráneo.
- Al-Shannaq, Y., & Aldalaykeh, M. (2021). Suicide literacy, suicide stigma, and psychological help seeking attitudes among Arab youth. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02007-9>
- Alvarado, R. (2019). Tercer Concurso IDeA en Dos Etapas: Etapa de Investigación Tecnológica 2016.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Paidós.
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: Riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(4), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Ardiles-Irarrázabal, R., Alfaro-Robles, P., Díaz-Mancilla, I., & Martínez-Guzmán, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160-170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Azúa Verdugo, N. (2016). *Construcción de identidad personal en adolescentes entre los 12 y 18 años, a través de sus narrativas autobiográficas*. [Tesis de Grado, Universidad de Chile.] Repositorio UChile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/174119>
- Baartman, L., & de Bruijn, E. (2011). Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualising learning processes towards vocational competence. *Educational Research Review*, 6(2), 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2011.03.001>

- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk: Erratum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Balduzzi, E. (2021). Por una escuela vivida como comunidad educativa. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 33(2), 1-16. <https://doi.org/10.14201/teri.23774>
- Banco Mundial. (2019). Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes). Recuperado el 28 de octubre del 2021 de https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?end=2019&most_recent_value_desc=false&start=2000&view=chart
- Bardin, L. (1996). Análisis de contenido (2da Edición). Akal.
- Barrueto, C., Gaete, J., Bustamante, F., & Pizarro, M. (2017). Autopercepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y posintervención. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(3), 170-178. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000300170>
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K., & Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Bustamante, F. & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 51(2), 126-136. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Byrne, S., Swords, L., & Nixon, E. (2015). Mental Health Literacy and Help-Giving Responses in Irish Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 30(4), 477-500. <https://doi.org/10.1177/0743558415569731>
- Cabra, O. L., Infante, D. C., & Sossa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2), 28-35. <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/268>
- Cid, M. F. B., Fernandes, A. D. S. A., Morato, G. G., & Minatel, M. M. (2020). Atención psicosocial y la pandemia de COVID-19: Reflexiones sobre la atención a niños y adolescentes que viven en contextos socialmente vulnerables. *REMIE: Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 10(2), 178-201. [10.17583/remie.2020.5887](https://doi.org/10.17583/remie.2020.5887)
- Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, 330(7486), 301-304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- Córdova, J., Estrada, A. & Velázquez, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 7-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697002>

- Córdoba, R. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional De Salud*, 36(3), 341-342. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3614>
- Cova S, F., Melipillán A, R., Valdivia P, M., Bravo G, E., & Valenzuela Z, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 151-159. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Cuesta-Revé, D. (2017) Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatr.* 84(2), 72-77. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72271>
- Crockett, M. A., Martínez, V., & Jiménez-Molina, Á. (2020). Subthreshold depression in adolescence: Gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 272, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.111>
- Departamento de Estadística e Información de Salud. (2021a). Reportería de Salud Mental. Atenciones de Salud Mental. Recuperado el 23 de noviembre del 2021.
- Departamento de Estadística e Información de Salud. (2021b). Reportería de Salud Mental. Mortalidad por Suicidio. Recuperado el 27 de octubre del 2021.
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/45709/N-%C2%A679%20Aumento%20sostenido%20del%20suicidio%20en%20Chile.%20%20Un%20tema%20pendiente.pdf?sequence=1>
- Estévez, M. J. (2021). Creencias, actitudes e intervenciones psicoeducativas frente al suicidio en el contexto educativo: Una revisión de la literatura. *Tejidos Sociales*, 3(1), 1-12.

- Fleming, L., & Jacobsen, K. (2009). Bullying and Symptoms of Depression in Chilean Middle School Students. *Journal of School Health*, 79, 126-133.
<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.0397.x>
- Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Morata, S. L., y Fundación Paideia Galiza.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A., Díez-Gómez A., & Gutiérrez-García, A. (2020). La conducta suicida en los centros educativos: hora de actuar. En Marrodán, M. y Ponce de León, A. (Eds.), *La Orientación en la mejora del desarrollo y bienestar personal* (1era ed., pp. 93-106). Universidad de La Rioja.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=792715>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2019). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Galiano, M., Prado, R., & Mustelier, R. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(1), 1-19.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312020000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Guajardo, N., Ojeda, F., Achui, L., & Larraguibel, M. (2015). Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría, Neurología,*

Infancia y Adolescencia, 26(2), 145-155. https://www.sopnia.com/wp-content/uploads/2021/05/Revista-SOPNIA_201502.pdf#page=145

Gryglewicz, K., Elzy, M., Brown, R., Kutash, K., & Karver, M. S. (2014). It's Time To Talk About It: Utilizing A Community-Based Research Approach To Develop A Family Guide For Youth Suicide Prevention. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(1), 47-69. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.gryglewicz.512014>

Gvion, Y. & Apter, A. (2016). Evidence-Based Prevention and Treatment of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. En O'Connor, R. & Pirkis, J., (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2da ed., pp. 303-322). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch17>

Habgood-Coote, J. (2019). Knowledge-How, Abilities, and Questions. *Australasian Journal of Philosophy*, 97(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/00048402.2018.1434550>

Hatton, V., Heath, M. A., Gibb, G. S., Coyne, S., Hudnall, G., & Bledsoe, C. (2017). Secondary Teachers' Perceptions of their Role in Suicide Prevention and Intervention. *School Mental Health*, 9(1), 97-116. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9173-9>

Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425-433. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000500003>

Hernández, S; Fernández, C. & Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación. (5ta edición). McGraw Hill.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2022). Causes of Death (COD) Visualization. Recuperado el 29 de Marzo del 2022 de <https://vizhub.healthdata.org/cod/>

- Instituto Nacional de la Juventud (2019). Novena Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/ix_encuesta_nacional_de_la_juventud_2018.pdf
- Irarrázaval, M., Martínez, V., Behn, A., & Martínez, P. (2016). Revisión sistemática de estudios de efectividad, costo-efectividad, y programas de salud en establecimientos educacionales destinados a la prevención de conductas suicidas en adolescentes. Licitación ID 757-69-L116. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Jannah, M. (2021). The English teacher's attitude towards internet personal access device (iPad) in teaching and learning process. *English Education Journal*, 12, 163-176. <https://doi.org/10.24815/eej.v12i1.19437>
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *The American psychologist*, 67, 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

- King, K., Price, J., Telljohann, S., & Wahl, J. (1999). High School Health Teachers' Perceived Self-Efficacy in Identifying Students at Risk for Suicide. *Journal of School Health*, 69(5), 202-207. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1999.tb06386.x>
- Kong, L., Sareen, J., & Katz, L. Y. (2016). School-Based Suicide Prevention Programs. En R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 725-742). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch41>
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es.
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental Health Literacy in Secondary Schools: A Canadian Approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Larraín, A. & Lobos, F. (2017). Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas?. En Guajardo, G. (Ed.), *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. (pp. 27- 43). FLACSO-Chile.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>

- Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1285-1298. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.ipsm>
- López, E. (2016). En torno al concepto de competencia: Un análisis de fuentes. *Profesorado. Revista de Curriculum y Formación del Profesorado*, 20(1), 311-322. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56745576016>
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>
- Macaya Sandoval, X., & Vicente Parada, B. (2019). Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 70-82. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100070&lng=es&tlng=pt.
- Macaya Sandoval, X. (2021). Traducción, adaptación y validación del uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG) test de alfabetización en salud mental en estudiantes de enseñanza media diurna y estudiantes universitarios (TMHHSCG-CL). [Tesis de doctorado, Universidad de Concepción] <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/6331>
- Mann, J. & Currier, D. (2016). Relationships of Genes and Early-Life Experience to the Neurobiology of Suicidal Behavior. En O'Connor, R. & Pirkis, J., (Eds.), *The*

International Handbook of Suicide Prevention (2da ed., pp. 149-169). John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118903223

Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 50-67. <https://doi.org/10.1177/002214650704800104>

Martínez, J., & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), pp. 53-68. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>

Mascayano, F., Schilling, S., Tapia, E., Santander, F., Burrone, M., Yang, L. & Alvarado, R. (2018). Using Information and Communication Technologies to Prevent Suicide Among Secondary School Students in Two Regions of Chile: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry* 9(236), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00236>

McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 340–350. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>

McManama O'Brien, K. H., LeCloux, M., Ross, A., Gironda, C., & Wharff, E. A. (2017). A Pilot Study of the Acceptability and Usability of a Smartphone Application Intervention for Suicidal Adolescents and Their Parents. *Archives of Suicide Research*, 21(2), 254-264. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1182094>

Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. MINSAL. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones Para su Implementación. MINSAL. https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Ministerio de Salud. (2016). Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. (1° Edición). Andros Ltda. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/903/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados. MINSAL. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud. (2020). *La OMS considera que brote de coronavirus califica como una pandemia global.* <https://www.minsal.cl/la-oms-declara-el-brote-de-coronavirus-pandemia-global/#:~:text=marzo%20de%2302020-,La%20OMS%20considera%20que%20brote%20de%20coronavirus%20califica%20como%20una,la%20situaci%C3%B3n%20de%20COVID%2D19.>

Ministerio de Salud. (2021). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. MINSAL. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

- Muñoz, M., Lucero, B., Cornejo, C., Muñoz, P. & Araya, N. (2014). Convivencia y clima escolar en una comunidad educativa inclusiva de la Provincia de Talca, Chile. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(2), 16-32.
<http://redie.uabc.mx/vol16no2/contenido-munozluceroetal.html>
- Nadeem, E., Kataoka, S. H., Chang, V. Y., Vona, P., Wong, M., & Stein, B. D. (2011). The Role of Teachers in School-Based Suicide Prevention: A Qualitative Study of School Staff Perspectives. *School Mental Health*, 3(4), 209-221.
<https://doi.org/10.1007/s12310-011-9056-7>
- Nieto, L., & Orozco, E. (2016). Reflexiones sobre la aproximación metodológica al estudio de las actitudes de los profesionales frente al suicidio. *Textos y Sentidos*, 13, 181-197.
<https://revistas.ucp.edu.co/index.php/textosysentidos/article/view/258/248>
- Núñez, D., Arias, V., Méndez-Bustos, P., & Fresno, A. (2019). Is a brief self-report version of the Columbia severity scale useful for screening suicidal ideation in Chilean adolescents? *Comprehensive Psychiatry*, 88, 39-48.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.002>
- Obando, D., Trujillo, A., & Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189-200. doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278
- Ojeda, D., & Villalobos, F. (2011). Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 57-73.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692011000100005

Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Preventing suicide: A resource for primary health care workers. Geneva, World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). Preventing Suicide: A Resource for Media Professional. Geneva, World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (28 de septiembre del 2020). *Salud Mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2011). OECD child well-being module: CO4.4 teenage suicide (15–19 years old). Paris: OECD, Social Policy Division, Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. <https://www.oecd.org/els/family/48968307.pdf>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019a). Main causes of mortality. En OECD (Ed.), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. (pp. 70-71). OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/26f50dbe-en>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019b). Mental health. En OECD (Ed.), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. (pp. 82-83). OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/d4e9f522-en>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2021). Suicide rates (indicator). [Data set]. Recuperado el 27 de octubre del 2021 de <https://doi.org/10.1787/a82f3459-en>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. OPS Washington D.C. 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- O'Toole, M. S., Arendt, M. B., & Pedersen, C. M. (2019). Testing an App-Assisted Treatment for Suicide Prevention in a Randomized Controlled Trial: Effects on Suicide Risk and Depression. *Behavior Therapy*, 50(2), 421-429. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.007>
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173/es>
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes

en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>

Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>

Piaget, J. (1991). *Seis estudios de Psicología*. (1° Ed.). Labor.

Pineda, S. & Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. En Ministerio de Salud Pública de Cuba (Ed.), *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. (2da ed., Vol. 2., pp. 15-23). <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Pompili, M., Forte, A., Berman, A., & Lamis, D. (2016). The Association Between Physical Illness/Medical Conditions and Suicide Risk. En O'Connor, R. & Pirkis, J., (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2da ed., pp. 133-148). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch8>

Ranahan, P. (2010). Mental health literacy: A conceptual framework for future inquiry into child and youth care professionals' practice with suicidal adolescents. *Child Youth Care Forum* 39, 11–25. <https://doi.org/10.1007/s10566-009-9087-5>

Ranahan, P. (2011). *Child and Youth Care Professionals' Mental Health Literacy Practices in their Encounters with Suicidal Adolescents: A Grounded Theory Study*. [tesis doctoral,

University of Victoria, Canadá.]

<https://www.proquest.com/openview/7786ebe411e920e32d45ee083fa8464d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>

Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: Results from a pilot study: Reframe IT : an online intervention for suicidal adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/eip.12137>

Ross, V., Kõlves, K., & De Leo, D. (2017). Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Archives of Suicide Research*, 21(3), 519-530. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227005>

Salvo, L., Rioseco, P., & Salvo, S. (1998). Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 36, 28-34

Sánchez Carrión, J. (1989). Técnicas de análisis de datos nominales. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 45, 135-155.

Sepúlveda, L. (2001). *Disciplina escolar y comunidad educativa*. [tesis de magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135275>

Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Mediterráneo.

- Servin, J. (2020). Mental Health Literacy of Adolescent Depression and Suicidal Ideation among Latinx Caregivers and Adolescents. [tesis doctoral, Palo Alto University.] <https://www.proquest.com/openview/7ca61610c3ed19dc81701e6258477179/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Silva, D., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Silverman, M. (2016). Challenges to Defining and Classifying Suicide and Suicidal Behaviors. En O'Connor, R. & Pirkis, J. (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2da ed., pp. 9-35). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch1>
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2018). School-Based Suicide Prevention: A Framework for Evidence-Based Practice. *School Mental Health*, 11(1), 54-71. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8>
- Schilling, S., Carreño, A., Tapia, E., Mascayano, F., Pitronello, R., Santander, F., Jorquera, MJ., Burrone, M. y Alvarado, R. (2021). Experts by Experience: Qualitative Evaluation of Adolescent Participation in the Development of a Technological Intervention to Prevent Youth Suicide in Chile. *Front. Psychiatry* 11:522057. doi: 10.3389/fpsyt.2020.522057
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons.
- Strauss, A & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

- Sudol, K., & Oquendo, M. A. (2016). Visualizing the Suicidal Brain: Neuroimaging and Suicide Prevention. En R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 188-205). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch11>
- Suelves, J., Robert, A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Rev. Esp Med Legal* ;38(4):137-142. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.003>
- Schwartz, K., Pyle, S., Dowd, M., & Sheehan, K. (2009). Attitudes and Beliefs of Adolescents and Parents Regarding Adolescent Suicide. *Pediatrics*, 125(2), 221-227. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2248>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018a). Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(6), 1024-1037. <https://doi.org/10.1111/eip.12695>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018b). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Tissera, N., & Tairi, T. (2020). Mental Health Literacy: New Zealand Adolescents' Knowledge of Depression, Schizophrenia and Help-Seeking. *New Zealand Journal of Psychology*. 49(1), 14-21. https://www.psychology.org.nz/application/files/5815/9538/4269/Tissera_and_Tairi_14-21.pdf
- Torres, M. (2016). Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *Imagonautas. Revista interdisciplinaria sobre imaginarios sociales*, (8), 50-63. <http://imagonautas.webs.uvigo.es/index.php/imagonautas/article/view/62>

- Torok, M., Calear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100-112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>
- UNICEF. (2017). Building the Future: Children and the Sustainable Development Goals in Rich Countries. Innocenti Report Card 14, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, 143(3), 320-328. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
- Vásquez, F. (1994). Análisis de contenido categorial: el análisis temático. Unitat de Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Velasco, P., Arratia, T., Solis-Soto, M.T., Encina, E., Ramos, P., Valenzuela, P., Alvarado, R. & Burrone, M.S. (septiembre, 2021). *Creation and adaptation of an instrument to measure the degree of knowledge about mental health in the general population in Chile: preliminary results*. Póster presentado al Online Poster Matching Towards Trans-Pacific Research Collaborations, Tsukuba Global Science week.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes en la región metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 138:309–15. doi: 10.4067/S0034-98872010000300008

- Vergara González, L. (2020). *Imagen corporal y redes sociales en jóvenes de sexo femenino en etapa de adolescencia temprana*. [tesis de magíster, Universidad de Chile.] Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/176181>
- Vicente, B., Saldivia, S., Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(10), pp. 1026-1035. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: Salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
- Vidal, C., Faunes, C., Toro Huerta, C., Ruiz-Tagle, C., & Hoffmeister, L. (2021). Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018. *Salud Colectiva*, 17, e3363. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3363>
- Walsh, E., Hooven, C., & Kronick, B. (2013). School-Wide Staff and Faculty Training in Suicide Risk Awareness: Successes and Challenges. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/jcap.12011>
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1), 191-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.005>
- Westefeld, J., Jenks Kettmann, J., Lovmo, C., & Hey, C. (2007). High School Suicide: Knowledge and Opinions of Teachers. *Journal of Loss and Trauma*, 12(1), 33-44. <https://doi.org/10.1080/15325020600757839>

- Whitley, J., Smith, J. D., & Vaillancourt, T. (2013). Promoting Mental Health Literacy Among Educators: Critical in School-Based Prevention and Intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70. <https://doi.org/10.1177/0829573512468852>
- Windfuhr, K., Steeg, S., Hunt, I. M., & Kapur, N. (2016). International Perspectives on the Epidemiology and Etiology of Suicide and Self-Harm. En R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 36-60). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch2>
- Woodward, A. & Wyllie, C. (2016). Helplines, Tele-Web Support Services, and Suicide Prevention. En O'Connor, R. & Pirkis, J., (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2da ed., pp. 490-504). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch28>
- Yoshioka, K., Reavley, N. J., Hart, L. M., & Jorm, A. F. (2014). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Results from a mental health literacy survey of Japanese high school students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(2), 207-222. <https://doi.org/10.1080/17542863.2014.931979>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

VIII. Anexos.

Anexo 1. Encuesta para docentes, paradocentes y apoderados/as respecto a salud mental y prevención del riesgo suicida en adolescentes.

Encuesta sobre Salud Mental y Riesgo Suicida adolescente

¡Hola a todos y todas!

Antes de comenzar, quisiéramos agradecerle de antemano por su tiempo e interés en participar de esta breve encuesta, la cual no debiese tomarle más de 20 minutos responder.

La encuesta es de carácter confidencial y voluntario, y sus respuestas son de uso exclusivo de la investigación titulada "Salud mental y riesgo suicida adolescente: Brechas de conocimiento de los docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana".

A continuación, se mostrará un resumen de la información general de la investigación, en donde puede leer con mayor detalle algunas de las principales consideraciones antes de aceptar participar de la encuesta e investigación.

*Obligatorio

1. Correo *
-

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE CHILE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Salud mental y riesgo suicida adolescente:
Brechas de conocimiento en docentes, paradocentes,
padres, madres y apoderados/as pertenecientes a
establecimientos educacionales de la Región
Metropolitana.

INFORMACIÓN GENERAL

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación **Salud mental y riesgo suicida adolescente: Brechas de conocimiento en docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana**. Su objetivo es analizar las necesidades de información en cuanto a salud mental y riesgo suicida adolescente, de docentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de las comunas de María Pinto, Peñaflo y Renca. **Usted ha sido invitado(a) ya que es parte de la comunidad educativa de uno de los establecimientos educacionales con los cuales se llevará a cabo la investigación.**

La investigadora responsable de este estudio es **Sofía Rivas, Licenciada en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile**. La presente investigación se enmarca en la segunda etapa del **“Proyecto CLAN”**, el cual consiste en el desarrollo y evaluación de un modelo de intervención basado en tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) para reducir el riesgo de suicidio adolescente en establecimientos educacionales de la RM. El “Proyecto CLAN” está financiado por Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) de Investigación y Desarrollo en Acción (IDeA).

Consideraciones

PARA DECIDIR PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN, ES IMPORTANTE QUE CONSIDERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Participación: Su participación consistirá en responder la presente encuesta.

Riesgos: Debido a la sensibilidad asociada a las temáticas de salud mental y riesgo suicida, existe el riesgo de que experimente cierta incomodidad y/o malestar psicológico. De ser necesario, **no dude en contactarse con la investigadora responsable, quien se encargará de orientar respecto a dónde y cómo buscar ayuda profesional de salud mental.**

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, **su participación permitirá generar información relevante para diseñar intervenciones preventivas del riesgo suicida adolescente del “Proyecto CLAN”**. Esta información permitirá incluir a otros actores de la comunidad educativa, como usted, a las estrategias de prevención del riesgo suicida en estudiantes adolescentes.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. **Usted tendrá la libertad de detener su participación en cualquier momento que lo desee.** Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

Datos de contacto

SI REQUIERE MÁS INFORMACIÓN O COMUNICARSE POR CUALQUIER MOTIVO RELACIONADO CON ESTA INVESTIGACIÓN, PUEDE CONTACTAR CON LA INVESTIGADORA RESPONSABLE DE ESTE ESTUDIO:

Nombre: **Sofía Rivas Ureta**

Teléfono: **979768944**

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av.

Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: **srivasureta@gmail.com**

AL CONTESTAR ESTA ENCUESTA USTED ACEPTA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “SALUD MENTAL Y RIESGO SUICIDA ADOLESCENTE: NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS DOCENTES, PADRES, MADRES Y APODERADOS/AS PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA”, EN LOS TÉRMINOS AQUÍ SEÑALADOS.

2. Acepto participar en el estudio y declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas de ser necesario y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto. *

Marca solo un óvalo.

Si, acepto participar.

Datos de caracterización

3. Por favor, indique su género *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

Otro: _____

4. Indique su edad *

5. ¿Es usted chileno/a o extranjero/a? *

Marca solo un óvalo.

Chileno/a

Extranjero/a

6. Si es extranjero/a, por favor indique su país de procedencia

7. ¿Cuál es su actividad principal? (la que dedica su mayor cantidad de tiempo en la semana) *

Marca solo un óvalo.

- Labores domésticas/de casa
- Trabajo ocasional/inestable
- Trabajo como dependiente (con contrato)
- Trabajo independiente/Honorarios
- Pensionado/a o jubilado/a
- Desempleado/a o recientemente desempleado/a
- Sin actividad
- Otro: _____

8. ¿Cuál es su nivel educacional más alto alcanzado? *

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios
- Enseñanza básica incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza media incompleta
- Enseñanza media completa
- Técnico Enseñanza Media completa
- Técnico Instituto Profesional incompleto
- Técnico Instituto Profesional completo
- Educación Universitaria incompleta
- Educación Universitaria completa
- Postgrados-Magister-Doctorado

9. Por favor, señale su vínculo con el establecimiento educacional *

Marca solo un óvalo.

- Miembro del Equipo paradocente y asistentes de la educación del establecimiento educacional
- Miembro del Equipo Docente del establecimiento educacional
- Padre, madre y/o apoderado/a de un/a estudiante del establecimiento educacional

10. Por favor, indique a qué comuna pertenece el establecimiento educacional. *

Marca solo un óvalo.

- Renca
- Peñaflo
- María Pinto

11. Indique el nombre del establecimiento educacional. *

Marca solo un óvalo.

- Liceo Cumbre de Cóndores Poniente
- Liceo Cumbre de Cóndores Oriente
- Liceo F-860
- Liceo Municipalizado Peñaflo

Salud mental
y riesgo
suicida en
adolescentes

A continuación, se le presentarán preguntas asociadas a sus conocimientos entorno a la salud mental y riesgo suicida en adolescentes. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, sólo nos interesa conocer su opinión personal.

12. Considerando su experiencia personal y/o profesional, ¿qué tan familiarizado/a se siente con las temáticas de salud mental? *

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
- Nada familiarizado/a Muy familiarizado/a

13. Le pedimos que lea atentamente las siguientes afirmaciones. Para cada una usted tiene tres alternativas de respuesta: verdadero (V) / falso (F) /No está seguro (N/S). Marque sólo una opción para cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. *

Marca solo un óvalo por fila.

	V	F	N/S
Las actitudes positivas, buenas relaciones interpersonales y un estilo de vida saludable pueden ayudar a cuidar la salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La salud mental es parte del bienestar integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si se tienen dudas de la presencia de problemas de salud mental, se debe buscar ayuda psicológica o psiquiátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los problemas de salud mental pueden producirse cuando una persona está bajo estrés psicológico o enfrenta eventos significativos en su vida (como, por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o pérdida de trabajo) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los problemas de salud mental se pueden desarrollar a cualquier edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muchas personas tienen problemas de salud mental pero NO se dan cuenta de esto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los problemas de salud mental en adolescentes influyen en sus calificaciones (notas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas con antecedentes familiares de problemas en salud mental tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de los problemas de salud mental NO se pueden curar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los problemas de salud mental NO se pueden prevenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos los problemas de salud mental son causados por factores de estrés externos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los problemas de salud mental son causados por tener pensamientos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Considerando su experiencia personal y/o profesional, ¿qué tan familiarizado/a se siente con las temáticas de riesgo suicida y suicidio adolescente? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada familiarizado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy familiarizado/a

15. De los siguientes conocimientos, ¿cuáles cree usted que le serían de ayuda para poder apoyar en la SALUD MENTAL de un estudiante adolescente? *

Puede marcar hasta 3 casillas. En caso de que considere que exista alguna respuesta que no esté contemplada en las alternativas, por favor indíquela en "Otro".

Selecciona todos los que correspondan.

- Conocer mejor la situación de Salud mental de los y las adolescentes en Chile (por ej. estadísticas)
- Contar con más información sobre los intereses de los y las adolescentes de mi comunidad
- Me gustaría saber más sobre las necesidades y problemas de los y las adolescentes de mi comunidad.
- Saber más sobre los problemas de salud mental más comunes en adolescentes de mi comunidad educativa.
- Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental
- Conocer más sobre las distintas situaciones de vida, experiencias o eventos que afectan la salud mental en adolescentes
- Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental
- Saber qué hacer en caso de identificar a un adolescente que presenta problemas de salud mental
- Ninguna de las alternativas anteriores.
- Otro: _____

16. De los siguientes conocimientos, ¿cuáles cree usted que le serían de ayuda para poder apoyar en la PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA en un estudiante adolescente? *

Puede marcar hasta 3 casillas. En caso de que considere que exista alguna respuesta que no esté contemplada en las alternativas, por favor indíquela en "Otro".

Selecciona todos los que correspondan.

- Saber más respecto a la realidad del suicido adolescente en Chile
- Conocer más sobre factores de riesgo suicida en adolescentes
- Conocer más sobre factores protectores del suicidio en adolescentes
- Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones/ la ideación suicida/ entre otras)
- Contar con más información respecto a las principales estrategias para prevenir el riesgo suicida adolescente
- Saber más sobre las maneras en las cuales desde mi rol puedo apoyar en la prevención del riesgo suicida adolescente
- Saber más respecto a los principales mitos y prejuicios respecto al suicidio en general
- Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes
- Saber cómo conversar y preguntar al respecto con el o la adolescente
- Contar con más conocimientos sobre cómo reaccionar frente a un adolescente con riesgo suicida
- Ninguna de las anteriores.

Otro: _____

17. Si considera que existe otro recurso o conocimiento relevante no descrito previamente, por favor señálelo acá. Además, si le interesa profundizar en alguna idea, puede utilizar este espacio para hacerlo.

18. Seleccione 2 características que le harían pensar que un o una adolescente está pensando en matarse o que tiene ideas suicidas. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Tener una preocupación excesiva por todas las cosas que pasan
- Estar triste y desanimado/a
- Hablar de muerte como un alivio de los problemas
- La persona parece siempre inquieta y nerviosa
- Decir que ha pensado en matarse para aliviar su pesar
- Estar con poco apetito y haber perdido peso en las últimas semanas
- Alejarse/ aislarse de otras personas
- No sé

19. A propósito de la pregunta anterior, ¿cuál es su opinión sobre la siguiente afirmación? *

"Si uno cree que una persona pueda estar pensando en matarse o que tenga ideas suicidas, lo mejor es preguntar directamente por estas ideas"

Marca solo un óvalo.

- No estoy de acuerdo
- Solo un poco de acuerdo
- Muy de acuerdo
- Completamente de acuerdo
- No sé

20. Imagine que un o una estudiante adolescente con él o la cual usted se relaciona regularmente comienza a mostrarse más aislado/a de sus amigos/as, con poco ánimo en realizar actividades que antes le interesaban, y en una ocasión incluso le ha escuchado decir que quizás el mundo estaría mejor sin él o ella. ¿Qué haría usted en este caso? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Intentaría identificar las redes de apoyo del adolescente.
- Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente; por ejemplo grupo de amigos/as/ escuela/ familia/ etc.
- Buscaría ayuda en algún servicio de atención de salud (por ejemplo: CESFAM/ Hospital/consulta médica particular/ etc.)
- Me contactaría con algún servicio de atención en salud mental.
- Intentaría hablar directamente con el o la adolescente.
- No le daría mayor importancia y no actuaría de ninguna forma en particular.
- No sabría cómo actuar.

Otro: _____

21. Antes de terminar, si tiene algún comentario de cualquier tipo, le invitamos a realizarlo en este espacio.

Anexo 2. Correlato conceptual ítems ad hoc encuesta.

Tabla 16.

Correlato conceptual alternativas del Ítem 1.3.

Alternativa.	Contenido revisión conceptual.
Conocer mejor la situación de Salud mental de los y las adolescentes en Chile (por ej. estadísticas)	Alta prevalencia de trastornos de SM en adolescentes en Chile. Barreras en la atención en SM en Chile.
Contar con más información sobre los intereses de los y las adolescentes de mi comunidad	Sugerencia realizada por comunidades educativas.
Me gustaría saber más sobre las necesidades y problemas de los y las adolescentes de mi comunidad.	Sugerencia realizada por comunidades educativas.
Saber más sobre los problemas de salud mental más comunes en adolescentes de mi comunidad educativa.	Alfabetización en SM: Comprensión de trastornos de SM.
Saber más sobre las maneras en las cuales puedo apoyar personalmente a un adolescente que presenta problemas de salud mental	Alfabetización en SM: Mejorar comportamientos de búsqueda de ayuda.
Conocer más sobre las distintas situaciones de vida, experiencias o eventos que afectan la salud mental en adolescentes	Factores protectores y de riesgo en SM adolescente. Alfabetización en SM: Obtención y mantención de buena SM.
Aprender a identificar mejor a un adolescente que presenta problemas de salud mental	Alfabetización en SM: Habilidades de reconocimiento. Alfabetización en SM: Disminución del estigma asociados a trastornos de salud mental.
Saber qué hacer en caso de identificar a un adolescente que presenta problemas de salud mental	Alfabetización en SM: Habilidades de primeros auxilios psicológicos. Alfabetización en SM: Mejorar comportamientos de búsqueda de ayuda.

Tabla 17.

Correlato conceptual alternativas del Ítem 1.4.

Alternativas	Contenido revisión conceptual.
Saber más respecto a la realidad del suicidio adolescente en Chile.	Prevalencia suicidio adolescente en Chile.
Conocer más sobre factores de riesgo suicida en adolescentes.	Alfabetización en suicidio: Factores de riesgo suicida.
Conocer más sobre factores protectores del suicidio en adolescentes.	Alfabetización en suicidio: Factores protectores del riesgo suicida.

Saber más sobre las manifestaciones de la conducta suicida en general (por ej. las autolesiones, la ideación suicida, entre otras).	Alfabetización en suicidio: Conocimiento de las manifestaciones del comportamiento suicida.
Contar con más información respecto a las principales estrategias para prevenir el riesgo suicida adolescente.	Alfabetización en suicidio: Conocimiento sobre la prevención del comportamiento suicida.
Saber más sobre las maneras en las cuales desde mi rol puedo apoyar en la prevención del riesgo suicida adolescente.	Alfabetización en suicidio: Conocimiento sobre la prevención del comportamiento suicida.
Saber más sobre los principales mitos y prejuicios respecto al suicidio en general.	Alfabetización en suicidio: Estigma.
Saber más sobre los signos de alerta de la conducta suicida en adolescentes.	Alfabetización en suicidio: Conocimiento sobre los signos de alerta del comportamiento suicida.
Saber cómo conversar y preguntar al respecto con él o la adolescente.	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.
Contar con más conocimientos sobre cómo reaccionar frente a un adolescente con riesgo suicida.	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.

Tabla 18.

Correlato conceptual alternativas del Ítem 1.7.

Alternativas.	Contenido revisión conceptual.
Intentaría identificar las redes de apoyo del adolescente.	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.
Me contactaría directamente con las redes de apoyo del adolescente, por ejemplo, grupo de amigos/as, escuela, familia, etc.	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.
Buscaría ayuda en algún servicio de atención de salud (por ejemplo: CESFAM, Hospital, consulta médica particular, etc.)	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.
Me contactaría con algún servicio de atención en salud mental.	Alfabetización en suicidio: Comportamientos de búsqueda de ayuda.
Intentaría hablar directamente con él o la adolescente.	Alfabetización en SM y Suicidio: Habilidades de primeros auxilios
No le daría mayor importancia y no actuaría de ninguna forma en particular.	Falta de alfabetización en SM y Suicidio.
No sabría cómo actuar.	Falta de alfabetización en SM y Suicidio.

Anexo 3. Pauta de entrevista semi-estructurada.

Salud mental y adolescencia.

Conocimientos.

1. ¿Qué entienden o saben de salud mental en adolescentes?
2. Cuando hablamos de “problemas de salud mental” ¿Qué se les viene a la mente?
3. ¿Creen que es una temática de la cual ustedes en particular necesitan saber más?
4. Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo de información les hace falta?
5. ¿Dónde buscarían información si les interesara saber más del tema?

Habilidades.

1. ¿De qué forma actuarían, o han actuado, frente a un caso de problema de salud mental en un adolescente?
2. ¿Qué habilidades creen que son importantes tener para lidiar con temáticas de salud mental con adolescentes?
3. ¿Cuáles creen que les serían útiles adquirir a ustedes?
4. Para ustedes, ¿cuál sería la mejor forma para adquirir esas habilidades?

Actitudes.

1. ¿Qué experiencias han tenido con este tipo de problemáticas?
2. ¿Cómo han sido esas experiencias? ¿cómo se sintieron al respecto?
3. ¿Sienten que ustedes tienen una actitud particular en torno al tema?
4. ¿Cuál creen que es la importancia o rol de los espacios educativos como la escuela en la salud mental de sus estudiantes?
5. ¿Qué les gustaría mejorar en sus propias comunidades escolares en este sentido? ¿De qué manera podría suceder eso?

Suicidio y prevención del comportamiento suicida adolescente.

Conocimientos.

1. ¿Qué entienden por comportamiento suicida?
2. ¿Cómo se explican la ocurrencia de un suicidio en un estudiante adolescente? ¿Qué factores creen que influyen?
3. ¿Cómo creen que se relaciona el suicidio y la salud mental?
4. ¿De dónde han aprendido lo que saben de suicidio?
5. ¿Les gustaría saber más sobre suicidio? ¿En qué sentido?
6. ¿Qué saben sobre la prevención del riesgo suicida y suicidio en adolescentes?
7. ¿Qué creen que es importante saber respecto la prevención del suicidio?

Habilidades.

1. ¿Les ha tocado conocer a adolescentes en riesgo suicida, que lo han pensado, intentado o que lo han consumado? De ser así, ¿Qué han hecho frente a esas situaciones?

2. Y en el caso hipotético ¿Qué creen que hay que hacer cuando un adolescente dice que quiere morir o que el mundo sería un mejor lugar sin ellos (comportamientos suicida)?
3. ¿Qué habilidades creen que son necesarias para responder ante una situación de riesgo suicida?
4. ¿Cómo creen que ustedes pueden participar (rol) en la prevención del suicidio adolescente?

Actitudes.

1. Cuando piensan en suicidio adolescente ¿qué es lo primero que se les viene a la mente?
2. ¿Han tenido experiencias cercanas a este fenómeno o con él suicidio en general?
3. ¿Qué sentimientos les genera este fenómeno?
4. ¿Qué tipo de prejuicios creen que existen sobre el suicidio?
5. ¿Cómo creen que debería involucrarse la escuela y la comunidad escolar en la prevención del suicidio?
6. ¿Qué creen que puede mejorar en sus propias comunidades? ¿De qué manera podría suceder eso?

Anexo 4. Consentimiento informado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Salud mental y suicidio adolescente: Necesidades de competencias de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana.

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación **Salud mental y suicidio adolescente: Necesidades de competencias de los docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana**. Su objetivo es analizar los conocimientos, habilidades y actitudes en cuanto a salud mental y suicidio adolescente, de docentes, paradocentes, padres, madres y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de las comunas de María Pinto, Peñaflor y Renca. Usted ha sido invitado(a) ya que es parte de la comunidad educativa de uno de los establecimientos educacionales con los cuales se llevará a cabo la investigación.

La investigadora responsable de este estudio es **Sofía Rivas**, Licenciada en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. La presente investigación se enmarca en la segunda etapa del **“Proyecto CLAN”**, el cual consiste en el desarrollo y evaluación de un modelo de intervención basado en tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) para reducir el riesgo de suicidio adolescente en establecimientos educacionales de la RM. El **“Proyecto CLAN”** está financiado por Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) de Investigación y Desarrollo en Acción (IDeA).

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en:

- Asistir de manera presencial a un grupo focal de entre 6 y 10 personas, el cual tendrá una duración de una hora a una hora y media aproximadamente.

Riesgos: Debido a la sensibilidad asociada a las temáticas que se abordarán en los grupos focales, existe el riesgo de que experimente cierta incomodidad y/o malestar psicológico. De ser necesario, se dará el espacio para dialogar en privado con quien lo precise, realizar contención emocional y orientar respecto a dónde y cómo buscar ayuda profesional de salud mental a través de líneas de ayuda telefónica y/o en la red de atención primaria.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información relevante para diseñar e implementar las intervenciones preventivas del riesgo suicida adolescente del

“Proyecto CLAN”. Esta información permitirá incluir a otros actores de la comunidad educativa a las estrategias de prevención del riesgo suicida en estudiantes adolescentes.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Las reuniones serán grabadas para su posterior transcripción. Esta grabación se utilizará exclusivamente para el fin señalado, y será eliminada tan pronto como se realice la transcripción escrita del material.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizada esta, se realizará una retroalimentación directa hacia usted a través de correo electrónico con un resumen de la investigación, sus principales resultados y conclusiones.

Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar con la investigadora responsable de este estudio:

Nombre: **Sofía Rivas Ureta**

Teléfono: **979768944**

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: **srivasureta@gmail.com**

También puede comunicarse con el Profesor Patrocinante de la investigación:

Nombre: **Esteban Encina**

Teléfono: **961204809**

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: **esteban2@uchile.cl**

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “Salud mental y suicidio adolescente: Necesidades de competencias de docentes, paradocentes, y apoderados/as pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana en el marco del “Proyecto Clan”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información: _____

Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.