

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Construcción de Identidad en Adolescentes con Intento de Suicidio

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autoras

Lic. Cynthia Ramírez Miranda
Lic. Ivonne Salas Cristi

Profesora Patrocinante

Ps. Flor Quiroga Ortega

Santiago, Septiembre 2013

*“... el sentido de identidad
es lo que da a la existencia humana
el sentimiento de estar vivo.”*

Sepúlveda, 2013.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres y hermanos, quienes con su incondicional amor y constante apoyo fueron fuentes de motivación en nuestro proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, queremos agradecer a las autoridades del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, especialmente a la Dra. María Begoña, Directora del Hospital, y a la Dra. Andrea Mena, Directora Académica, por otorgarnos la autorización para llevar a cabo la presente investigación en dicha institución.

Por otra parte, debemos agradecer al Servicio de Urgencia y a la Unidad de Segunda Infancia del Hospital, en las figuras de los Drs. Douglas Maldonado y Julia Chadid, jefes respectivos de cada unidad, por su disponibilidad y colaboración necesaria para facilitar el acceso a la muestra del presente estudio.

También se agradece de manera especial a la Unidad de Adolescencia del Hospital, a cargo de la Dra. Claudia Sagredo y a todo su equipo, por su apoyo, colaboración y dedicación tanto con la presente investigación como con los pacientes participantes, brindándonos las condiciones necesarias para la realización del presente estudio.

De la misma manera agradecemos a la psicóloga Myriam Lizana, por todo el tiempo y acompañamiento brindado para que esta investigación se llevara a cabo.

También manifestamos nuestro profundo agradecimiento a nuestra profesora patrocinante Flor Quiroga, por su constante apoyo y orientación en el desarrollo de esta investigación. Así mismo, agradecemos al profesor Roberto Fernández por su asesoría metodológica.

Agradecemos a nuestros amigos y compañeros Marcelo Crockett y Jaime Fauré por su colaboración, apoyo y compañía durante todo este proceso.

Finalmente, deseamos agradecer a todos los adolescentes y padres que participaron en el estudio, por haber compartido con nosotras información importante de sus vidas, siendo esto el elemento de mayor relevancia en la presente investigación.

RESUMEN

La conducta suicida es un problema de salud pública debido a su incremento durante los últimos años. Según cifras entregadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], Chile es el segundo país con mayor número de suicidios adolescentes entre 10 y 14 años. Siendo una de las metas centrales del desarrollo el logro de una identidad autónoma, existe poca información sobre el tema en adolescentes con conductas suicidas. El presente estudio aborda antecedentes de carácter teórico y empírico para una mayor comprensión del intento de suicidio adolescente y la identidad personal desde el enfoque constructivista evolutivo. Además se realizó una investigación de carácter cualitativa, consistente en la aplicación de autobiografías a adolescentes con intento de suicidio durante el último año, quienes elaboraron narrativas sobre sí mismas y su historia de vida. Los resultados fueron analizados mediante análisis de contenido, concluyéndose que existe un desequilibrio en los procesos de construcción de identidad, con una diferenciación poco clara del sí mismo y escasa acomodación de eventos vitales, evidenciando la pérdida de continuidad del sí mismo en el tiempo, con dificultades en el establecimiento de vínculos seguros, coartando la búsqueda de alternativas de acción y el reconocimiento desde otros. Así, las adolescentes no son capaces de lograr el sentido del sí mismo, el sentido del futuro ni el sentido vital.

Palabras clave: identidad personal, narrativas, constructivismo evolutivo, adolescencia, intento de suicidio.

ÍNDICE

1. Introducción.....	9
2. Marco teórico.....	13
2.1. Conducta suicida en niños y adolescentes.....	13
2.1.1. Aspectos evolutivos del concepto de muerte.....	23
2.1.2. Epidemiología y datos estadísticos.....	27
2.1.2.1. Magnitud del problema.....	27
2.1.2.2. Epidemiología y datos estadísticos de la conducta suicida en la adolescencia.....	29
2.1.2.3. Datos estadísticos a nivel nacional.....	30
2.1.3. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes.....	35
Factores epidemiológicos.....	36
Factores individuales.....	38
Factores psicosociales.....	41
2.1.4. Factores protectores asociados a la conducta suicida en adolescentes.....	44
2.2. Identidad personal desde el enfoque constructivista evolutivo.....	45
2.2.1. Enfoque constructivista evolutivo.....	45
2.2.2. Identidad personal autónoma y solidaria: una de las metas centrales del desarrollo humano.....	49
2.2.3. Identidad narrativa.....	52
2.2.4. Construcción de la identidad en la adolescencia.....	53
2.2.5. Identidad personal en adolescentes con intento de suicidio.....	57
3. Metodología.....	58
3.1. Objetivos de la investigación.....	58
Objetivo general.....	58
Objetivos específicos.....	59
3.2. Diseño de la investigación.....	59

3.3. Población y muestra.....	60
3.4. Técnicas de recolección de datos.....	65
3.5. Procedimiento.....	66
3.6. Análisis de datos.....	68
4. Análisis de los resultados.....	69
4.1. Unidad del sí mismo.....	71
4.1.1. Reconocimiento del sí mismo.....	73
4.1.2. Diferenciación psicológica.....	73
4.1.3. Diferenciación sexual.....	76
4.1.4. Compromisos ideológicos y valóricos.....	77
4.2. Integración del sí mismo.....	78
4.2.1. Ámbito individual.....	80
4.2.1.1. Pasado individual.....	80
4.2.1.2. Presente individual.....	84
4.2.1.3. Futuro individual.....	86
4.2.2. Ámbito familiar.....	87
4.2.2.1. Pasado familiar.....	87
4.2.2.2. Presente familiar.....	92
4.2.2.3. Futuro familiar.....	94
4.2.3. Ámbito social.....	94
4.2.3.1. Pasado social.....	94
4.2.3.2. Presente social.....	96
4.2.3.3. Futuro social.....	97
4.2.4. Ámbito escolar.....	97
4.2.4.1. Pasado escolar.....	97
4.2.4.2. Presente escolar.....	98
4.2.4.3. Futuro escolar.....	98
4.3. Integración con otros.....	99
4.3.1. Ámbito familiar.....	101
4.3.2. Ámbito escolar.....	106
4.3.3. Ámbito social.....	106

5. Conclusiones.....	109
5.1. Unidad del sí mismo.....	109
5.2. Integración del sí mismo.....	111
5.3. Integración con otros.....	113
5.4. Equilibrio en la identidad.....	114
5.5. Integración del intento de suicidio en el proceso de construcción de identidad.....	115
5.6. Consideraciones generales para el proceso psicoterapéutico.....	119
5.7 Aportes y limitaciones de la investigación.....	120
6. Referencias.....	125
7. Anexos.....	131

1. INTRODUCCION

La conducta suicida en niños y adolescentes ha aumentado considerablemente en numerosos países las últimas décadas, por lo que actualmente es considerado un problema de salud pública (Miranda y Velásquez, 2008). Sin embargo, este fenómeno, particularmente en la población adolescente, ha sido un tema omitido y evadido debido al impacto que provoca pensar el suicidio en menores y a la vinculación que podría tener con los problemas actuales de la sociedad (Almonte, 2003).

En este sentido, las conductas suicidas en la infancia y adolescencia se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte (Cañon, 2011; Pfeffer, 1985, citado en Miranda y Velásquez, 2008), abarcando las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000, citados en Miranda y Velásquez, 2008).

En cuanto a la prevalencia del suicidio en la población adolescente, se observa que este fenómeno ocupa un lugar dentro de las tres primeras causas de muertes en la mayoría de los países a nivel mundial (Basa y Naranjo, 2012). En el mundo hay cuatro millones de adolescentes que intentan suicidarse anualmente, siendo alrededor de cien mil jóvenes que mueren por esta causa (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002, citado en Barroilhet, Fritsch, Guajardo, Martínez, Vöhringer, Araya y Rojas, 2012). A su vez, es relevante mencionar que la aparición de este fenómeno en la infancia es poco frecuente.

En relación a lo anterior, se estima que por cada adolescente que comete suicidio, cerca de 300 lo intentan (Pérez 2001, citado en Balsa y Naranjo, 2012). Por otra parte, las muertes por suicidio son más frecuentes en sujetos de sexo masculino obteniendo una proporción de 3:1 en comparación al sexo femenino, mientras que son las mujeres quienes realizan mayor cantidad de intentos de suicidios en relación a los hombres, con una proporción de 3:1 (Balsa y Naranjo, 2012).

En este sentido Chile no se encuentra ajeno a este fenómeno, ya que los estudios realizados en los últimos años muestran un notorio aumento en las tasas de suicidio en la población adolescente, llegando a ser la segunda causa de muerte a esta edad, siendo sólo superado por aquellas muertes producto de accidentes de tránsito (Shaffer y Pfeffer, 2001, citado en Miranda y Velásquez, 2008; Nahuelpan y Varas, s.f). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] Chile es el segundo país del mundo con mayor aumento en la tasa de suicidio adolescente entre los 10 y 14 años de edad, siendo sólo superado por Corea del Sur (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

En este contexto, se hace evidente la escasa información existente en esta temática poniendo de manifiesto que los conocimientos adquiridos no son suficientes para abordar esta compleja problemática, en la medida en que gran parte de los estudios realizados se centran principalmente en la obtención de datos epidemiológicos y la descripción de factores protectores y de riesgos asociados a la conducta suicida en este rango etario.

De la misma manera, se observa una limitada producción de información sistemática basada en evidencias de tratamientos óptimos del niño o adolescente suicida, por lo que es necesario seguir estudiando este fenómeno para generar mayor conocimiento y poder así crear estrategias de intervención y prevención efectivas, teniendo en cuenta el contexto sociocultural en que se manifiestan (Cañon, 2011). Asimismo, es necesario investigar este fenómeno para aportar en su comprensión, específicamente en los ámbitos poco estudiados, como por ejemplo la manifestación de la conducta suicida en adolescentes menores de 15 años.

En este sentido, dado que este fenómeno aumenta en la etapa adolescente, entendiendo que la adolescencia es una etapa compleja en el desarrollo del individuo debido a la ocurrencia de cambios biopsicosociales, también es relevante conocer y comprender los motivos que impulsan a un joven a su autodestrucción, además de saber cuál es el significado profundo de este acto y cómo puede prevenirse.

Dicho esto, es importante señalar que el suicidio adolescente es el momento final de un proceso iniciado en la niñez debido a conflictos emocionales y conductuales de moderada magnitud, que se acrecientan con el inicio de la edad juvenil y desembocan en el intento de suicidio o suicidio consumado (Ulloa, 1994, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

Así, considerando los principales planteamientos de la perspectiva Constructivista Evolutiva, es relevante destacar que la adolescencia es una importante etapa de formación, donde la meta central es la construcción de la identidad personal autónoma y solidaria (Sepúlveda, 2013; 2006), caracterizada por un proceso de diferenciación e integración del sí mismo, que implica necesariamente el reconocimiento e integración de los otros, como seres iguales en libertad y dignidad (Sepúlveda, 2013; 2008).

En este sentido, la identidad personal estaría conformada por tres dimensiones: la Unidad del Sí Mismo, la Integración del Sí Mismo y la Integración con Otros. En relación a esto, la unidad del sí implica que el sujeto sea capaz de reconocerse como ser único y diferente, mediante un proceso de diferenciación psicológica, corporal y sexual, respondiendo a la pregunta ¿Quién soy yo?. Por otro lado, la integración del sí mismo es una tarea de acomodación a las experiencias y eventos ocurridos en la historia vital, integrando el pasado, presente y futuro. Este procesos de integración se dan en los diferentes ámbitos (familiar, educacional y social), otorgando así un sentido de continuidad al sí mismo. La integración con otros, en este sentido, implica la búsqueda de alternativas de acción y reconocimiento desde otros, mediante la incorporación a distintos grupos. Es relevante para el procesos de integración con otros, que el sujeto sea capaz de establecer vínculos seguros (Sepúlveda, 2013; 2006).

En este contexto, siendo el logro de la identidad personal una meta central de desarrollo, es relevante conocer la manera en que los adolescentes con intento de suicidio organizan su identidad.

En la literatura actual existe poca información acerca de la identidad en adolescentes con conducta suicida, planteándose principalmente que existirían dificultades en el proceso de construcción identitaria (Sepúlveda, 2004). Estas dificultades

se presentarían en las tres dimensiones que componen la identidad personal: unidad del sí mismo, integración del sí mismo e integración con otros.

De esta manera, las alteraciones presentes en la unidad del sí mismo, implican la dificultad del adolescente en el establecimiento de sus límites y en el reconocimiento de sí. Por otra parte, las alteraciones en la integración del sí mismo, dan cuenta de la pérdida del sentido de continuidad en la historia vital del adolescente, dificultándose la integración entre su pasado y presente. Finalmente, las alteraciones en la integración con otros, implican la pérdida del sentido vital en el joven, en la medida en que éste no es capaz de realizar una integración con otros, ni del otro como parte de sí, imposibilitando el reconocimiento desde otros (Sepúlveda, 2004).

Considerando este contexto y ante las escasas investigaciones referidas a la construcción de identidad en adolescentes menores de 15 años con intento de suicidio, surge la pregunta que guiará la presente investigación:

¿Cómo es el proceso de construcción de identidad en adolescentes entre 11 y 14 años de edad que hayan realizado un intento de suicidio el último año?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se consideró que el uso de la metodología cualitativa resultaba relevante para lograr una mejor comprensión, interpretación y significación de la realidad que presentan las adolescentes participantes en este estudio.

Se utilizó en primera instancia una entrevista semi-estructurada para caracterizar los antecedentes sociodemográficos de las adolescentes y su contexto familiar. En segundo lugar, se utilizó una autobiografía para indagar la percepción que presentan las adolescentes acerca de sí mismas y su historia de vida, para así conocer cómo se está organizando su identidad personal.

La muestra de la presente investigación consiste en nueve adolescentes de sexo femenino entre 13 y 14 años de edad que ingresaron al Hospital Dr. Exequiel González Cortés por intento de suicidio durante el último año.

Por otra parte, el presente estudio busca aportar información nueva y adicional en lo referente a los procesos de construcción identitaria en adolescentes que han realizado un intento de suicidio, y en este sentido pretende ser de utilidad en la planificación y realización de procesos psicoterapéuticos de dichas adolescentes.

2. MARCO TEÓRICO

A continuación, se expondrán los elementos teóricos de mayor relevancia en el último tiempo en lo referente a la construcción de identidad en adolescentes que han manifestado conducta suicida.

En primer lugar se profundizará en la conceptualización de la conducta suicida, haciendo énfasis en la caracterización de ésta durante el período de la adolescencia. Posteriormente se dará a conocer la Epistemología Constructivista y a la vez se profundizará en un elemento central desde el enfoque Constructivista Evolutivo: la Identidad Personal.

2.1 Conducta suicida en niños y adolescentes

El fenómeno de la conducta suicida ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, variando sus características de acuerdo a las diferentes culturas y estructuras socioeconómicas, siendo motivo de estudio para una amplia gama de disciplinas (Sánchez-Teruel, 2012; Balsa y Naranjo, 2012; Cruz y Roa, 2005; Nahuelpan y Varas, s.f).

Sin embargo no ocurre lo mismo en el grupo de niños y adolescentes, pues la conducta suicida en esas etapas de desarrollo, a pesar de haber incrementado, ha sido históricamente invisibilizada, debido al fuerte impacto que provoca cuando se produce a temprana edad, así como también por la percepción que posee la población de que este fenómeno reflejaría, de cierto modo, los problemas de la sociedad actual (Almonte, 2003, 2012; Larraguibel et al., 2000, citados en Miranda y Velásquez, 2008).

La tendencia a minimizar o incluso a negar la ocurrencia de estas conductas se ha traducido en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real del problema (Tapia, Vöhringer y Ornstein, 2010; Montenegro y Guajardo, 2000, citado en Cruz y Roa, 2005). A pesar de esto, se ha observado un notorio incremento de este fenómeno en las últimas décadas, llegando a convertirse en un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos humanos y económicos que representan para los sistemas de salud (Miranda y Velásquez, 2008), no tan solo en los servicios psiquiátricos, sino que también las unidades de urgencia de los hospitales generales (Tapia et al., 2010).

El suicidio es poco frecuente en los niños menores de diez años, siendo escasamente estudiado en la población pediátrica correspondiente a los menores de quince años (Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda, 2001). Aumenta notoriamente en la adolescencia, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en las personas entre 15 a 44 años y es la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años (Rueda-Jaimes, Rangel, Castro-Rueda y Camacho, 2010; Valdivia, Schaub y Díaz, 1998), por lo que esto constituye una especial preocupación en la población adolescente mayor de quince años.

Por este motivo es relevante caracterizar y profundizar en todos los aspectos de este fenómeno, ya que la manifestación de la conducta suicida en niños y adolescentes tiene diferencias significativas en su presentación respecto al adulto (Almonte, 2003).

En los últimos años han incrementado los estudios sobre la conducta suicida en adolescentes, lográndose una mayor comprensión de este fenómeno y permitiéndose la realización de precisiones a nivel conceptual, la caracterización de los factores biopsicosociales que predisponen la conducta suicida en la niñez y adolescencia, así como también el estudio de la prevalencia de estas conductas en la vida adulta. Sin embargo, las publicaciones referidas al quehacer terapéutico y a la elaboración de programas de prevención e intervención son más bien escasos, sobre todo en lo referente a la situación chilena (Miranda y Velásquez, 2008).

A nivel conceptual, etimológicamente la palabra suicidio procede del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), siendo su significado literal: acción de matarse a sí mismo

(Pandolfo, Vázquez, Más, Vomero, Aguilar y Bello, 2011). Este concepto tiene la finalidad de distinguir entre el “*homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona*” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003, p. 201, citado en Cruz y Roa, 2005).

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la propia muerte (Cañon, 2011). Esta definición refiere a un amplio continuo de autodestructividad que abarca desde la ideación suicida aguda o persistente, la amenaza o gesto suicida, el intento suicida, hasta el suicidio consumado (Almonte, 2012; Cañon, 2011; Pandolfo et al., 2011; Tapia et al., 2010; Valdivia, 2006).

La concepción de la conducta suicida en esta etapa del desarrollo como un “espectro” permite ampliar la definición tradicional de que el suicidio es una mera manifestación de psicopatología, e incluir factores dimensionales que influyen en ella. En este sentido, se sugiere un proceso interactivo del desarrollo en los cuales son relevantes el contexto social, emocional y cognitivo (Almonte, 2012).

A continuación se profundizarán los conceptos asociados al espectro de la conducta suicida, con el fin de conocer a cabalidad las diversas manifestaciones de este fenómeno:

- *Ideación Suicida*: incluye pensamientos, deseos y verbalizaciones recurrentes, con diversos grados de intensidad y elaboración, relacionados con la intención de autoagresiones o la muerte (Almonte, 2012; Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011). La ideación suicida implica distintos procesos afectivos y cognitivos que varían desde sentimientos sobre la falta del sentido de vivir, pasando por procesos de elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Golden y Col, 1989, citado en Casullo, 2004).

El deseo de morir se entiende como la inconformidad e insatisfacción que el sujeto evidencia con su manera de vivir en el momento presente (Balsa y Naranjo,

2012). Por otro lado, la representación o pensamiento suicida es definida como imágenes que el sujeto tiene respecto de su propia muerte (Balsa y Naranjo, 2012).

Balsa y Naranjo (2012) explican que las ideas suicidas pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Ideas suicidas sin un método específico de ejecución, donde el sujeto presenta deseos de matarse pero no ha pensado en el modo de concretarlo ni el método que utilizará.
 - Ideas suicidas con un método inespecífico o indeterminado, el individuo expone sus deseos de matarse de forma imprecisa aludiendo a que lo realizará con cualquier método y de cualquier forma.
 - Ideas suicidas con un método específico pero no planificado, cuando la persona desea suicidarse y ya ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero que aún no ha planificado el cómo ni cuándo lo va a ejecutar.
 - Plan o idea suicida planificada, el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método para ejecutarlo, y a su vez tiene claro el lugar y el momento en que lo realizará.
- *Amenaza suicida*: constituida por las verbalizaciones o las insinuaciones de las intenciones suicidas. Por lo general, son expresadas ante personas con las que se mantiene un vínculo estrecho. Deben ser consideradas como una solicitud de ayuda (Balsa y Naranjo, 2012).
 - *Gesto Suicida*: actos o precursores de actos que si se llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (Almonte, 2012). Mientras la amenaza suicida es verbal, el gesto suicida incluye además el acto (Balsa y Naranjo, 2012).

- *Intento, tentativa de suicidio o parasuicidio*: es definida como la conducta, acto o acciones que el individuo ejecuta intencionalmente para causarse daño y la muerte, no logrando su consumación independientemente de la letalidad del método empleado (Valdivia, 2006; Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo, 2002). Según la gravedad y el riesgo vital que tengan estas acciones, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que no implican riesgo vital) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003). Es probable que el intento de suicidio ocurra cuando el adolescente presenta todo el espectro de verbalizaciones y cogniciones suicidas, incluyendo ideación con planificación e intento (Spirito y Overholser, 2003, citado en Cruz y Roa, 2005).
- Suicidio frustrado: definido como acto suicida sin resultado de muerte debido a la mediación de situaciones fortuitas, casuales y no esperadas por el sujeto (Balsa y Naranjo, 2012).
- Suicidio accidental: gesto suicida con resultado de muerte, llevado a cabo con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto (Balsa y Naranjo, 2012).
- Suicidio Consumado: incluye todos los actos intencionalmente autoinfligido por el niño/a o adolescente que tienen como resultado su propia muerte (Mardomingo, 1998, citado en Cruz y Roa, 2005).

El espectro de la conducta suicida en niños y adolescentes incluye un continuo de todas las manifestaciones definidas anteriormente, por lo que refiere al suicidio como un proceso, estableciendo una secuencia progresiva de gravedad creciente que se inicia en el instante en que comienzan los pensamientos y deseos de quitarse la vida, pasando posteriormente por la realización de intentos de suicidio (los cuales van incrementando la letalidad a medida que se repiten los intentos), hasta lograr finalmente el suicidio consumado (Cañón, 2011; Fernández y Merino, 2001).

En este sentido, existen similitudes entre los niños y adolescentes que piensan en matarse, con los que realmente lo intentan y los que han logrado concretar dichos intentos, ya que en la medida que va avanzando este espectro, se observa que hay un aumento en la severidad y cantidad de síntomas psiquiátricos, psicopatologías y factores de riesgo (Valdivia, 2006).

Ahora bien, el adolescente no llega a cometer un suicidio de manera abrupta, sino que más bien el suicidio es el momento cúlmine de un proceso continuo que se inicia en la niñez temprana a través de conflictos emocionales y conductuales de magnitud moderada, que se acrecientan con el inicio de la adolescencia y finalizan con una fase precipitante caracterizada por quiebres relacionales días previos al intento (Ulloa, 1994, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

Ulloa (1994, citado en Cruz y Roa, 2005) clasifica este proceso en tres fases:

1. *Fase inicial*: constituida por una historia de problemas conductuales y emocionales de moderada magnitud en la niñez temprana.
2. *Fase de escalada*: se produce en la etapa inicial de la adolescencia, pues con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad llevan al sujeto a un sentimiento de soledad producto de problemas en las relaciones con los padres y amigos, preocupaciones sobre el rendimiento escolar, cambios corporales, etc.
3. *Fase precipitante final*: ocurre los días previos a que el adolescente intenta suicidarse, en los cuales la comunicación que mantiene con sus padres se bloquea y hay un distanciamiento de los amigos. Con esto aumenta el sentimiento de soledad que apareció en la fase anterior, pues hay un quiebre en las relaciones interpersonales que mantiene el sujeto. Esto probablemente culmine en una conducta suicida.

A su vez, Poldinger (1969, citado en Cruz y Roa, 2005) propone que el suicidio como proceso clínico constaría de tres etapas:

1. *Etapas de consideración:* en la cual morir representa para el sujeto la posibilidad de resolver problemas. Este proyecto se organiza en torno a las fantasías y experiencias de la persona. Considerar la posibilidad de autoeliminarse genera en un principio ansiedad, sin embargo prontamente se estructura y se torna egosintónico.

2. *Etapas de ambivalencia:* en el individuo se hace presente la indecisión y la lucha entre tendencias destructivas y constructivas. Esta etapa es de conflicto y crisis para el sujeto, en la cual manifiesta señales y avisos sobre la intención de suicidarse.

3. *Etapas de decisión:* en la cual el individuo opta por suicidarse. Durante esta etapa se observan señales directas o indirectas, actos preparatorios e ideación suicida que llevan a una representación concreta respecto a la opción por la muerte.

La conducta suicida debe ser considerada como un fenómeno multicausal en el que intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos. Es decir, la conducta suicida en el niño y adolescente es heterogénea pues refleja los diversos patrones predisponentes que incluyen las vulnerabilidades familiares, individuales o sociales, comorbilidad, trastornos psiquiátricos y conductas de riesgo (Almonte, 2012; Torres, Rodríguez, Font, Gómez y García, 2006, citados en Balsa y Naranjo, 2012).

Por lo tanto, un punto característico de la conducta suicida en la niñez y adolescencia es su estrecha dependencia con el ambiente, lo que tiene importancia en la evaluación psicopatológica y diagnóstica, en el pronóstico y en las estrategias de tratamiento (Almonte, 2003).

Según los conocimientos actuales, la conducta suicida es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocado por una

situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional (Balsa y Naranjo, 2012).

El deseo de suicidarse responde a factores ambientales y vulnerabilidad personal, la que está determinada por una interacción entre el nivel de desarrollo psicológico, las experiencias tempranas de vida y los factores constitucionales del joven (Balsa y Naranjo, 2012; Almonte, 2003).

En los menores de doce años de edad es más frecuente la ideación que el intento suicida, lo que en parte se explica por una mayor protección por parte del entorno y la familia, la inmadurez cognitiva para poder planificar y ejecutar un intento y por la menor asociación a trastornos afectivos presentes en ese rango etario (Almonte, 2003).

En tanto en los adolescentes que intentan suicidarse, se ha observado que la mayoría lo hacen como respuesta inmediata e impulsiva a una situación angustiosa, frustrante o punitiva que sobrepasa su capacidad adaptativa. Posteriormente ocurre un bloqueo cognitivo y una interferencia emocional que les impide medir las consecuencias reales de su acción (Almonte, 2003).

Orbach (1994 citado en Casullo, 2004) propone la existencia de tres tipos de comportamientos que estarían a la base de la conducta suicida en la adolescencia:

- *Comportamiento Depresivo perfeccionista*: corresponde a adolescentes con alto grado de exigencias, expectativas de rendimiento y logros, en conjunto con vulnerabilidad a las situaciones de derrota o fracaso. Se evidencian altos grados de deseabilidad social y el cumplimiento de normas sociales. Son sujetos propensos a la internalización de críticas y de sentimientos hostiles.
- *Comportamiento Impulsivo*: adolescentes con escasa tolerancia a la frustración, con altos grados de irritabilidad y comportamiento acting-out, además de manifestar evidentes dificultades en la resolución de conflictos, sobre todo en el contexto interpersonal.

- *Comportamiento Desintegrado:* se caracterizan por ser individuos con comportamientos ansiosos importantes, miedo a la pérdida del autocontrol y a manifestar conductas agresivas, desmedidas o poco asertivas en determinadas situaciones, por lo que es probable que evidencien un comportamiento sumiso. Existe alta probabilidad de que padezcan ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Con respecto a la dependencia de la conducta suicida del niño y adolescente con el ambiente, Pfeffer (2002, citado en Almonte, 2012) expresa la existencia de factores que influyen en el episodio suicida, los cuales los agrupa de la siguiente manera:

- *Afectos, conductas y trastornos psiquiátricos:* en los cuales se incluye la ansiedad, depresión, agresión, abuso de sustancia, trastornos de conducta y psicóticos, incluyendo la esquizofrenia.
- *Relaciones interpersonales:* es importante observar el ajuste social, con los pares, familiares y en el colegio. Los problemas intrafamiliares incrementan cuatro veces el riesgo suicida, actuando muchas veces como eventos precipitantes.
- *Función del Yo:* en el cual es preciso considerar las formas de enfrentamiento a los problemas, donde incluye el manejo del control de impulso, uso del pensamiento realista, pensamiento lógico y mecanismos defensivos. Dentro de los mecanismos de defensa serían de riesgo la proyección, la regresión y la formación reactiva.
- *Eventos del desarrollo:* en este punto incluye los trastornos del desarrollo, interfase a la adolescencia, estrés severo como por ejemplo la muerte de un ser querido, familiar o amigo (dentro de éstos los duelos por suicidio son de compleja resolución), abuso sexual y trastornos psiquiátricos en los padres.

A su vez, Shneidman (1988, citado en Cruz y Roa, 2005) explica que el acto suicida propiamente tal presenta características comunes sin importar los distintos factores que pueda tener a la base. Éstas características son las siguientes:

- El propósito del acto suicida es buscar una solución.
- Su objetivo es sacar de la conciencia los contenidos que están causando sufrimiento.
 - Estos contenidos se relacionan con necesidades psicológicas frustradas.
 - La indefensión y la desesperanza son las emociones que están a la base.
 - La ambivalencia es su estado cognitivo.
 - La constricción es su estado perceptual, en la cual el sujeto no logra percibir todos los aspectos de la realidad, haciéndose consciente sólo los aspectos negativos. En este sentido, el individuo sólo percibe una posible solución ante sus problemas.
 - El escape es su acción, que es coherente con el patrón de enfrentamiento de problemas que el sujeto ha ido desarrollando a lo largo de su historia vital.
 - La comunicación de la intención es su acto interpersonal.

En relación a las características psicológicas que le confieren vulnerabilidad al adolescente para la realización de intento suicida, Almonte (2012) las agrupa de la siguiente manera:

- *Identidad*: la imposibilidad de representar la unicidad del self favorece las conductas autodestructivas, pues impide que el adolescente se proyecte en el tiempo. En este sentido, los eventos vitales complejos pueden gatillar fácilmente la conducta suicida.
- *Egocentrismo*: A pesar que el adolescente está desarrollando el pensamiento hipotético deductivo, persiste un nivel de egocentrismo. El fenómeno de la autoconciencia imaginaria propia de la edad amplifica su autocrítica y autoconciencia, percibiéndose como único en su experiencia, y si ésta es negativa, puede generar la incursión en conductas suicidas.

- *Separación-individuación*: El desbalance que se produzca hacia cualquiera de ambos polos puede facilitar la aparición de conductas autodestructivas. Si se sobre enfatiza en la individuación se predispone a presentar depresiones autocríticas, y si no se logra la separación la predisposición es a depresiones anaclíticas.
- *Enfrentamiento de éxito y fracaso*: En las situaciones en que el adolescente se atribuye la culpa por sus fracasos, aumenta su vulnerabilidad favoreciendo la presencia de conductas suicidas. Sin embargo, la resiliencia que se entiende como la capacidad de desarrollarse en forma sana en los momentos de dificultad, actuaría como un factor protector.

Con respecto a las características del intento de suicidio en menores de quince años, en un estudio realizado por Pandolfo et al., (2011) se observa que entre las causas desencadenantes del intento estuvieron presentes las relaciones interpersonales conflictivas (57%), pérdidas afectivas (17%) y violencia intrafamiliar o abuso sexual (11%). En relación al método utilizado el 78% ingirió fármacos, el 7% se infligió herida de arma blanca; el 6% correspondió a semiahorcamiento y el restante 9% utilizó otros métodos. Cabe mencionar que el 18% planificó el intento y el 10% tuvo riesgo vital.

En el mismo sentido, Boergers (citado en Cruz y Roa, 2005) realiza un estudio que da cuenta las razones más frecuentes por las que los adolescentes hicieron intento de suicidio. Entre las razones estuvieron el deseo de morir (28%), obtener alivio (18%) y escapar (13%). Los adolescentes que reportaron que su razón de intento de suicidio era el deseo de morir, reportaron más depresión, desesperanza, dificultades para expresar la rabia y tendencia al perfeccionismo.

2.1.1 Aspectos evolutivos del concepto de muerte

Un elemento principal que define la conducta suicida es la intencionalidad de quitarse la vida o provocarse daño a sí mismo (Almonte, 2012), sin embargo esto es muy difícil de evaluar en los niños y adolescentes que presentan este tipo de conductas.

Montenegro y Guajardo (2000, citado en Cruz y Roa, 2005) explican que esta dificultad tiene que ver con el desarrollo cognitivo respecto al concepto de muerte y a la irreversibilidad de este fenómeno, lo cual según estos autores, no se logra entender a cabalidad hasta llegar a la prepubertad. En otras palabras, la comprensión de la muerte por parte del niño dependerá del nivel de desarrollo cognitivo alcanzado en ese momento (Ortiz, 2007).

Debido a esta dificultad, existe una postura que plantea que el término intento de suicidio estaría mal empleado en el caso de los niños, pues en la mayoría de estos casos no habría una intención calculada, *“ni una determinación final, ni siquiera una ambivalencia entre vivir o morir, más bien lo que hay es un demostrativo llamado de ayuda, un signo de escape o un acto impulsivo”* (Montenegro y Guajardo, 2000, p. 144, citado en Cruz y Roa, 2005), por lo que estas conductas serían utilizadas con un fin no suicida (Cruz y Roa, 2005).

Esta discusión se da en relación a la intencionalidad de la conducta suicida en la infancia y adolescencia y es comprensible por las diferencias que se dan en las distintas etapas de desarrollo del concepto de muerte (Cruz y Roa, 2005).

Por otro lado, muchos autores acuerdan que para que el niño tenga una percepción real de la muerte debe tener una comprensión de cuatro conceptos que son fundamentales: universalidad, irreversibilidad, cesación de los procesos corporales o disfuncionalidad y causalidad (Viñas y Doménech, 1999; Tau y Lenzi, s.f).

Por universalidad se entiende que todo ser vivo debe morir en algún momento, en otras palabras, la muerte es un fenómeno que afecta a todos. La irreversibilidad se refiere a la idea que la muerte es un proceso irrevocable, sin retorno. Por cesación de los procesos corporales o disfuncionalidad, se refiere que a que todas las funciones vitales cesan con la muerte y finalmente la causalidad se refiere a conocer las causas reales que producen la muerte (Viñas y Doménech, 1999; Tau y Lenzi, s.f). Con relación a esto, dichos autores consideran que a partir de los once o doce años los niños generalmente ya tienen una percepción real de la muerte (Viñas y Doménech, 1999).

Sin embargo, Almonte (2003, 2012) refiere que para presentar conductas suicidas no es prerequisite tener una concepción madura ni total de la muerte, aunque sí se espera que el niño tenga algún tipo de concepto referente a ella, por ejemplo niños de tres años presentan un concepto inmaduro de muerte pero suficiente para desear estar en ese estado.

Es común que los niños suelen tener preocupaciones y fantasías frente a la muerte de otras personas más que de su propia muerte, y si se les da la oportunidad no tienen dificultad en hablar sobre ellas. Son raras las ocasiones en que se tornan muy egocéntricas y mórbidas. Si en la niñez temprana hay presencia de fantasías intensas en relación a la muerte constituye una señal de alerta y puede considerarse como un indicador de riesgo suicida, pero esto solo ocurrirá ante la presencia de un sustrato psicopatológico grave y un ambiente disfuncional extremo (Almonte, 2003).

Ulloa (1993) plantea que si bien la conducta suicida involucra el deseo de quitarse la vida, la comprensión de muerte como el término irreversible de la vida no se encuentra presente en todos los niños y adolescentes suicidas. Lo importante es que la meta final de la conducta autodestructiva es lograr la muerte, independiente de cómo ese adolescente o niño la conceptualiza en particular.

El proceso de desarrollo del concepto de muerte es lento y prolongado, y tiene características específicas en cada etapa del desarrollo (Almonte, 2003, 2012; Ortiz, 2007; Ulloa, 1993), por lo que se hace relevante conocer cada una de ellas:

- *Período sensoromotriz (0 a 2 años aproximadamente):* Las categorías permanencia del objeto, causalidad, noción del espacio y tiempo serán indispensables para conocer la comprensión o representación de un niño ante la muerte. De esto se desprende que antes del primer año no hay una representación de muerte en cuanto tal, ya que apenas se está construyendo una separación del mundo interior del exterior (Almonte, 2003, 2012; Ortiz, 2007).
- *Período preoperatorio (2 a 7 años aprox.):* la función simbólica le confiere al niño la capacidad de manipular la realidad a través de símbolos, signos, imágenes y preconceptos, es decir, pasa de la inteligencia práctica al pensamiento

propriadamente dicho, pues manipula la realidad mediante esquemas de acción internos y simbólicos. La capacidad de pensar en objetos, hechos y personas ausentes marca el comienzo de la etapa preoperacional. Características de esta etapa es el pensamiento egocéntrico, el animismo, la reversibilidad de pensamiento, pensamiento mágico y medir los actos por las repercusiones materiales y no por la intencionalidad (Ortiz, 2007). La muerte puede adoptar una corporeidad y el niño necesita de hechos o cosas concretas en las cuales apoyarse. Un punto importante es que el niño cree en la reversibilidad de la muerte, en la recuperación de la vitalidad ya que su capacidad mágica lo hace creer en eso. Es decir, hay una percepción mística de la muerte, donde ese estado es temporal y reversible. Este será el pensamiento que acompañe sus conductas autodestructivas (Almonte, 2003, 2012; Ortiz, 2007).

- *Pensamiento operacional (7 a 12 años aprox.):* A partir de esta etapa hay un pensamiento más realista acerca de la muerte, lo que lleva al niño a personificar la muerte. Existe una concepción de muerte como algo permanente, inevitable, irreversible y universal (Almonte, 2003, 2012; Zañartu, Krämer y Wietstruck, 2008; Ortiz, 2007).

- *Pensamiento abstracto (después de los 12 años):* supone el acceso a la simbolización de la muerte, temor a la pérdida real y al final de su propio destino (Almonte, 2012; Zañartu et al., 2008; Ulloa, 1993).

El conocimiento de este proceso de desarrollo del concepto de muerte permite entender por qué aumenta la proporción de conductas destructivas en la adolescencia (Ulloa, 1993).

Además hay que tener en consideración que el nivel de logro del concepto de muerte no solo depende de la edad del sujeto, sino también de las características emocionales, del nivel cognitivo y de las experiencias personales y familiares (Almonte, 2003).

2.1.2 Epidemiología y datos estadísticos

2.1.2.1. Magnitud del problema

Según la Organización Mundial de la Salud [ONU] (2008, citada en Nahuelpan y Varas s.f.), el suicidio es la décimo tercera causa de muerte a nivel mundial en personas de todas edades, con 14,5 casos por 100.000 habitantes (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002, citado en Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007) y es parte de las tres principales causas de muerte en sujetos de entre 15 a 34 años de edad (Nahuelpan y Varas s.f.).

En el año 2000, a nivel internacional 815.000 personas mueren al día por causa de suicidio, representando una tasa mundial de mortalidad de 14,5 suicidios por 100.000 habitantes (OPS, 2003, citada en Ruíz y Sepúlveda, 2004). En el mismo año, un número de personas entre 10 a 20 veces superior a las que se suicidaron, realizaron un intento de suicidio, reportándose de esta manera, un suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio. (Nahuelpan y Varas s.f.). En América durante ese año, se registraron 66.000 muertes por suicidios, presentándose una tasa de 4,2 y 23 suicidios por cada 100.000 habitantes (OPS, 2003, citada en Ruíz y Sepúlveda, 2004).

Se hace pertinente mencionar que las estadísticas sobre muertes autoprovocadas podrían estar subestimadas, debido a que primeramente, muchos de los fallecimientos que son clasificados como muertes accidentales pueden corresponder a muertes por lesiones autoinflingidas (Tapia et al., 2010), en segundo lugar, dentro de las tasas de muertes por causa indeterminada podría existir una cifra importante de muertes autoprovocadas (Florenzano, Carvajal y Weil, 1999, citado en Ventura, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib, 2010) y finalmente porque el suicidio aún continua siendo un tema que con frecuencia es ocultado tanto por la familia de la víctima como por la sociedad dado el impacto de este hecho, es cual, la mayoría de las veces, además de ser una experiencias traumática y dolorosa, sigue siendo una situación estigmatizada y criminalizada, provocando de ésta manera la invisibilidad del fenómeno (Nahuelpan y Varas s.f; Rivera y Andrade, 2006; Larraguibel et al., 2000).

Para el caso de los intentos de suicidios se hace aún más complejo contar con información confiable y exacta, debido en gran medida a la falta de registros centralizados y establecidos respecto de la prevalencia de la conducta suicida (Tapia et al., 2010).

En Chile, desde 1986 se ha reportado un incremento sostenido de las tasas de suicidio en la población general, alcanzando una tasa de 10,4 suicidios por cada 100.000 habitantes (Baader et al., 2011).

Un estudio realizado por el Servicio Médico Legal (Nahuelpan y Varas s.f.), en el que se describe la situación nacional y regional respecto de la población muerta por suicidio en Chile durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2008, indica que 13.793 personas fallecieron por lesiones autoinflingidas intencionalmente, siendo las regiones V, VIII y la RM, las que concentran la mayor cantidad de suicidios y en donde las RM triplica la cifra de muertes ocurridas en las otras dos regiones mencionadas.

Las diferencias de género respecto de los fallecimientos por lesiones autoinflingidas e intentos suicidas, también se hacen evidentes. En promedio, a nivel mundial, la razón de suicidios consumados entre hombre y mujeres es de 3:1 o 4:1, respectivamente, mientras que las mujeres presentan mayor proporción de intentos suicidas con una razón de 3:1 (Tapia et al., 2010).

A nivel nacional se han constatado modificaciones en el período comprendido entre el 2000 y el 2008. Mientras en el año 2000 fallecieron 186 mujeres por lesiones autoinflingidas, aumentando a 392 en el año 2008, los suicidios masculinos aumentaron de 1.022 a 1.661 hombres, respectivamente (Nahuelpan y Varas, s.f.).

Según las Encuestas Nacionales de la Salud realizadas en los años 2000 y 2009, las tasas de suicidio en la población general han aumentado de 9,6 defunciones por 100.000 habitantes en el año 2000 (hombres =16.6 y mujeres =2.7), a 12,7 defunciones por suicidio por cada 100.000 habitantes (hombres =20.8 y mujeres =5.0) (MINSAL, 2010, citado en Valdés y Errázuriz, 2012).

En relación a la estadística nacional, es posible asumir que el suicidio es un fenómeno mayoritariamente masculino, sin embargo son las mujeres quienes han evidenciado un mayor aumento, duplicando la cantidad de suicidios entre los años 2000 y 2008 (Nahuelpan y Varas, s.f.).

2.1.2.2. Epidemiología y datos estadísticos de la conducta suicida en la adolescencia

Estadísticas a nivel mundial, evidencian aumentos sistemáticos y sostenidos en la conducta suicida de niños y adolescentes durante las últimas décadas (Balsa y Naranjo, 2012). Si bien el suicidio consumado y las tentativas suicidas presentan poca frecuencia en la niñez (menores a 12 años) la ideación suicida es mayormente común (Cruz y Roa, 2005).

En el mundo, cuatro millones de adolescentes intentan suicidarse en el año y aproximadamente 100.000 fallecen por esta causa (UNICEF, 2002, citado en Barroilhet et al.). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001, citado en Ventura et al) el suicidio adolescente es una de las cinco primeras causas de muerte entre los 15 y 19 años y la quinta causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años, presentando una tasa de suicidios de 1,8 por 100.000 habitantes (Pandolfo et al.). En este último rango etario, el mayor número de suicidio se comete entre los 12 y 14 años (Cruz y Roa, 2005).

En cuanto a las ideas suicidas, estas son altamente frecuentes en la adolescencia y en asociación con factores de riesgo, pueden llegar a desembocar en la realización de un acto suicida (Balsa y Naranjo 2012). Se estima que por cada un adolescente que comete suicidio, cerca de 300 lo intentan (Pérez 2001, citado en Balsa y Naranjo, 2012).

Según estadísticas internacionales, el 29,9% de los adolescentes han tenido ideas suicidas en algún momento de sus vidas, mientras que el 9,7% y el 6,8% han atentado contra sí mismos en algún momento o durante los últimos 12 meses, respectivamente (Evans, Hawton, Rodham y Deeks, 2005, citados en Baader et al., 2011; Ventura et al.).

Los casos graves de intentos de suicidio son importantes predictores de posteriores suicidios consumados (Harris, Hawton y Ralh, 2005 citado en Tapia et al., 2010) sobre todo dentro de los primero seis meses de realizado el primer intento (OPS, 2003, citada en Miranda y Velásquez, 2008), reincidiendo en un intento suicida el 20% de quienes lo hayan intentado antes y terminando en suicidio consumado el 10% de estos (Tapia et al., 2010).

Es importante mencionar, que el riesgo de muerte por suicidio luego de 10 a 15 años después de un intento de suicidio, en varones es de un 10% y en mujeres es de un 2,9% (Ulloa, 1994, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

En relación a la variable sexo en adolescentes con suicidios e intentos de suicidios, los registros recogidos a través de estudios realizados a nivel mundial y nacional se observa que el suicidio consumado mantiene una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, con una proporción de 3:1 respectivamente. En cambio, la ideación y los intentos suicidas son mayormente prevalentes en el género femenino, obteniendo una proporción de 3:1 (Balsa y Naranjo, 2012; Gould, Greenberg, Velting, y Shaffer, 2003; Montenegro y Guajardo, 2000, Parmelee, 1998, todos citados en Miranda y Velásquez, 2008; Cruz y Roa, 2005; Andrews y Lewinsohn, 1992, citado en Baaderm et al., 2011).

2.1.2.3. Datos estadísticos a nivel nacional

En Chile, durante las últimas dos décadas se ha constatado un aumento notorio en las tasas de suicidio en la población adolescente, presentándose estos cada vez más precozmente en la vida de los jóvenes, llegando a ser la segunda causa de muerte a esta edad, siendo solo superado por aquellas muertes producto de accidentes de tránsito (Shaffer y Pfeffer, 2001, citado en Miranda y Velásquez, 2008; Nahuelpan y Varas, s.f.). Entre los años 1983 y 2003, la tasa de suicidio aumentó en todos los grupos de edad entre los 10 y 29 años (MINSAL, 2006 citado en Tapia et al., 2010), dejando en evidencia el crecimiento del suicidio juvenil en nuestro país.

Según lo informado en el compendio estadístico del Instituto Nacional de Estadísticas, en Chile durante el año 2003 se reportaron 14 casos de muertes por suicidio en el rango etario entre 10 y 14 años y 114 casos en el rango de 15 a 24 años (Instituto Nacional de Estadísticas [INE] 2003, citado en Miranda y Velásquez, 2008). Así mismo, según el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud (2007, citado en Miranda y Velásquez, 2008) entre los años 1983 y 2003 el porcentaje de suicidios en adolescentes cuyas edad fluctúan entre los 10 y 14 años, aumenta desde un 1,8% a un 6,9%, mientras que en los jóvenes de entre 15 y 19 años, aumenta de un 7,7% a un 16,6%, y de 7,4% a 18,4% en el rango de 20 a 24 años de edad. En estadísticas recientes, durante el año 2010, la tasa de suicidio en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 19 años, es de 6,8 suicidios por 100.000 habitantes (MINSAL, 2010, citado en MINSAL, 2011).

En relación a las diferencias por género a nivel nacional, según datos informados por el Anuario Estadístico 2000, los fallecidos de sexo masculino por lesiones autoinfligidas en el rango etario entre 10 y 14 años, corresponden a 5 casos (1,16% del total de los casos de sexo masculino fallecidos por suicidio), mientras que en el rango etario entre 15 y 24 años, se reportan 81 casos de fallecidos de sexo masculino por autolesiones infligidas (18,79% del total de casos) (Servicio Médico Legal [SML], 2000 citado en Cruz y Roa, 2005). Para el caso femenino, en el rango etario entre 10 y 14 años se reporta la existencia de un caso, mientras que en la cifra aumenta a 21 casos para el rango etario entre 15 y 24 años (SML, 2000 citado en Cruz y Roa, 2005). Según el último estudio realizado durante año 2010, la tasa de suicidio en adolescente del sexo masculino, es de 9,8 suicidios por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de suicidio femenino, es de 3,7 casos por 100.000 habitantes (MINSAL, 2010, citado en MINSAL, 2011).

En referencia a los métodos utilizados por adolescente, según lo informado por el Anuario Estadístico 2000 (SML, 2001, citado en Ruiz y Sepúlveda, 2004) el método mayormente utilizado en adolescentes pertenecientes al grupo etario entre 10 y 14, así como en el grupo de 15 a 24, fue el ahorcamiento con 5 y 77 casos respectivamente, seguido por el uso de armas de fuego con 17 casos presentados solo en el grupo de mayor edad.

Información similar es la entregada por el INE (2002, citados en Ruíz y Sepúlveda, 2004), siendo los métodos de mayor frecuencia, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (77%), los disparos con armas de fuego (9%).

Finalmente, la Encuesta Mundial de Salud del Escolar realizada durante los años 2004-2005 a adolescente de séptimo básico a primero medio, pertenecientes a 100 colegios del país, indicó que entre el 20 y el 22% de los adolescentes encuestados consideró seriamente la posibilidad de suicidarse durante los últimos 12 meses previos a la realización del estudio, entre el 15 y el 16% planificó la manera de cómo llevarlo a cabo y entre el 12 y 15% manifestó ambos elementos concomitantes, siendo todas las cifras considerablemente mayores en mujeres (MINSAL, 2007, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

En un estudio realizado durante el año 2011, por el Ministerio de Salud en conjunto con la Facultad de Medicina, la División de Pediatría y el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica, se realizó la revisión de 18.450 fichas clínicas de adolescentes pertenecientes a 29 servicios de salud del país, con el objetivo de conocer la situación de salud de los adolescentes del territorio nacional, encontrándose en materia de salud mental, resultados preocupantes, ya que el 24% de los adolescentes tiene alteraciones en su estado de ánimo y de ellos el 1,2% presenta ideas suicidas. Según la OCDE, Chile es el segundo país del mundo con mayor aumento en la tasa de suicidio adolescente entre los 10 y 14 años de edad, siendo solo superado por Corea del Sur (MINSAL, 2011).

En relación a los estudios recientemente publicados a nivel nacional un estudio realizado por Pacheco, Lizana y Celhays (2010), realizó una revisión de 127 fichas clínicas de adolescentes menores de 18 años, hospitalizados en el servicio de pediatría de la Clínica San Carlos de Apoquindo de la Universidad Católica, durante el periodo comprendido entre los años 2001-2004, con el objetivo de comparar diversas variables en adolescentes hospitalizados por intento suicida (46 casos) y adolescentes internados por otras causas psiquiátricas (81 casos). Los resultados obtenidos, no reportaron diferencias en relación a la edad, con 15 años promedio para ambos grupos. En relación a la variable género, el 71,7% de los pacientes con intento suicida eran mujeres y el 28,3% varones,

mientras que en grupo control, el 51,9% correspondió a mujeres y el 48,1% a hombres, encontrándose inclinación significativa en relación al sexo femenino en los pacientes con intento de suicidio. Al caracterizar al grupo con intento de suicidio, la mayoría de los pacientes (69%) reportó haber realizado en esta ocasión su primer intento suicida y de estos la mayoría fueron mujeres (65,5%). El método más usado para cometer intento suicida fue la ingesta de fármacos, registrándose 37 casos (80,4%) de los cuales 31 eran mujeres. En cuanto a antecedentes de consultas psiquiátricas previas a la hospitalización, se observó que el 52,2% del grupo con intento suicida reportó haber consultado por motivos psiquiátricos dentro del mes previo a la internación, mientras que en el grupo control la cifra fue de 71,6%. En lo referente a la estructura y las dinámicas familiares, no se encontraron diferencias significativas. Por otra parte, el trastorno depresivo en pacientes con intento suicida se encontró en un 71,4% y en un 34,6% en los pacientes sin intento suicida. Finalmente, al analizar el antecedente familiar de conducta suicida y morbilidad psiquiátrica, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Otro estudio publicado en el 2012, por Inzunza, Navia, Catalán, Breheme y Ventura, realizado con 47 pacientes menores de 20 años ingresados al Hospital Clínico de la Universidad Católica por conducta suicida entre los años 2007 y 2009 con el objetivo caracterizar la población juvenil con comportamiento suicida, determinó que en relación a las características epidemiológicas, existe diferencia significativa entre la edad promedio de hombres y mujeres (17,0 y 15,1 años respectivamente). En relación al sexo, predominó el género femenino, con un 53,1% de la muestra, mientras que en lo referente a los métodos utilizados, las mujeres utilizaron en un 87,8% métodos medicamente no severos, descendiendo la cifra en hombres a un 57,1%.

Por otra parte, en el mismo estudio, se trabajó en relación a las características sociodemográficas, el 87,2% de la muestra eran mujeres y 80,9% eran estudiantes de educación media. El 57,4% de los pacientes pertenecían a una familia biparental, 36,2% a una monoparental y 6,4% vivía con otro familiar o tutor. Respecto de antecedentes psiquiátricos y médicos el 51,1% de la muestra presentaba intentos previos, 68,1% tuvo tratamiento psiquiátrico anterior, 8,5% cursó hospitalización psiquiátrica y 25,5% presentaba patología médica concomitante. El 100% de la muestra utilizó el método de

ingesta de fármacos, 6,4% además se autoinfirmó cortes, 80,9% utilizó psicofármacos (exclusivamente o acompañados de otros fármacos). El 97,9% de la muestra ingresó a unidad de paciente crítico. El 17% presentó conducta suicida médicamente severa. En 66% el gatillante asociado fue el conflicto con padres, mientras que el conflicto de pareja como el de pares se presentó en 14,9% de los casos.

En relación a los diagnósticos psiquiátricos según la evaluación multiaxial bajo los criterios DSM IV, el mismo estudio reporta que en el Eje I, se presentó en un 74,5% el episodio depresivo mayor, 19,1% el trastorno de ansiedad, 14,9% el trastorno de conducta, 6,4% el trastorno adaptativo y el trastorno bipolar sólo en un 2,1% de la muestra. En el Eje II, el 42,6% manifestaba síntomas compatibles con desarrollo patológico de personalidad. En el Eje III, el 25,5% presentó patología médica. En el Eje IV, el 68,1% reportó disfunción familiar, mientras que en el Eje V, el 100% presentó alto grado de discapacidad social.

Finalmente, un estudio realizado por Salvo y Melipillán (2008), con 763 estudiantes de primero a cuarto medio pertenecientes a colegios municipales, administrados por corporación, particulares subvencionados y particulares de la comuna de Chillán, con el objetivo de determinar la relación y contribución de las variables género, edad, autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y apoyo social en relación al espectro de la conducta suicida en adolescentes, se pudo concluir que de las siete variables predictoras, seis presentaron relaciones estadísticamente significativas con la conducta suicida. Se observó una relación significativamente intensa entre autoestima y conducta suicida, una relación medianamente intensa con impulsividad, género, cohesión familiar y apoyo social y una relación de baja intensidad entre edad y adaptabilidad familiar con la conducta suicida presentada por los adolescentes. Es así como según el orden de incidencia, las variables son: autoestima, género, impulsividad, cohesión familiar, apoyo social percibido y edad. La variable adaptabilidad familiar, no evidenció relación estadísticamente significativa con la conducta suicida.

La edad, el género y la impulsividad se relacionan directamente con la suicidalidad, mientras que la autoestima, la cohesión familiar y apoyo social percibido se relacionan inversamente con la conducta suicida.

De manera mayormente específica, el 19,1% de los adolescentes intentó suicidarse en los últimos doce meses previo al estudio, de los cuales, el 25.2% fueron mujeres y el 13.0% hombres, presentándose de esta manera mayor suicidalidad en el género femenino. Del total de adolescentes con intentos suicidas, el 50% realizó dos o más intentos previos. El 77,2% presentaron ideas suicidas de diferentes niveles de severidad: pensamientos de que la vida no vale la pena (69,5%), deseos de estar muerto (64,1%) y pensamientos de terminar con su vida (43,3%).

2.1.3. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes

La conducta suicida en todas sus manifestaciones, es considerada un fenómeno complejo en el que intervienen numerosas situaciones acontecidas a lo largo de la historia vital del individuo. Es así como el acontecimiento inmediatamente previo al intento suicida, solo representa la sumatoria final de todas estas interacciones (Miranda y Velásquez, 2008; Cruz y Roa, 2005).

De esta manera, la interacción de los factores propios del individuo, asociados con eventos adversos y factores familiares que podrían actuar como protectores o gatillantes de conductas autolesivas en los menores, configurarían la génesis del intento de suicidio (Valdivia et al., 1998).

Por otra parte, Los factores de riesgos se caracterizan por ser (Pérez, 2001, citado en Balsa y Naranjo, 2012):

- *Individuales*: Lo que para un individuo es un factor de riesgo, para otro podría no serlo.
- *Generacionales*: Lo que en un momento determinado de la vida es un factor de riesgo, podría no serlo en una instancia diferente.

- *Genéricos*: Tanto el hombre como la mujer tendrán factores privativos de su condición.
- *Condicionados culturalmente*: Diversos factores pueden ser condicionantes de la conducta suicida en algunas culturas, no siéndolo en otras.

Los factores de riesgo incluyen características individuales, familiares y sociales (Torres et al., 2006 citados en Balsa y Naranjo, 2012; Ruíz y Sepúlveda, 2004; Peña et al., 2002) y existen diversas formas de clasificarlos, sin embargo la mayoría de estas clasificaciones se resumen en el contexto bio psico social (Rojo, 2007, citado en Balsa y Naranjo, 2012).

De esta manera, es posible encontrar:

- Factores epidemiológicos:
 - *Edad*: a nivel mundial, se ha determinado que las muertes por suicidio aumentan en la medida en la que las víctimas son mayores en edad, llegándose a triplicar las tasas de suicidio en personas de 75 años y más, en relación a las muertes en población juvenil, aunque también se ha determinado que existen altos índices en el rango etario de 15 a 24 años de edad (Tapia et al. 2010). Por su parte, las tentativas de suicidio son poco frecuentes en niños pequeños, pero incrementan posterior a los 12 años, alcanzado su mayor frecuencia entre los 16 y 18 años de edad (Gould, et al. 2003; Lewinsohn, Rohde, Seely y Baldwin, 2001, todos citados en Ruiz y Sepúlveda, 2004).

A su vez, la adolescencia es un proceso bastante complejo en la historia de vida de un individuo, en el que se presentan numerosos cambios y transformaciones no tan solo físicas, sino que también psicológicas y sociales, razón por la que podría convertirse en una etapa de crisis y de esta manera representar un factor de riesgo

para las conductas autolesivas en la juventud (Balsa y Naranjo, 2012).

En la población adolescente la mayor mortalidad por suicidio es en el grupo de 15 a 19 años, seguidos por el grupo de 10 a 14 años de edad (Valdivia, 2006; Pandolfo et al. 2011).

En la revisión realizada en Chile por el SML durante el periodo comprendido entre el 2000 y el 2008, el suicidio destacó con mayor frecuencia en los rangos etarios entre 20 y 23 años, así como también entre los 40 y 49 años (Baader et al. 2011).

- *Género*: En referencia a las diferencias de género respecto de los factores de riesgo asociados a niños y jóvenes con conducta suicida en cualquiera de sus manifestaciones, se ha estipulado que tanto para hombres como para mujeres existen los mismos factores vinculados al comportamiento suicida. Sin embargo, algunos autores como Sheffer y Pfeffer (2001, citados en Miranda y Velásquez, 2008) indican que el suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, llegando a ser 5 veces mayor en el sexo masculino en población de todas las edades (Miranda y Velásquez, 2008) mientras que la ideación y el intento suicida presenta mayor prevalencia en el sexo femenino (Tapia et al., 2010; Cruz y Roa, 2005). Esto podría estar explicado por la mayor predisposición que presentan las mujeres a buscar ayuda ante padecimientos psicológicos, además de buscar métodos menos letales que los utilizados por los hombres (Gould y Kramer, 2001, citados en Sánchez, 2012).

Cuando se asocia la variable género con el método utilizado para llevar a cabo la conducta suicida, las estadísticas asocian el sexo masculino con el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego, mientras que en el sexo femenino los métodos más utilizados son el ahorcamiento seguido de la intoxicación medicamentosa (Montenegro y Guajardo, 2000, citados en Miranda y Velásquez, 2008; Tapia et al. 2010).

- Factores Individuales:

- *Trastornos psicopatológicos*: gran cantidad de trastornos psicopatológicos coexisten con comportamientos suicidas (Casullo, 2004). La gran mayoría de las personas que fallecen por suicidio, han sido portadores de una enfermedad mental (Balsa y Naranjo, 2012). A su vez, se considera que gran parte de los niños y adolescentes que manifiestan conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología (Baader et al., 2011), mientras que la mayoría de aquellos adolescentes que mueren por suicidio, padecieron algún trastorno psicológico, pudiendo haber sido la enfermedad, una de las causas vinculadas a la conducta suicida (Balsa y Naranjo, 2012).

Se estima que el 90% de los adultos que comenten suicidio han tenido al menos un trastorno psiquiátrico, mientras que en jóvenes la cifra disminuye al 60% (Fleischmann, 2008; OMS, 2010, todos citados en Sánchez, 2012; Gould et al., 2003, citado en Pérez et al., 2007). Sin embargo, otros autores estiman que la cifra de adolescentes que sufrían de algún trastorno psiquiátrico al momento de su muerte, bordea el 90% de manera similar a la estadística en adultos (Shaffer, y Pfeffer, 2001, citados en Miranda y Velásquez, 2008).

Un estudio realizado durante el 2005 en Utah, una de las zonas en Estados Unidos con mayores cifras de suicidios juveniles, arrojó que una de las mayores dificultades a la hora de establecer un tratamiento con jóvenes que han llevado a cabo un intento de suicidio, es el estigma de padecer una enfermedad mental (Pérez et al., 2007).

Uno de los trastornos psicopatológicos de mayor prevaencia asociados a la conducta suicida, es el trastorno depresivo (Heredia y Andrade, 2006) oscilando entre un 49 y 67% y presentándose mayoritariamente en víctimas de sexo femenino (Gould et al., 2003,

citado en Miranda y Velásquez, 2008) Sin embargo, en los adolescentes que manifiestan estados depresivos y reciben un tratamiento adecuado y oportuno, se reducen significativamente las tasas de suicidio (Olson, Shaffer, Marcus y Greenberg, 2003, citados en Pacheco, Lizana y Celhay, 2010).

Otras condiciones psicopatológicas frecuentemente asociadas a adolescentes que han llevado a cabo intentos suicidas son, trastornos mentales del humor distímico y trastornos incipientes de la personalidad (Balsa y Naranjo, 2012), el trastorno de conducta, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastornos de personalidad borderline (Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004; Brent, Perper, Mortiz, Liotus, Schweers y Balach, 1994; Joiner, Brow y Wingate, 2005, todos citados en Pacheco et al., 2010).

De igual manera, el abuso de sustancias y el consumo de alcohol presentan alta asociación con las conductas suicidas en adolescentes (Alda, Sibina y Gago, 2006; Robles, Páez, Ascencio, Mercado y Hernández, 2002, todos citados en Pandolfo et al., 2011), estimándose que cerca del 50% de los fallecidos por suicidio están intoxicados al morir y alrededor del 18% de los alcohólicos mueren por suicidios (Maris, 2002, citado en Pérez et al., 2007).

- *Enfermedad física:* se ha estimado que las enfermedades físicas de carácter crónicas, tales como el asma, el cáncer o el VIH, aumenta la posibilidad de manifestar comportamiento suicida, en la medida en que pueden representar implicancias graves en la vida del individuo, sobre todo a nivel psicológico (Clarke, Coodwin, Messias y Eaton, 2008; Dreyer, Kendall, Danneskiold, Bartels, Bliddal, 2010, todos citados en Sánchez, 2012).

- *Antecedentes previos de conducta suicida:* El intento de suicidio previo es el factor de riesgo mayormente descrito en la conducta suicida juvenil (Duarte, Bordin y Hoven, 2002; Pelkonen y Marttunen, 2003; Alejo, González y Hernández, 2003; Gómez,

Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina y Fernández, 2002, Maris, 2002; Saffer, Scott, Wilcox, Maslow, Hicks y Lucas, 2004, todos citados en Pérez et al. 2007) encontrándose que los individuos que han realizado un intento de suicidio, presentan mayor riesgo ulterior para la reiteración de la conducta suicida (Larraguibel et al., 2000; Ulloa, 1993, todos citados en Pandolfo et al. 2011).

- *Antecedentes de suicidalidad previa:* aumenta 40 veces la posibilidad de fallecer por suicidio en algún momento de la vida (Tapia et al. 2010) sobre todo dentro de los 6 meses siguientes al primer intento (OPS, 2003, citado en Miranda y Velásquez, 2008) aumentando aún más el riesgo en la medida en la que un intento fallido, no recibe el manejo y tratamiento adecuado (Miranda y Velásquez, 2008).
- *Características de personalidad:* Algunas de las características propias de adolescentes propensos a las conductas suicidas tienen directa relación con conductas desreguladas y que en cierta manera afectan al ámbito interpersonal, tales como la rigidez cognitiva, aislamiento social, descontrol de impulsos, conductas agresivas, hostilidad, baja tolerancia a la frustración, escasas habilidades para la resolución de problemas, desesperanza, autoestima disminuida, autoexigencias que sobrepasan los límites razonables, demanda constante de atención y afecto, sentimientos de rechazo por parte de otros, conflictos con los padres en adolescentes menores y con la pareja en los mayores (Gómez 1998; Wilburn y Smith, 2005, todos citados en Pacheco et al. 2010; Balsa y Naranjo, 2012; Gould, et al. 2003 citados en Miranda y Velásquez, 2008; Valdivia, 2006).
- *Orientación Sexual:* Se estima que los adolescente homosexuales y bisexuales, presentan mayor riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (Russell y Joyner, 2001, citado en Sánchez, 2012; Gould et

al. 2003, citado en Ruíz y Sepúlveda, 2008). Si bien muchas personas de orientación sexual diversa no manifiesta conducta suicida, es necesario tener en cuenta la presión social presente en los ambientes y contextos en los que se desenvuelven (King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk y Nazareth, 2008, citado en Sánchez, 2012). Según algunos autores, el estrés y la presión sufrida por las actitudes homofóbicas del entorno son las razones que podrían estar a la base de los comportamientos suicidas y no la orientación sexual en sí misma (Berghe, Dewacle, Coxy y Wincke, 2010; Coker, Austin y Schuster, 2010, todos citados en Sánchez, 2012).

- *Biológicos*: Niveles anormales de serotonina en el organismo, predisponen a conductas hostiles, irritabilidad, comportamientos impulsivos y a la manifestación de comportamientos suicidas (Gould et al. 2003, citado en Ruíz y Sepúlveda, 2008). En algunos estudios postmortem realizado a cadáveres de suicidas y de personas fallecidas por accidente, se encontró menores cantidades de serotonina en el tallo cerebral de aquellos que fallecieron por causa de suicidio (Gould et al. 2003; Alejo et al., 2003; Gómez, et al., 2002; Maris, 2002, todos citados en Pérez et al. 2007).
- Factores psicosociales
 - *Familiares*: Las situaciones familiares inestables y complejas, tales como hogares rotos, disfunción familiar, violencia doméstica, ausencia de padres (Mandomingo, 1992, citado en Balsa y Naranjo, 2012; Fortune y Hawton, 2007 citados en Ventura et al., 2010), padres con trastornos mentales, consumos excesivo de alcohol, presencia de estilos educativos inadecuados o dificultades en la comunicación, también se asocian directamente con las conductas autolesivas en la población juvenil (Balsa y Naranjo, 2012; Gould et al., 2003, todos citados en Miranda y Velásquez, 2008) y colaboran

a incrementar el riesgo suicida (Baader et al., 2011), en la medida en que la familia es la encargada del óptimo desarrollo de actitudes, habilidades, hábitos, educación y transmisión de patrones de conducta a los niños o adolescentes desde sus inicios (Balsa y Barreira, 2012, en Balsa y Naranjo, 2012) siendo estos favorecedores o entorpecedores del desarrollo y personalidad del individuo (Batista y Moreno, 2012, citado en Balsa y Naranjo, 2012). De esta manera, tal como lo indican Cruz y Roa (2005) las situaciones complejas y de estrés presentes en la familia, constituyen el factor medioambiental de mayor preponderancia en la conducta suicida de niños y adolescentes.

Por otra parte, los antecedentes de suicidios familiares se asocian directamente con el riesgo suicida y con la temprana aparición en la adolescencia de cualquiera de las manifestaciones que componen la conducta suicida (Quin, Agerbo y Mortensen, 2003; Brent, Perper, Moritz, Allman, Friend y Roth, 1993, todos citados en Pacheco et al., 2010). Esto podría deberse a un aprendizaje por imitación de conductas dentro de la familia o de personas cercanas al núcleo familiar, como vecinos y amigos, ya que en gran frecuencias se han encontrado antecedentes de suicidios en la historia familiar de quienes han manifestado conducta suicida (Alda et al., 2006; Dajas, 2001, todos citados en Pandolfo et al., 2011; Peña et al., 2002). Se ha señalado que el suicidio juvenil es cinco veces más alto cuando dentro de la familia se encuentran antecedentes de madre con suicidio consumado y 2 veces más frecuente, cuando es el padre quien se ha suicidado previamente (Gould et al., 2003, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

- *Situaciones Adversas*: Los adolescentes en cuya infancia se han reportado eventos adversos numerosos y mayor riesgo social, han presentado mayor número de intentos suicidas (Fergusson, Liyunskey, 1995; Larraguibel et al., 2000, todos citados en Pacheco et al., 2010).

De esta manera, ser víctima de violencia y/o generador de ésta en cualquiera de sus manifestaciones, aumenta el riesgo suicida (Duarte et al., 2002; Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López, 2003, todos citados en Pérez et al., 2007). Según Miranda y Velásquez (2008), entre un 10 y 20% de los individuos con conducta suicida tienen antecedentes de violencia, mientras que un 30% de personas violentas tienen antecedentes de comportamientos suicidas. Por su parte, haber sido víctima de violencia sexual en la infancia aumenta el riesgo de manifestar conductas autolesivas en la adolescencia (Larraguibel et al., 2000 citado en Pandolfo et al., 2011) y en la adultez temprana (Gould et al., 2003, citados en Miranda y Velásquez, 2008).

- *Fenómenos contextuales y ambientales:* Uno de los factores contextuales de mayor prevalencia en niños y adolescentes con conducta suicida, radica en problemas escolares, la imitación o el contagio provocado por los medios de comunicación y la escasa regulación de armas de fuego y medicamentos a nivel familiar y cultural, debido a que en gran medida los intentos o suicidios se realizan de manera impulsiva con métodos encontrados con facilidad (Tapia et al. 2010; Ulloa, 1994; Gould et al., 2003 citados en Miranda y Velásquez, 2008).

Otros de los factores a considerar, dice relación con la época estacionaria en la que se comenten los intentos suicidas. Se evidencia que la mayor cantidad de suicidios se registran en primavera y la menor en invierno (Retamal, Reszcynski, Orio, Ojeda, Medina, 1995, citado en Miranda y Velásquez, 2008).

2.1.4. Factores protectores asociados a la conducta suicida en adolescentes

Al momento de prevenir o establecer tratamientos efectivos para el comportamiento suicida en la niñez y adolescencia, es de vital importancia identificar los factores de riesgo, pero a la vez identificar y potenciar los factores protectores, dentro de los que podemos encontrar:

- *Cohesión Familiar*: un factor de gran relevancia a la hora de prevenir conductas suicidas radica en un ambiente familiar estable y cohesionado, en el cual la comunicación entre los integrantes sea efectiva, exista un grado de involucramiento mutuo, se compartan intereses, a la vez que exista la comprensión y el respeto de los intereses individuales y además se brinda el apoyo emocional necesario para el desarrollo pleno de cada uno de los participantes en el grupo familiar (Gould et al., 2003, citado en Pandolfo et al., 2011). Un estudio realizado en estudiantes universitarios y de enseñanza media, en Estados Unidos, reportó que aquellos estudiantes que describieron un mejor ambiente familiar, tuvieron entre 3,5 y 5,5 veces menor posibilidad de presentar comportamiento suicida que el resto (Gould et al., 2003, citado en Cruz y Roa, 2005).
- *Mecanismos psicológicos eficientes*: el poseer adecuados mecanismos de resolución de problemas, tener la capacidad de pedir ayuda y apoyo, como también poseer la capacidad de reconocer sus sentimientos, son factores que pueden ayudar al joven a enfrentar los problemas con otros sistemas y procedimientos distintos a la conducta suicida (Valdivia, 2006).
- *Apoyo social*: El hecho de entablar relaciones interpersonales significativas (Gould et al., 2003, citado en Miranda y Velásquez 2008; Campo et al., 2003, citado en Pérez et al., 2007), sentirse perteneciente a grupos sociales establecidos, formar parte de una trama interpersonal y de esta manera percibir el apoyo social, se transforma en un factor protector de gran envergadura (Montalbán, 2004, citado en Pandolfo et al. 2011; Tapia et al. 2010). Aquellos adolescentes que reportaron

mayor apoyo social presentaron mayor nivel de resiliencia y menor riesgo suicida (Rutter y Bhrendt, 2004, citado en Cruz y Roa, 2005).

- *Religiosidad*: se estima que tener un credo religioso es otro factor protector de la conducta suicida (Colucci y Matín, 2008, citado en Sánchez, 2012; Tapia et al., 2010; Casullo, 2004). De la misma manera, se postula que la religiosidad también actúa como factor protector para la depresión (Gould et al., 2003, citado en Cruz y Roa, 2005).
- *Responsabilidad con otros*: Autores como Tapia et al., (2010), consideran factores protectores de la conducta suicida, la percepción que tiene el individuo de ser responsable de otros, el hecho de vivir con hijos y el embarazo.
- *Preocupación gubernamental*: Organismos gubernamentales que se ocupen de la implementación de medida legales que controlen el fácil acceso a fármacos y armas de fuego usadas por los jóvenes como métodos para llevar a cabo comportamientos suicidas, podría constituirse en un factor protector importante en lo referente a las conductas autolesivas (Tapia et al., 2010).

2.2 Identidad personal desde el enfoque constructivista evolutivo

2.2.1 Enfoque constructivista evolutivo

El constructivismo es una perspectiva epistemológica cuyo planteamiento principal es la construcción de la realidad, la cual propone que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden. Por lo tanto, esta perspectiva considera a los organismos como seres proactivos, planificadores y orientados hacia fines (Feixas y Villegas, 2000).

En este sentido, el constructivismo postula que el conocimiento es una construcción de la experiencia, existiendo una diversidad de significados posibles y de marcos interpretativos de la realidad (Feixas y Villegas, 2000).

Es importante señalar que desde la epistemología constructivista se desprenden diversas corrientes teóricas vinculadas al área de la Psicología, siendo una de ellas el enfoque Cognitivo Evolutivo (Feixas y Villegas, 2000). Este enfoque presenta una base teórica sólida correspondiente a los aportes realizados por Jean Piaget, quien se centra en el análisis de los aspectos históricos-evolutivos de las personas, destacando que en psicología el proceso terapéutico correspondería a un desarrollo genético evolutivo, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y filosóficos (Sepúlveda, 2008; 2013).

El enfoque piagetano plantea la construcción de significado como una actividad epistemológica, relacionada con el equilibrio de sujeto y objeto, del sí mismo y el otro. Es así que la actividad de significar se convierte en el movimiento fundamental de la personalidad, ya que la persona a través de la vida actúa para reconocer y ser reconocida, a la base de lo cual está la actividad de significar (Sepúlveda, 2013).

Siguiendo esta línea, lo primordial de los enfoques evolutivos es el concepto de desarrollo humano, comprendiéndose como transformaciones básicas de estructuras tanto cognitivas como afectivas. En este proceso se van organizando esquemas afectivos y cognitivos que representan diversas formas de evaluar, clasificar, interpretar y dar significado a la realidad, que van siendo cada vez más organizados e integrados (Sepúlveda, 2008; 2013).

En este sentido, el desarrollo se concibe como un proceso dinámico de cambios cuantitativos y cualitativos que se producen a través del tiempo, considerándose como un proceso creativo a través del cual, los individuos están en constantes reestructuraciones de su organización personal en interacción con el ambiente (Sepúlveda, 2008).

Para Piaget el desarrollo es sinónimo de progreso, debido a que afirma que el curso del desarrollo es moverse de estructura a estructura, produciéndose una transición formativa, desde una estructura débil e inestable a una más fuerte y estable (Sepúlveda, 2008).

En este proceso de desarrollo existen mecanismos invariables y estructuras variables. Los mecanismos invariables son constantes a lo largo de todos los estadios de

desarrollo y son los que posibilitan el paso de cualquier estado al siguiente nivel, a través de los procesos de asimilación y acomodación, que provocan a su vez, una adaptación más precisa a la realidad. Por otro lado, las estructuras variantes son las formas de organización de la actividad mental, los cuales serían los estadios del desarrollo propiamente tal, que son sucesivos entre sí (Piaget, 1991).

A su vez, este autor postula la mente humana como una totalidad, formada por esquemas, como partes interrelacionadas de una estructura más amplia. Todas las estructuras mentales deben ser construidas, y por lo tanto, pueden crecer y desarrollarse (Sepúlveda, 2008; 2013). Es así como el hombre puede transformarse a sí mismo, transformar el mundo, y puede estructurarse a sí mismo construyendo estructuras, las que son propias, debido a que éstas no están eternamente predestinadas ni desde dentro ni desde fuera (Sepúlveda, 2013).

De esta manera, *“la actividad mental (cognición) es un proceso sistemático de construir la experiencia, a través de la interacción con el mundo físico y social, planteándose una interdependencia mutua del sujeto (persona) y del objeto (ambiente)”* (Sepúlveda, 2013. p.31).

Sepúlveda (2013) explica que Piaget se focaliza en la persona como actor y conceptualizador, enfatizando a la persona sobre el ambiente en la fuente del conocimiento y de la comprensión.

Por otro lado, es importante señalar que en esta interacción de la persona con el ambiente, Piaget utiliza dos conceptos centrales: la asimilación y la acomodación. Ambos procesos son resultado de un impulso del organismo para organizarse a sí mismo, para así alcanzar el equilibrio con el ambiente (Sepúlveda, 2008; 2013).

En este sentido, se entiende por asimilación a la integración que el individuo realiza de un objeto, no como tal, sino que como la incorporación de una acción sobre éste, dejando de manifiesto un proceso activo a través del cual el sujeto incorpora los objetos a sus esquemas previos. Estas estructuras pueden permanecer inalteradas o ser más o menos modificadas por esta integración, pero sin discontinuidad con el estado anterior (Piaget, 2000; Sepúlveda, 2013).

Por otro lado, la acomodación se refiere a la modificación del esquema en relación al objeto y como resultado de la experiencia, dando espacio a modificaciones en el sistema. La persona cambia el esquema para que encaje con el ambiente, lo que requiere una nueva combinación o diferenciación, pues la persona descubre que dicho esquema ya no es adecuado a las demandas de la realidad (Piaget, 2000; Sepúlveda, 2013).

El desarrollo implica un equilibrio, ya que todo comportamiento tiende hacia asegurar el equilibrio entre los factores externos e internos (entre acomodación y asimilación). En este sentido, el individuo que madura irá experimentando desequilibrio entre las relaciones internas y externas de sus esquemas, y si logra resolver exitosamente el desbalance producido por este desequilibrio, la persona progresa necesariamente, es decir, desarrolla niveles más complejos de estructura (Sepúlveda 2008; 2013).

En este sentido, para Piaget (1991) las transformaciones surgidas en el mundo interno y externo son las que dan origen a las transformaciones de la acción del sujeto, y tanto el restablecimiento del equilibrio como la obtención de un equilibrio mayor, dependerán de nuevas conductas ejecutadas por el individuo en respuesta a la perturbación inicial.

Por tanto, Piaget (1991) plantea que el comportamiento es acción, y la acción humana consiste en un mecanismo continuo y perpetuo de reajuste y equilibramiento, orientado por motivos y metas valoradas.

Así, el comportamiento es “la instancia a través de la cual un organismo busca cambiar el mundo exterior, o cambiar su propia posición en relación al ambiente. El comportamiento es por tanto teleonómico, es decir orientado hacia metas” (Sepúlveda, 2013. p.34).

Siguiendo esta lógica, los esquemas afectivos tienen una cualidad energética, pues son los afectos que mantienen a las personas en movimiento y orientan el comportamiento en relación a las metas que cada individuo busca, así como también las técnicas y el ajuste a los medios para llevar a cabo determinadas acciones, poniendo de manifiesto el aspecto cognoscitivo del sujeto (Piaget, 1991; Sepúlveda, 2008; 2013).

Por otro lado, Piaget acepta el rol de un factor de identidad en el comportamiento humano. Los individuos construyen sus mundos, y construyen un retrato de sí mismos, dentro de la complejidad de factores interrelacionados. La mente humana es por tanto, un proceso continuo de actividad constructiva con mucho de construcción del sí mismo involucrado (Sepúlveda 2008; 2013).

En este contexto, la identidad personal es un proceso de integración a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y de interacción en el mundo. El conocimiento de sí mismo y de la realidad se relaciona directamente con la concepción de sí y la concepción del mundo que tenga la persona (Sepúlveda, 2008).

2.2.2 Identidad personal autónoma y solidaria: una de las metas centrales del desarrollo humano

Desde esta perspectiva teórica, una de las metas centrales del desarrollo humano que permanece como una constante a través de las diferentes etapas de la vida es la construcción de identidad personal autónoma y solidaria (Sepúlveda, 2004, 2006).

En este sentido, Sepúlveda (2013, p. 69) refiere que

la identidad personal es un proceso de construcción activo de la estructura personal, que da al sí un sentido de mismidad y de continuidad en el tiempo, los que nos da la posibilidad de ser reconocidos y de reconocer a otros como seres únicos, inmersos en un contexto social y cultural, que nos permite el reconocimiento del sí mismo y el otro, el cual se incorpora como parte del sí mismo a la propia identidad, a través de la acción y la narración ante otros, configurándose la identidad narrativa.

A su vez, Erikson plantea que en la identidad personal se acentúa el reconocimiento de sí mismo en el medio cultural y social, con un sentido de mismidad y continuidad histórica, con la conciencia de ser un actor de su propia vida, logrando la proyección hacia el futuro (Sepúlveda, 2013).

Por tanto, la identidad implica la diferenciación e identificación con otros, construyéndose siempre en el intercambio social, ya que por una parte, la persona necesita reconocerse como parte de la humanidad para lograr la identificación con los otros, y por otra necesita diferenciarse de los otros para construirse como un sujeto único, particular y constante en el tiempo (Vergara, 2011, citado en Capella, 2011).

En este sentido, Sepúlveda (2003) plantea que en el proceso de construcción de identidad se alcanza la autonomía desde la solidaridad. Este proceso se logra en tanto los otros como parte del sí mismo, son necesarios para desarrollar la libertad a través de la acción en el mundo. Por lo tanto, la autonomía se relaciona con “la capacidad de ser agente, de iniciar proyectos, de crear nuevas ideas y relaciones entre cosas, lo cual implica cierta forma de control sobre la historia vital de la persona, dentro de su contexto y biografía” (Sepúlveda, 2003, p.34).

De este modo, la autonomía moral solidaria se refiere a una autonomía enraizada en el desarrollo del ser, cuyo elemento vital es la solidaridad de las personas que se reconocen y son reconocidas como libres, a través de la acción humana (Sepúlveda, 2003).

En este sentido, “la autonomía aparece como resultado de la construcción de la identidad personal en un contexto real” (Sepúlveda, 2001a, 2007, citado en Capella, 2011, p. 29). Así, la identidad siempre se va construyendo en la interacción social, en el proceso de descentración del sí mismo e incorporación a las relaciones de cooperación social (Sepúlveda, 2006).

En otras palabras, la identidad personal autónoma es un proceso de diferenciación e integración de sí mismo con otros como iguales en libertad y dignidad. Este proceso implica la construcción de un sentido ético que define el sí mismo en términos de una jerarquización de valores y una integración social efectiva (Sepúlveda 2004; 2006).

Siguiendo esta línea, Sepúlveda (2004; 2006; 2013) mediante la integración de diversos referentes conceptuales, plantea tres elementos centrales de la identidad personal:

- *Unidad del sí mismo*: implica la afirmación del sí mismo que requiere de un reconocimiento de si como ser único y diferente, a través de un proceso de diferenciación psicológica, corporal y sexual, en tanto al proceso de reconocimiento de características personales, de valores e ideologías que configuran el carácter. Este proceso implica el desarrollo de una conciencia de sí como autor de un trayecto vital con significado, que proyecta metas realistas y las dirige hacia la realización, con la consideración de las inevitables frustraciones que deberá enfrentar en su realización. A su vez, requiere de una tarea de interpretación del sí mismo, que lleva tanto a la estima de sí, como al respeto de si, haciéndonos a la vez conscientes de nuestros actos y responsables de ellos ante nosotros mismos y los otros.

- *Integración del sí mismo*: Se refiere al proceso de acomodación de las experiencias que se han dado en la historia vital, integrando el pasado, presente y futuro, la integración familiar, educacional y social, lo que da un sentido de continuidad al sí mismo en el tiempo. Este proceso implica una aceptación de las contradicciones que se van dando a través de la vida, las que se van organizando y reintegrando de manera significativa. Por otro lado, requiere realizar una búsqueda activa en el presente para ampliar el campo de experiencias, es decir, es buscar lo nuevo a través de la acción, para definir y descubrir los motivos, normas, valores y principios, los que darán el sentido de consistencia en el tiempo a la unidad del sí mismo. Es relevante que el sujeto en este proceso considere su perspectiva histórica, donde su identidad se está construyendo en el presente, integrando el pasado y el futuro anticipado.

- *Integración con otros*: Se refiere a la incorporación del otro como parte del sí mismo, esto implica un proceso de descentración de sí mismo y de construcción de vínculos afectivos seguros. A su vez, implica la búsqueda de alternativas de acción y de reconocimiento desde otros, a través de la incorporación a grupos de

reflexión y de acción en diferentes ámbitos: familiar, escolar, religiosos, deportivos, artísticos. Esta integración a grupos da las posibilidades de actuar en el mundo, de poner su definición de identidad al servicio de los otros en la realidad. Es relevante destacar que la identidad personal siempre sería expresada a través de la identidad narrativa (Sepúlveda, 2013).

2.2.3 Identidad narrativa

Los enfoques narrativos provenientes desde el modelo constructivista insertan la identidad narrativa como concepto principal. En este sentido, el lenguaje cobra un papel central en el proceso de construcción y significación de la realidad (Omer y Alon, 1997, citado en Capella, 2011).

De esta manera, Bruner (2003, 2004, citado en Capella, 2011) plantea la imposibilidad de separar la experiencia de vivir la vida con la experiencia de relatarla, ya que es a través de las narrativas que cada sujeto construye su propia experiencia. Es así como la narrativa es la base para significar las experiencias en torno a nosotros mismos y el mundo, reflejando la subjetividad propia de cada individuo como narrador de su propia historia (Bruner, 1996; Sepúlveda, 2013).

Lo anterior da cuenta de la importancia de las narrativas en la construcción de la identidad, ya que “sin la capacidad de contar historias sobre nosotros mismos no existiría una cosa como la identidad” (Bruner, 2003, citado en Capella, 2011, p. 30).

En este sentido, es mediante el uso de la narrativa que el sujeto otorga unidad a su experiencia como expresión de su historia personal, logrando de esta manera el concepto de sí mismo e identidad personal (Sepúlveda, ,2013).

Por tanto, según Ricoeur (1999, citado en Capella, 2011) la identidad narrativa sería aquella que el individuo logra a través de la función narrativa. Es así como

la identidad narrativa estaría dando cuenta del proceso de construcción de significados, en el cual se reinterpreta al sí mismo en un proceso dinámico,

a través del cual se da significado al sí mismo por medio de la acción con los otros y el mundo, en una tradición y cultura determinada (Sepúlveda, 2013, p.74).

En esta misma línea, es importante destacar que la descripción que el protagonista hace de su historia, en la cual se está configurando su identidad personal, está mediada por la selección de ciertos elementos de la realidad y la exclusión de otros, evidenciando el papel central de la significación e interpretación personal dentro de las narrativas (Bruner, 1994, citado en Capella, 2011).

Por otro lado, la identidad se construye con otros y entre otros, con el objetivo de poder ser expresada y reconocida por los demás. De esta manera el individuo va configurando su identidad mediante sus propias acciones así como también, a través del reflejo que los otros le otorgan (Sepúlveda, 2006; 2007, citado en Capella, 2011).

Por lo tanto, la identidad personal siempre sería expresada a través de la identidad narrativa (Sepúlveda, 2007). De esta manera *“la identidad se produce narrativamente, el sentido de sí mismo es definido por y transado en el proceso narrativo, siendo la narrativa y la identidad producidos simultáneamente”* (Bruner, 1990; Eakin, 1999, todos citados en Capella, 2011, p. 33).

2.2.4 Construcción de la identidad en la adolescencia

Tanto a nivel mundial como nacional, distintas organizaciones han planteado la adolescencia como el período de la historia de vida comprendido entre los 10 y 19 años (MINSAL, 2011; OMS, 2007, citado en Capella, 2011). Ahora bien, en términos evolutivos, la adolescencia es definida poniendo énfasis en los cambios experimentados en esta etapa y que comprometen las distintas áreas del funcionamiento humano: biológica, psicológica, social y afectiva (Sepúlveda, 2006).

Es importante señalar que una de las metas centrales del desarrollo humano es la construcción de la identidad personal (Sepúlveda, 2006), cobrando mayor relevancia en el período de la adolescencia ya que es en este momento en el que se logra plena

consciencia de ésta como una de las metas evolutivas centrales de la etapa juvenil (Erickson, 1993; 1994, citados en Sepúlveda, 2013).

De esta manera, se hace fundamental el logro de una identidad integrada y positiva, que le permita al individuo alcanzar la autonomía y la integración social mediante la aceptación de sí mismo y de la realidad. En este sentido, se hace necesario que el sujeto de cuenta de una adecuada asimilación y acomodación de los eventos ocurrido en la trayectoria vital (Sepúlveda, 2006).

Es importante señalar que la Identidad se logra mediante un proceso de construcción activo y permanente que no termina con la adolescencia, sino que se hace presente durante toda la vida (Aciero, 2002; Ronen, 2003, todos citados en Capella, 2011). De esta manera, Erikson plantea la importancia de los aspectos evolutivos del adolescente, así como también los aspectos sociales e históricos que median dicho proceso de construcción identitaria, postulando que la identidad

se extiende tanto al pasado como al futuro; estando enraizado en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes... A lo largo de la vida el mantenimiento de esa fuerza que puede reconciliar discontinuidades y ambigüedades depende del apoyo, primero de los modelos parentales y después, de modelos comunitarios (Erikson, 1993, citado en Sepúlveda, 2013, p.72).

Se han propuesto distintas sub-etapas dentro del proceso evolutivo de la adolescencia que dan cuenta de algunas características propias de la edad juvenil (Sepúlveda, 2005; 1991):

- *Adolescencia inicial o prepubertad (11 a 14 años):* etapa en la que priman los cambios biológicos y físicos, evidenciados en el crecimiento corporal, las transformaciones faciales y la maduración de los caracteres sexuales, produciéndose una reestructuración del esquema e imagen corporal, configurándose una nueva imagen de sí mismo. Debido a los cambios a nivel

corporal, es común la inestabilidad afectiva evidenciada por la oscilación en los estados anímicos, que dan paso a la manifestación de actitudes ambivalentes y extremas, además de la búsqueda de situaciones de riesgo y la no aceptación de las normas y límites sociales. En el adolescente prepúber emerge la necesidad de crecimiento y autoafirmación por lo que sentirse competente y lograr la aprobación social, fundamentalmente entre los pares, influyen directamente en el logro de una adecuada autoestima y autoimagen. A nivel cognitivo, surge el pensamiento lógico-formal,

- *Adolescencia media o pubertad (14 a 16 años):* etapa en la que se intensifican los procesos iniciados en la prepubertad, surgiendo con fuerza la individuación debido al afán del joven por comprenderse a sí mismo y a su entorno. En el adolescente medio se genera una búsqueda de la afirmación personal a través de un proceso de introspección y reflexión respecto de la realidad personal, siendo estos elementos fundamentales en el logro de la identidad. La autoafirmación del joven se basa en la estima personal y el significado social de su personalidad, buscando por una parte, mayor independencia de las figuras parentales y, por otro, otorgando gran relevancia al grupo de pares, a la aceptación del sexo opuesto y a la manifestación de talentos y actividades que colaboren en la valoración por parte del entorno. La inclusión a grupos adecuados favorece en el joven el desarrollo de habilidades sociales, la resolución de conflictos y el despliegue de comportamientos autónomos y responsables.

- *Adolescencia final:* en esta etapa se logra la consolidación de la identidad y la integración del adolescente en la sociedad a través de una activa participación de éste en el ámbito cultural, religioso y político. El adolescente se ve como un agente con responsabilidad social en la medida en que ha logrado una mayor comprensión de su rol en la sociedad, así como también de su proyecto de vida. El reconocimiento de sí que logra el adolescente da paso a un sentido de identidad que integra características personales, experiencias de vida, patrones de vinculación y propósitos vitales en un todo real y coherente. El adolescente ordena e integra sus experiencias vividas, dando a su identidad un sentido de continuidad, a la vez que asume la responsabilidad como autor y gestor de su trayecto vital,

visualizando la realización de sus proyectos y metas de manera autónoma pero teniendo en cuenta la necesidad de la inclusión y cooperación de otros significativos en sus proyectos e historia de vida como evidencia de la superación del egocentrismo.

Así como los aspectos evolutivos e históricos son fundamentales en el proceso de construcción de la identidad, también el ámbito social y cultural cobra real relevancia al momento de hacer referencia a las características de este proceso en el período de la adolescencia (Iribarne, 2003; Krauskopf, 1994, citados en Capella, 2011), debido a que en la medida en que la cultura de referencia logre brindar a los jóvenes un espacio de participación social, permitiendo la exploración y expresión de las opciones personales, favorecerá en el adolescente la descentración de sí mismo, integrando y concertando su experiencia con la de otros (Sepúlveda, 2005), determinando en gran medida las posibilidades de desarrollo de los adolescentes.

Por otro lado, es importante señalar que el adolescente a través de la adquisición del pensamiento formal, la presencia de compromisos ideológicos y la adecuada conformación del sistema afectivo, cuenta con una mayor capacidad para generar una reflexión consciente respecto de sí mismo y de su relación con el mundo, siendo esto de gran relevancia en su proceso de construcción identitaria (Capella, 2011).

Por otra parte el pensamiento formal, otorga al adolescente la posibilidad de pensar en un proyecto vital, integrando de esta manera la historia acontecida hasta el momento y las proyecciones en el tiempo, favoreciendo la continuidad de su historia de vida en pasado, presente y futuro (Arciero, 2002; Iribarne, 2003; Vergara, 2011, todos citados en Capella, 2011; Sepúlveda, 2006).

Finalmente es importante señalar la relevancia del desarrollo de recursos narrativos en la adolescencia y que contribuyen en gran medida en la construcción de la identidad narrativa del joven, promoviendo el reordenamiento, la coherencia y el sentido de su historia personal (Capella, 2011). Dichos recursos varían según la sub-etapa en el que aparecen, presentándose mayores recursos en la adolescencia media o tardía (McLean y Breen, 2009, citados en Capella, 2011).

2.2.5 Identidad personal en adolescentes con intento de suicidio

El logro de una identidad autónoma e integrada es una de las metas centrales de la edad juvenil, sin embargo en adolescentes que han manifestado conducta suicida, es posible identificar un desequilibrio en los proceso de construcción de esta, específicamente en lo que respecta a la diferenciación personal, a la integración del sí mismo y a la integración con otros, evidenciando una identidad no construida o quebrada (Sepúlveda, 2004).

Las dificultades en la organización de la identidad en la edad juvenil da paso a la constitución de personalidades frágiles que fácilmente incurren en diversas patologías tales como estados depresivos que pueden llevar al adolescente a considerar la destrucción de la propia vida (Sepúlveda, 2004) en la medida en que *“el sentido de identidad es lo que da a la existencia humana el sentimiento de estar vivo”* (Sepúlveda, 2013, p.71).

Estas manifestaciones depresivas, producto de la falla en la organización de la identidad dan paso a una visión negativa y poco realista de sí mismo en interacción con el medio y de la realidad impidiendo que el adolescente se acomode y adapte a ésta, además de no visualizar las posibilidades de cambio y transformación de lo vivenciado (Sepúlveda, 2004).

Tal como se mencionó anteriormente, una identidad “quebrada” presenta dificultades en las tres unidades que la conforman (Sepúlveda, 2013; 2004):

- Las alteraciones en la unidad del sí mismo impiden el establecimiento claro de los límites del sí, evidenciando los problemas en la autoconfiguración y reconocimiento que el adolescente tiene de sus ideologías y valores, así como la libertad y dignidad propia y en otros, perdiendo de esta manera la capacidad de visualizarse como autor de su historia, dando lugar a la pérdida del sentido del sí mismo.

- El no logro de la integración del sí mismo evidencia la imposibilidad de acomodar las experiencias y eventos vividos, así como la no adaptación y aceptación de las contradicciones y frustraciones que se vayan presentando en la historia de vida, impidiendo la continuidad del sí mismo en el tiempo con la no integración del pasado, presente y futuro, además de la pérdida de las expectativas y proyecciones a futuro.
- Finalmente, la imposibilidad de lograr la integración con otros es el reflejo de la fijación en la centración del sí mismo y la no integración del otro como parte de sí, dando paso a la conformación de dinámicas sociales problemáticas, vínculos inestables a nivel afectivo, dificultades en la resolución de problemas y búsqueda de alternativas de acción que impliquen el reconocimiento desde otros. De esta manera, el adolescente pierde el sentido vital surgiendo estados depresivos y ansiosos debido al no logro de la diferenciación e integración de la identidad.

En este sentido, dada las dificultades que se presentan en las distintas dimensiones de la identidad de adolescentes que han realizado intento de suicidio, es importante tener en consideración la necesidad del proceso psicoterapéutico. De esta manera, desde la perspectiva constructivista piagetana, se plantea la psicoterapia evolutiva, cuyo principal objetivo es la organización de la identidad, favoreciendo la recuperación del sentido del sí mismo, de vínculos afectivos pasados y la incorporación de nuevos, así como también la recuperación del sentido vital a través del descubrimiento de la autonomía personal y con ello la posibilidad de actuar en el mundo (Sepúlveda, 2004).

3. METODOLOGÍA.

3.1 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Conocer los procesos de construcción de identidad en adolescentes entre 11 y 14 años de edad, que hayan ingresado por intento de suicidio al

Servicio de Urgencia o a la Unidad de Segunda Infancia del Hospital Dr. Exequiel González Cortés durante el último año.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar los procesos de construcción de identidad en adolescentes que han realizado intento de suicidio durante el último año, a través del análisis de las narrativas que construyen estos adolescentes respecto de sí mismos y de sus historias de vida.
2. Conocer la manera en que las dimensiones de la Identidad Personal, Unidad del Sí Mismo, Integración del Sí Mismo e Integración con Otros, están comprometidas en adolescentes que han realizado intento de suicido el último año.

3.2 Diseño de la investigación

La presente investigación es de carácter exploratoria, debido a la escasa información existente en torno a los procesos de construcción de identidad en adolescente entre 11 y 14 años que han realizado intentos de suicidios. Por otra parte, es de carácter descriptiva ya que se intenta especificar y caracterizar las propiedades importantes del fenómeno a estudiar, en este caso, los procesos de construcción de identidad a partir de la visión de los propios adolescentes participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Debido a esto, se consideró necesario utilizar un método de investigación cualitativo, ya que se busca comprender e interpretar la realidad tal y como es significada por los adolescentes participantes en la investigación (García, Gil y Rodríguez, 1999).

3.3 Población y muestra.

La población de esta investigación está constituida por adolescente entre 11 y 14 años de edad que hayan ingresado por intento de suicidio al Hospital Dr. Exequiel González Cortés durante el último año.

Es importante destacar que para la selección de la muestra se utilizó un muestreo accidental (Gómez-Peresmitré y Reidl, s.f), debido a que los casos con los que se trabajó fueron los adolescentes a los que se tuvo acceso y cumplían con los criterios de inclusión determinados. Este proceso finalizó al momento en que la información recaba en las autobiografías comenzó a ser reiterativa sin aportar nuevos datos.

Es así como la muestra de esta investigación es de carácter no probabilístico, por tanto los resultados que se obtengan son aplicados a la muestra en sí pero no son generalizables a la población general (García et al., 1999).

Finalmente la muestra con que se trabajó consistió en un grupo de nueve adolescentes de sexo femenino entre 13 y 14 años de edad que han realizado intento de suicidio durante el último año. Cinco de estas adolescentes ingresaron por intento de suicidio a la Unidad de Segunda Infancia (unidad de hospitalización) y cuatro de ellas ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Exequiel González Cortés (unidad ambulatoria).

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron: ser adolescente entre los 11 y 14 años de edad, haber ingresado al Servicio de Urgencia o a la Unidad de Segunda Infancia del Hospital Dr. Exequiel González Cortes por intento de suicidio durante el último año. Se destaca que para efectos de esta investigación no se cuenta con criterios de exclusión.

La selección del rango etario se realizó en base a dos motivos principales, por una parte la escasa información de conducta suicida en adolescentes menores de 15 años y por otra, debido al incremento del índice de suicidabilidad a nivel nacional en adolescentes entre 11 y 14 años (Ramírez, 2012). La decisión del trabajo con

adolescentes que hubiesen realizado el intento de suicidio durante el último año, tiene relación, en primer lugar, con un mejor acceso a la calidad y a cualidad de la experiencia de los adolescentes en la medida en que el intento estuviese reciente, y en segundo lugar, contar con una mayor accesibilidad a los pacientes dada la alta deserción de este tipo de pacientes.

Adicionalmente a los criterios de inclusión, el presente estudio contó con dos criterios éticos solicitados por el Comité de Ética e Investigación (CEI) del Servicio de Salud Metropolitano Sur con el objetivo de resguardar la integridad de los pacientes. En primer lugar, se solicitó que la evaluación de todos los adolescentes se realizara en presencia de una psicóloga de planta del hospital (investigadora responsable), y en segundo lugar, se asegurara que las adolescentes recibieran atención en la Unidad de Adolescencia del hospital luego del alta médica.

La participación de las adolescentes en la investigación se realizó con posterioridad al alta médica realizada por las unidades de Urgencia o Segunda Infancia, momento en el que fueron derivadas a la Unidad de Adolescencia del hospital con el objetivo de recibir apoyo psicológico y médico. Es en este contexto en el que se invitó a las adolescentes a participar en la investigación y luego del control que tuvieran en la Unidad de Adolescencia.

A continuación se presenta una tabla con la caracterización de la muestra:

Tabla n°1: Caracterización de la muestra

Participante	Edad	Comuna de residencia	Fecha de ingreso al Hospital	Unidad de ingreso	Fecha de Evaluación investigación	Método de intento de suicidio	N° de Intentos de suicidios previos	Antecedentes médicos y/o diagnóstico psicológicos.	Observaciones
1	13 años	San Bernardo	8/04/2013	Servicio de urgencia	09/05/2013	Intoxicación por tomar cloro	1	Migraña tensional y diagnóstico de depresión severa con ideación suicida.	Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico y estaba en espera de atención con Psiquiatra. Antecedente de abuso sexual por parte del primo, quien años después se suicidó.
2	14 años	San Bernardo	diciembre 2012	Segunda Infancia	23/05/2013	Intoxicación por medicamentos	0	-----	Al momento de participar en la investigación se encontraba en tratamiento psicoterapéutico.
3	14 años	Paine	19/05/2013	Segunda infancia	06/06/2013	Intoxicación por medicamentos	0	-----	Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico
4	14 años	Lo espejo	25/05/2013	Segunda infancia	06/06/2013	Intoxicación por medicamentos	0	Obesidad mórbida y diagnóstico de tr. del ánimo realizado por psicólogo.	Asistió a psicoterapia en consultorio desde el año 2011 por tr. del ánimo. Desertó del tratamiento este año. Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico ni psiquiátrico Adulto responsable con diagnóstico de depresión desde el año 2005, asiste a tratamiento psicológico y psiquiátrico.
5	14 años	San Bernardo	13/06/2013	Segunda Infancia	20/06/2013	Intoxicación por	0	-----	Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, la joven

						medicamentos			se encontraba sin tratamiento psicológico. Padres con diagnóstico de trastornos ansiosos, con crisis de pánico. Actualmente se encuentran sin tratamiento. Hermana mayor con diagnóstico de TDA y antecedente de intento de suicidio.
6	14 años	San Bernardo	11/06/2013.	Segunda Infancia	26/06/2013	Intoxicación por medicamentos	4	Estenosis aórtica; diagnóstico de TDA por neurólogo, actualmente sin tratamiento con fármaco.	Antecedente de consumo de drogas desde los 8 años de edad, estuvo en tratamiento de rehabilitación el año pasado. Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia se encontraba sin tratamiento psicológico, siendo derivada a programa de rehabilitación de drogas del Hospital Barros Luco. Los métodos utilizados en los intentos de suicidios anteriores fueron: intoxicación medicamentosa, ahorcamiento, cortes e inhalación de aerosol. Se observa un posible daño orgánico producto del constante consumo. Presenta antecedentes de robo.
7	14 años	San Bernardo	16/05/2013	Segunda Infancia	27/07/2013	Intoxicación por medicamentos	0	-----	Antecedente de derivación a psicólogo desde el colegio por problemas de impulsividad, pero nunca asistió. Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico.
8	14 años	San Bernardo	21/06/2013	Urgencias	27/06/2013	Inyección de	2	Diagnóstico de	Antecedente de tratamiento

						insulina		depresión severa con ideación suicida.	farmacológico con psiquiatra y tratamiento psicológico desde el año 2011, pero abandonó ambos tratamientos. Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico. Madre con diagnóstico de depresión severa, actualmente se encuentra en tratamiento psicológico. Antecedente de suicidio de la hermana mayor de la joven ocurrido el año 2011.
9	13 años	Pedro Aguirre Cerda	19/06/2013	Urgencias	02/07/2013	Cortes en los brazos	0	Escoliosis; ideación suicida.	Estuvo este año con tratamiento psicológico durante 2 meses pero desertó. Al momento de la evaluación e ingreso a la unidad de adolescencia, no se encontraba en tratamiento psicológico. Madre con diagnóstico de depresión y crisis de pánico, se encuentra con tratamiento farmacológico.

3.4 Técnica de recolección de datos

En la presente investigación, como método de recolección de información se utilizó una entrevista sociodemográfica semi-estructurada (ver anexo n°1), con el objetivo de caracterizar a la adolescente y su contexto familiar a través de la recopilación de datos generales.

Por otra parte, se recurrió al uso de autobiografías para indagar en la percepción que poseen las adolescentes respecto de sí mismas y de su historia de vida, con el objetivo de observar cómo se está organizando su identidad personal.

En la autobiografía el sujeto realiza un relato de su propia historia, convirtiéndose en el protagonista de lo que relata. Es así como Ricoeur (1996, citado en Sepúlveda, 2013, p. 81) plantea que *“una autobiografía, finalmente, descansa en la identidad, de ahí la ausencia de distancia entre el personaje principal en la narrativa que es uno mismo y el narrador que dice ‘Yo’ y escribe en primera persona singular”*.

En este sentido, la autobiografía, es una técnica que permite un acercamiento a la construcción y significación que el adolescente realiza de sí mismo, de su historia de vida y de las relaciones que establece en diversos ámbitos (Berntsen y Rubin, 2006 en Capella 2011).

Por otra parte, en las autobiografías es esencial la temporalidad secuencial, que otorga un sentido de continuidad vital al sujeto, ya que es el narrador quien le atribuye significados a los eventos, vinculando el pasado, presente y futuro (Ochs y Capps, 1996; White y Epston, 1993, todos citados en, Capella, 2011).

Para la presente investigación se ocupó el formato de la autobiografía correspondiente a las adaptaciones realizadas por Capella (2011) (ver anexo n°2) del formato planteado por Sepúlveda (2007, citado en Capella, 2011), cuya consigna es la siguiente *“Escribe una historia sobre ti y tu vida, pudiendo incluir aspectos tales como por ejemplo, una presentación personal en cuanto a quién eres, cuáles han sido los hechos o situaciones más importantes de tu vida, cómo imaginas tu futuro, entre otros”*.

Es importante señalar, que al momento de aplicar la autobiografía, las investigadoras explicaron a las adolescentes participantes que tienen la libertad de incluir cualquier aspecto sobre si mismas o de sus historias de vida que ellas consideren relevante.

3.5 Procedimiento

En primera instancia se solicitó autorización para la realización de la investigación, a las autoridades correspondientes, en las figuras de la directora general y la directora académica del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, para posteriormente solicitar la autorización al Comité Ético y de Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Sur [CEI]. Con la finalidad de resguardar la integridad de los pacientes participantes en la investigación, el CEI solicitó a las investigadoras responsables contar con la colaboración de algún equipo del hospital que brindara atención médica y psicológica a los participantes y que de esta manera, la investigación se desarrollara en un contexto protegido para los pacientes. En base a lo requerido por el CEI, se solicitó la colaboración de la Unidad de Adolescencia del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, quienes accedieron a participar en el estudio.

Una vez obtenidas las autorizaciones, tanto de la Dirección del Hospital (ver anexo n°3), así como del CEI (ver anexo n°4), se dio comienzo a la investigación.

En primera instancia, se solicitó la colaboración de las unidades del hospital que asisten a los adolescentes que ingresan con intento de suicidio, a través de la coordinación con los jefes de cada unidad: Servicio de Urgencia (pacientes ambulatorios con intento de suicidio) y Unidad de Segunda Infancia (pacientes hospitalizados con intento de suicidio)

Luego de contar con la aprobación de la autoridad a cargo de cada unidad, se procedió al establecimiento del protocolo de atención de los adolescentes con tentativa de suicidio, establecido exclusivamente para efectos de la presente investigación. En este sentido, se acordó la derivación a la Unidad de Adolescencia de manera inmediata en el caso de los adolescentes ingresados por Urgencia, y para los pacientes ingresados por

Segunda Infancia, con posterioridad al alta médica (ver anexo n°5). Esto, con el objetivo de brindar a los pacientes la atención correspondiente y contar con su participación en la presente investigación.

La investigación fue difundida a todos los médicos y enfermeras de las unidades, mediante afiches recordatorios en lo que se especificó el procedimiento de atención para estos adolescentes, así como también a través de la difusión realizada por los jefes de cada unidad.

Finalmente la muestra de esta investigación quedó conformada por las primeras nueve interconsultas recibidas tanto del Servicio de Urgencia como de la Unidad de Segunda Infancia, ya que tal como se mencionó anteriormente, la información comenzó a ser reiterativa. La citación a los pacientes se realizó a través de llamados telefónicos para acordar el primer control con la Unidad de Adolescencia, luego del alta médica recibida por la Unidad de Urgencias o la Unidad de Segunda Infancia.

De esta manera, el contacto con los pacientes para la participación en la investigación se realizó el mismo día del ingreso del paciente al primer control con el equipo de Adolescencia en las dependencias del hospital, en el cual las encargadas de la investigación invitaron a participar tanto a las adolescentes como a sus adultos responsables brindando información respecto de la investigación e implicancias del estudio. En el caso que ambos estuvieran dispuestos a participar, se les solicitó firmar el consentimiento informado a los adultos responsables (ver anexo n°6) y el asentimiento informado a las adolescentes (ver anexo n°7).

Una vez otorgados el consentimiento y asentimiento, se procedió a la realización de la entrevista sociodemográfica al adulto responsable junto al adolescente, con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información posible. Posteriormente se le solicitó al adulto responsable que abandonara el box de atención, con el propósito de que el adolescente pudiera realizar la autobiografía de manera individual, sin la interferencia de esta figura y para destacar la confidencialidad de la información.

Al momento de realizar la autobiografía, las encargadas de la investigación explicaron la consigna al adolescente y se les puso a disposición el material necesario para la realización de esta (hojas blancas adicionales y lápices).

Es importante señalar que todas las entrevistas fueron realizadas por las encargadas de la investigación en conjunto con una psicóloga del hospital, que participó como investigadora responsable del estudio, según disposiciones del Comité Ético y de Investigación, con el objetivo de resguardar el bienestar de los pacientes.

3.6 Análisis de datos

Para el análisis de la información se empleó el método correspondiente al análisis de contenido, que en general se refiere a una técnica de interpretación, ya sea de textos escritos, grabados o filmados, o de otra clase de registro de datos como transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos y videos. El factor común es que la interpretación adecuada del contenido en el material es capaz de dar a conocer diversos fenómenos de la vida social. En este sentido, el análisis de contenido es una técnica compleja, en la medida en que combina la observación, la producción y la interpretación de la información (Andréu, 2000).

El contenido albergado en una narrativa puede ser interpretada de una forma directa y manifiesta, que es la representación y expresión del sentido que el autor pretende comunicar, o en un sentido indirecto y latente, que representa lo que el autor dice sin pretenderlo. Ambas interpretaciones cobran sentido dentro de un contexto, siendo el texto y contexto dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido (Andréu, 2000).

Posterior al trabajo de campo, se da inicio al análisis de la información a través de los siguientes pasos: Reducción de datos, Disposición y Transformación de Datos, Obtención y Verificación de Conclusiones (García et al., 1999, citado en Hernández, 2012).

Las autobiografías y entrevistas obtenidas, fueron transcritas de forma textual para posteriormente realizar el primer paso del análisis de la información que consiste en la

reducción de datos a través, de la categorización y codificación de estas a modo de seleccionarlos y organizarlos (Sandoval, 2002, citado en Hernández, 2012).

En este sentido, la codificación se refiere al procedimiento a través del cual “se clasifican los elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos” (Bardin, 1996, citado en Andréu, 2000). Por otra parte, la categorización implica la clasificación de diversos elementos con un factor común en determinadas categorías (Andréu, 2000).

Al momento de analizar la información se comenzó con la extracción de temas relevantes de cada una de las nueve autobiografías, para posteriormente clasificar y agrupar las unidades de análisis en base a elementos comunes de la totalidad de las narrativas. En este sentido, las unidades de análisis son temáticas, ya que corresponden a oraciones o enunciados respecto de algo referido por las adolescentes en sus autobiografías (Fernández, 2002), no estando definidas con anterioridad.

El siguiente paso fue la agrupación de las unidades de análisis relacionadas entre sí en Subcategorías, para luego incorporarlas en categorías que para fines de la presente investigación, fueron establecidas previamente desde la teoría en la que se enmarca el estudio y que tiene relación con los objetivos anteriormente planteados.

Por último, se procedió al análisis de los resultados, en donde se resumieron en cada unidad de análisis los elementos comunes y los elementos excepcionales de todas las autobiografías en su conjunto, utilizando viñetas de las narrativas de las adolescentes, para ejemplificar y rescatar la subjetividad de lo referido sobre sí mismas y sobre sus historias de vida.

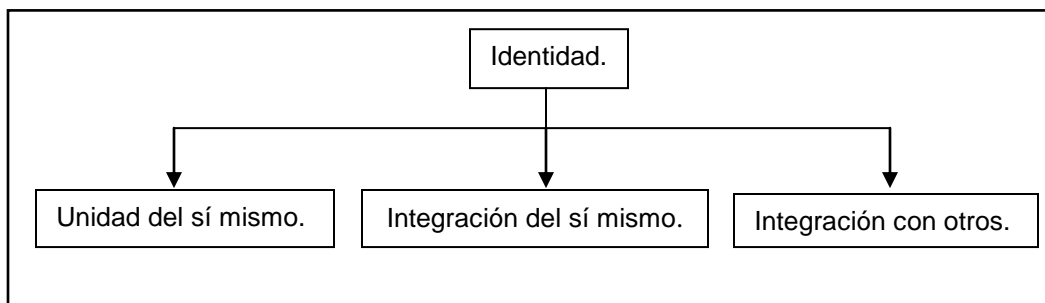
Una vez finalizado el proceso de análisis se plantean las conclusiones, integrando aspectos de relevancia teórica con los hallazgos de la presente investigación.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de las autobiografías realizadas a nueve adolescentes entre 13 y 14 años de edad, de sexo femenino que ingresaron al Hospital Dr. Exequiel González Cortes por intento de suicidio durante el último año.

Los resultados se organizaron en base a tres categorías que dan cuenta de las unidades de la identidad: Unidad del sí mismo, Integración del sí mismo e Integración con otros.

Tabla n°2: Organización de las subcategorías



A su vez cada categoría es organizada en subcategorías de acuerdo a conceptos centrales de la investigación, y en unidades de análisis en base a las temáticas extraídas desde las autobiografías. Es importante señalar que algunas unidades de análisis se repetirán en diferentes subcategorías, sin embargo serán analizadas en base a la implicancia teórica de la subcategoría en la que se incluye.

Para comenzar la presentación de los resultados, se expondrá un esquema resumen que da cuenta de la organización de la categoría, seguida su definición teórica, para finalmente hacer una presentación general de los aspectos de mayor relevancia en el análisis de ésta.

Posteriormente se realizará en cada categoría una descripción general de la información extraída de las unidades de análisis, dando cuenta de los aspectos comunes y excepcionales de las nueve autobiografías. Para esto se recurrirá al uso de viñetas textuales de las autobiografías de las adolescentes, las cuales serán presentadas en cursiva y entre comillas.

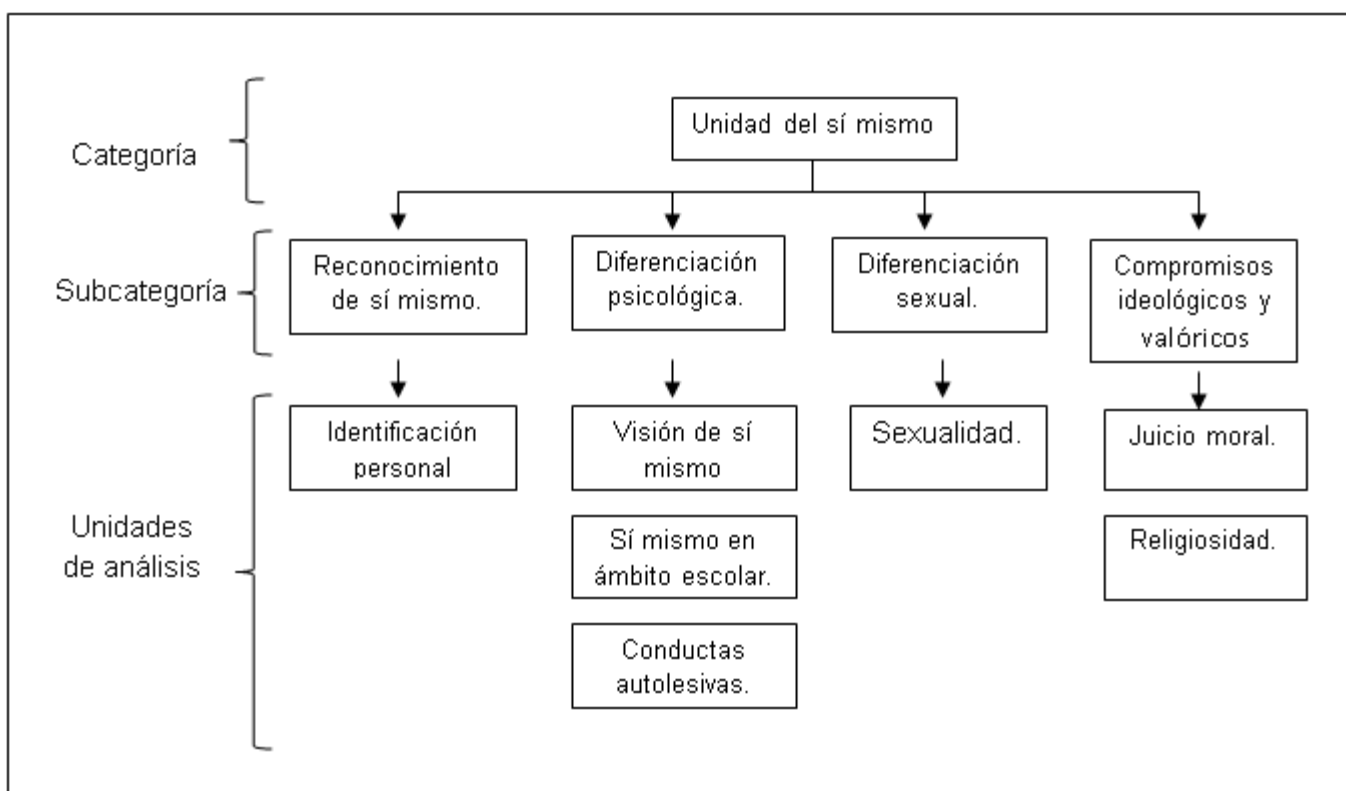
Para resguardar el anonimato de las adolescentes, se identificará a las participantes con la designación de un número, esta coincide con la Tabla n°1 presentado

en el apartado de caracterización de la muestra incluido en la metodología utilizada en la investigación.

4.1 Unidad del sí mismo

A continuación se presentará el esquema resumen de la organización de la categoría con el fin de propiciar una mejor comprensión del análisis de la información recabada en las narrativas.

Tabla n°3: Organización de la subcategoría Unidad del sí mismo



La categoría *unidad del sí mismo*, implica la afirmación y el reconocimiento de sí como ser único y diferente de otro, a través de un proceso la diferenciación psicológica, corporal, sexual y valórica, respondiendo a la pregunta ¿Quién soy yo? (Sepúlveda, 2006, 2013).

A modo general, es posible observar que si bien existe una diferenciación psicológica en las adolescentes participantes, ésta es poco clara debido a la escasa capacidad que poseen para establecer límites entre el sí mismo y el otro.

Al momento de describirse, las jóvenes aluden principalmente a características psicológicas, sin incorporar características de su imagen física y excepcionalmente un caso se refirió a aspectos de su sexualidad. Destaca principalmente una visión negativa de sí mismas y en la mayoría de los casos la ausencia de una descripción personal explícita.

Dentro de la caracterización personal, las adolescentes manifestaron preferencias por la realización de actividades con los pares y escasamente hicieron alusión al ámbito escolar.

En las narrativas analizadas, destaca la escasa capacidad por parte de las adolescentes para percibir recursos personales y generar alternativas de acción ante los conflictos, teniendo poca capacidad de iniciativa y dificultad para ser el autor de su propia historia.

Un aspecto frecuente en las narrativas tiene relación con la manifestación del juicio moral a través de la valoración que las adolescentes realizan de las acciones llevadas a cabo por otros y con escaso enjuiciamiento de las acciones propias.

A continuación se presentará el análisis detallado de cada una de las unidades de análisis y subcategorías que componen la categoría unidad del sí mismo:

4.1.1. Reconocimiento del sí mismo

- **Identificación personal**

La mayoría de las adolescentes incluyeron una identificación personal en su autobiografía, mencionando principalmente su nombre y/o edad¹.

“Mi nombre es C J M y tengo 13 años” (Participante 1).

“Tengo 13 años” (Participante 9)

Un caso excepcional además de mencionar su nombre y edad, aportó información adicional como el lugar de residencia actual, nombre del establecimiento educacional y el curso al que asiste.

“Bueno empesare quien soy yo, tengo 14 años... Mi nombre es: A A J. J... ahora vivo aca en Santiago en la comuna de san Bernardo... voi al colegio XX, estoy en 8° año C...” (Participante 2).

4.1.2. Diferenciación psicológica

- **Visión de sí mismo**

La mayoría de las adolescentes que participaron en la investigación no realizaron una descripción de sus características personales, pues en general hacen referencia a diversos aspectos específicos del sí mismo tales como, gustos y pasatiempos, percepción de recursos personales y alternativas de resolución de problemas. Y aquellas que realizaron dicha descripción personal, presentaron mayoritariamente una visión negativa de sí mismas, sin incorporar aspectos de su imagen física. Esto se puede apreciar en las siguientes citas:

“me veo q’ no sirvo para nada q’ no valgo pero al mismo tiempo me veo q’ soy siento muy rara... yo no soy de piel, me altero por cosas pequeñas, soy muy nerviosa... no lloro al frente de alguien no me gusta, tengo mucha rabia, odio, ganas de escapar, me desaogo golpeando no a personas, me desespero estando sola y es así como soy yo” (Participante 8).

¹ Todos los nombres ya sean personales o de instituciones, así como también las fechas de nacimiento o cualquier referencia explícita a los participantes de esta investigación han sido cambiados en post de resguardar su identidad.

“*de repente igual siento que nadie me quiere y me da pena.*” (Participante 5)

“*soy muy celosa con el chico que me gusta o me atrae soy romántica, cariñosa, amable, cariñosa y muy sensible*” (Participante 2).

Es importante mencionar la intensidad de la narración que realizan las jóvenes, que pone en evidencia la carga afectiva que poseen éstas al momento de describirse, haciendo alusión a sentimientos de odio y rabia, así como también al ímpetu con el que expresan sus características.

En lo que respecta a los gustos y pasatiempos, las adolescentes principalmente hacen referencia a la realización de actividades con los pares, tal como se observa a continuación:

“*Me gusta mucho estar con mis amigas, amigos, me gusta mucho los animales... me gusta mucho salir de compras, ir de paseo vacaciones, etc*” (Participante 2).

Solo un caso se refirió a la preferencia por las actividades a nivel individual, sin manifestar preferencia por actividades con los pares. En esta cita además es importante destacar el involucramiento personal que la joven manifiesta en sus actividades, destacando que estas le producen sensaciones placenteras en relación a su realidad actual de querer desaparecer.

“*...escucho punk-rock, y rock, y amo leer... Hago patinaje artístico, siento que puedo volar lejos, y es lo más cercano a desvanecerse que existe.*” (Participante 1).

Cabe destacar que la mayoría de las adolescentes que hicieron alusión a sus gustos y pasatiempos le otorgaron una valoración positiva a la realización de actividades con los pares, siendo éste uno de los pocos aspectos significativamente positivos en la vida de las adolescentes participantes.

Como caso excepcional, destaca una joven que manifiesta en su narrativa la inclinación por actividades que se alejan de las normas y consensos socialmente

establecidos, lo que podría tener estrecha relación con el antecedente de consumo de drogas desde los ocho años por parte de la adolescente que la han llevado a realizar conductas delictivas en la actualidad. Esto se evidencia en la siguiente viñeta:

“yo eleji el camino dela calle dela drogadicción y del narcotráfico me gusta ese mundo tenel plata...” (Participante 6).

Finalmente solo dos casos incluyen en la definición de sí mismas, la percepción de recursos personales y las alternativas de resolución de conflictos, estando éstas estrechamente relacionadas. En estos casos las adolescentes manifiestan:

“... y yo se que lo voy a lograr para demostrarle a muchas personas que si puedo lograr lo que quiero... me arrepiento mucho en las cosas que hice porque me fui dando cuenta que las cosas se resuelven y pasan de a poco...” (Participante 2).

“Me tengo miedo a mi misma, y le tengo miedo al mundo; no sé enfrentarlo... me siento como un problema y hay que acabar con los problemas.” (Participante 1).

Es posible observar, que la adolescente que se percibe con los recursos personales necesarios para el enfrentamiento de problemas, presentaría una mayor disposición a generar alternativas de acción ante los conflictos y visualizar las oportunidades de cambio, teniendo la convicción de que es posible lograr su objetivo. Mientras que la adolescente que no manifiesta ninguna de las características anteriores, no logra identificar alternativas de enfrentamiento a los problemas, sintiéndose coartada por ella misma y el mundo.

- ***Visión de sí mismo en el ámbito escolar***

La aparición de temáticas relacionadas con la visión personal en el contexto escolar fue poco frecuente en la totalidad de los casos analizados. Sin embargo, las adolescentes que hicieron referencia al tema aluden principalmente al rendimiento académico y a la conducta escolar, como se puede apreciar en las siguientes citas:

“en el colegio no me va muy bien me cuesta entender lo que me están pasando, intento entenderlo pero no puedo”. (Participante 5).

“a los 11 años empecé a tener mala conducta escolar”. (Participante 9).

En ambos casos destacan las dificultades existentes en el ámbito escolar, una pone énfasis en la dificultad de comprensión y la otra alude a los problemas conductuales presentados desde hace años.

- **Conductas autolesivas**

Excepcionalmente solo dos casos dan cuenta de conductas autolesivas en sus narrativas. Dichas conductas dicen relación con el autoinflingimiento de cortes, el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y la preservación de la ideación suicida. Esto queda manifiesto en las siguientes viñetas:

“fumo cigarrillos, me corto... Me tengo miedo a mi misma... sé que soy capaz de suicidarme. Sé que puedo acabar conmigo...” (Participante 1).

La cita anterior podría estar asociada al diagnóstico de depresión severa con ideación suicida presentada por la adolescente al momento de participar en la investigación.

“...me insito a drogarme siendo muy cabra chica... yo eleji el camino dela calle dela drogadicción y del narcotráfico...” (Participante 6).

Esta referencia podría tener relación con los antecedentes de consumo de drogas y conductas delictivas por parte de la adolescente.

4.1.3. Diferenciación sexual

- **Sexualidad**

Del total de las adolescentes participantes, solo una hizo referencia a la iniciación de su vida sexual, como se da cuenta en la siguiente cita:

“...le cuento cosas que me gustaría contarle a mis papás como que ya perdí la virginidad...”. (Participante 5).

4.1.4. Compromiso ideológico y valórico

- **Juicio moral**

En la mayoría de las narrativas analizadas, las adolescentes hicieron alusión a aspectos morales que tienen relación con la propia caracterización valórica y el enjuiciamiento de acciones realizadas por otros, en ausencia de la responsabilización por las propias acciones. Esto se puede apreciar en las siguientes viñetas:

“Es frustrante que él lo haya hecho por sus propios actos, y yo quiero terminar con mi vida, debido a razones ajenas a mi, no fue mi culpa”. (Participante 1).

“Odio a las personas que ablan sin saber y inventan cosas que no son”. (Participante 2)

“una vez me acuerdo que nos quedamos en la casa de un amigo de mi mamá pero ella durmió con el, y eso me dolio porque engañaba a mi papá”. (Participante 5).

“En la Iglesia vivi muchas cosas fue lo que mas me enseñó a educarme, respetar a los demás, ser educada etc”. (Participante 2).

- **Religiosidad**

Destaca la presencia de un caso en el que la adolescente incluyó en su narrativa la religiosidad como tema de gran importancia en su vida, significándola como factor protector ante las dificultades y eventos negativos ocurridos en su historia vital, como se puede apreciar en la siguiente viñeta:

“...yo por ejemplo me crie dentro de la Iglesia evangelica pentecostal en la que me ayudo mucho a superar los daños que me hicieron personas que conoci... En la Iglesia vivi muchas cosas fue lo que mas me enseñó a educarme, respetar a los demás, ser educada etc. Pro en todo eso dentro de la Iglesia yo creía mucho en Dios en la que aun sigo creyendo en el, pero uvo algo que me marco algo que voi a recordar mi vida, que fue una oración que le hice a Dios y me lo cumplio el

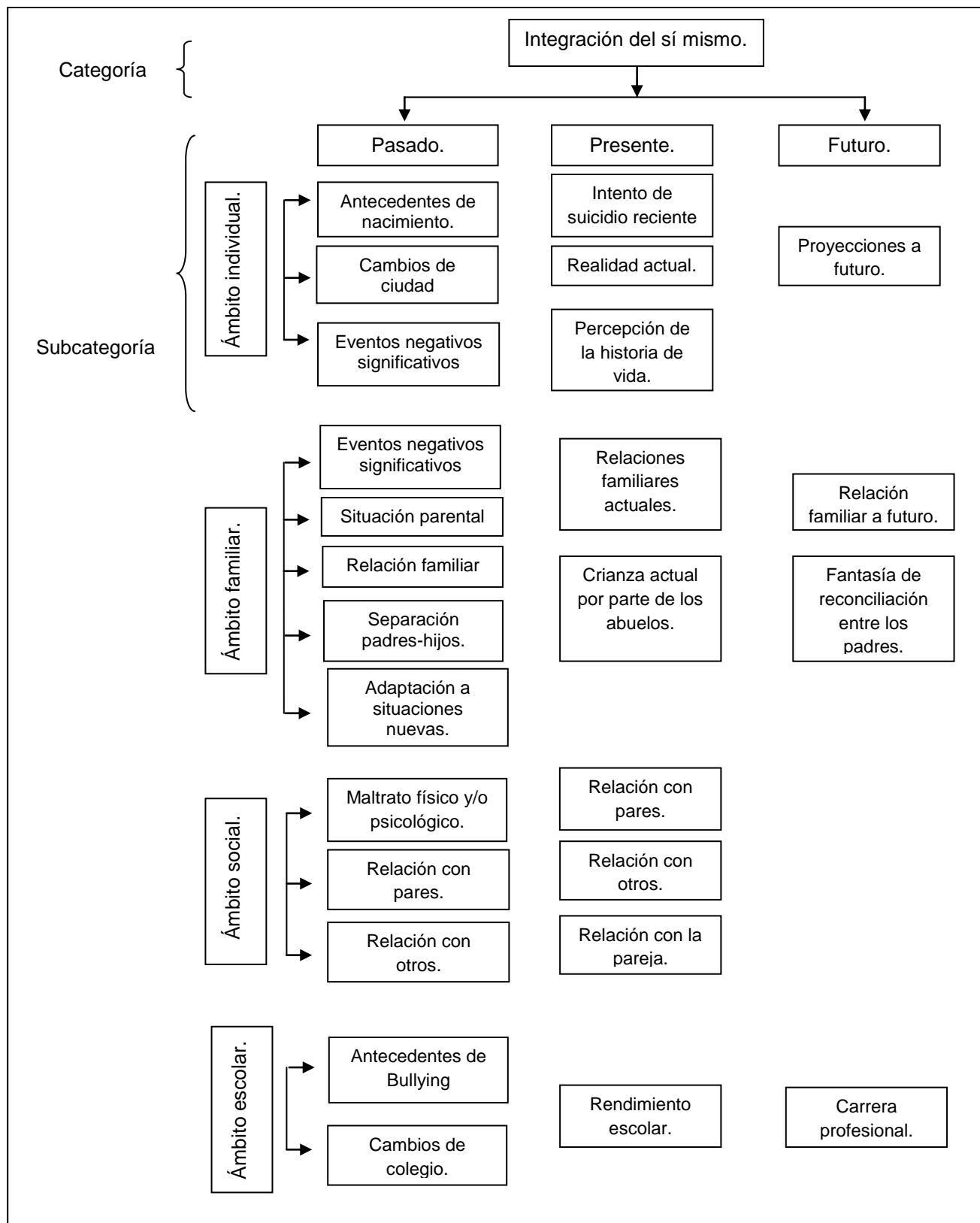
dia de mi cumpleaños que es el 31 de octubre, eso para mi fue algo genial que vivi". (Participante 2).

Es importante mencionar que la adolescente otorga una gran importancia a la religiosidad dentro de su vida, debido a la influencia que esta tuvo tanto en su proceso educativo como en su proceso de superación personal.

4.2 Integración del sí mismo

A continuación se presentará un esquema que da cuenta de la organización de la categoría integración del sí mismo, con el objetivo de clarificar el posterior análisis de la información correspondiente a dicha categoría.

Tabla n°4: Organización de la subcategoría Integración del sí mismo



La integración del sí mismo dice relación con el proceso de acomodación de eventos a nivel individual, familiar, social y escolar en la historia vital a través de la organización de éstos en un pasado, presente y futuro, otorgándole un sentido de continuidad y permanencia al sí mismo (Sepúlveda, 2013; 2008; 2006).

Para fines de la presente investigación se organizó la información manifestada por las adolescentes en las autobiografías, a través del cruce de los diversos ámbitos (individual, familiar, social y escolar) con la temporalidad (pasado, presente y futuro) de los eventos analizados, lo que dio origen a las subcategorías que componen la categoría integración del sí mismo.

A modo general, en el análisis de esta categoría destaca la dificultad que las adolescentes presentan en relación al proceso de acomodación de las experiencias y eventos del pasado. Esto se evidencia en la reiteración de las problemáticas del pasado en la actualidad sin el logro de una resignificación y resolución de los conflictos. Se observó que gran parte de estas problemáticas se centran en el ámbito familiar, específicamente en lo referido a la relación entre y con los padres.

Todo lo anterior ha generado que en el presente, las adolescentes posean una percepción predominantemente negativa de su historia de vida, con escasa integración de eventos positivos y pocas proyecciones a futuro.

A continuación se presentará el análisis detallado de cada una de las unidades de análisis y subcategorías que componen la categoría integración del sí mismo:

4.2.1. Ámbito individual

4.2.1.1. Pasado individual

- ***Antecedentes de nacimiento***

Algunas adolescentes aportaron antecedentes de nacimiento, haciendo referencia a la fecha de nacimiento, especificando el día, mes y año. Uno de estos casos, además de incluir la fecha de nacimiento realiza

una caracterización de sus padres en dicho momento. Todo esto queda de manifiesto en las siguientes citas:

“Bueno nací un 28 de abril, el año 98...” (Participante 7).

“Nací el 5 de octubre de 1999 en el hospital parroquial. Mi madre tenía 23 años, mi padre biológico, ni idea. Se llama Carlos, es casado, tiene dos hijos mayores que yo, lo que quiere decir que mi mamá era la ‘otra’.” (Participante 1).

Sin embargo, hubo un caso que omitió la fecha de su nacimiento pero hace referencia a los antecedentes médicos.

“...yo naci con el cordon umvilicar enredao en el cuello a parte a mí me tuvieron que hacer trafucion de sangre...” (Participante 3).

- **Cambios de Ciudad**

Del análisis de las autobiografías se observó que dos de los casos se refirieron a la experiencia de cambiarse de ciudad, originando cambios en las dinámicas sociales establecidas hasta ese entonces, lo que se puede apreciar a continuación:

“...Mientras yo vivi en el sur entre Temuco y Galvarino comparti y vivi muchas cosas... Llego el día en que me vine para Santiago a vivir con mi mamá mis hermanos y la pareja de mi mamá, hay sucedió un cambio muy difícil en mi en la que me costo mucho adaptarme a mis hermanos a mi mamá y a mi padrastro y estar lejos de mi abuelita y mi abuelito que fueron los que me criaron...” (Participante 2).

“cuando me vine a vivir a Santiago mis amigos ya no me hablaban entonces como que no tenia a quien contarle mis cosas” (Participante 5).

Ambas narrativas reflejan la dificultad por parte de las adolescentes de adaptarse al traslado de ciudad debido a los cambios relacionales anteriormente mencionados. Es importante destacar la significación negativa que las adolescentes realizan de este evento, debido a que esto

implicó distanciamiento de los lazos afectivos establecido hasta ese momento, tanto en el ámbito familiar como con los pares.

- **Eventos negativos significativos**

La mayoría de las adolescentes hacen alusión a eventos vivenciados como negativamente significativos en el pasado. Algunos de estos a pesar de haber ocurrido en el contexto familiar, tuvieron implicancias negativas en las adolescentes a nivel personal.

Entre estos eventos se encuentran hitos relacionados con la interacción entre los padres, como la separación entre éstos y/o la infidelidad por parte de uno de ellos, tal como se observa a continuación:

“...pero detra desa simpatía llevo un dolor muy fuerte dentro demi como la separación demis padres...” (Participante 6).

“...una vez me acuerdo que nos quedamos en la casa de un amigo de mi mamá pero ella durmió con el, y eso me dolio porque engañaba a mi papá...” (Participante 5).

Es importante destacar que en ambas narrativas de las adolescentes se evidencia un sufrimiento importante asociado a lo relatado con respecto a la situación entre sus padres en el pasado.

Otro hecho relevante está relacionado con la muerte autoprovocada o accidental de alguna figura significativa, tal como se aprecia en las siguientes viñetas:

“Mi primo abusó sexualmente de mí cuando tenía 4 años. Cuando tenía 9, él terminó con su vida, destruyendo mi vida una vez más” (Participante 1).

“...mi vida a mi parecer a sido difícil a mis cortos 6 años perdi a mi padre y un primo hermano era parte de mi nucleo familiar mas cercano me afecto mucho la pérdida de ellos dos...” (Participante 9).

Destaca en ambos casos que la muerte de estas figuras significativas significó un quiebre en la historia de vida de las adolescentes, convirtiéndose en hitos que influyeron en la percepción negativa que poseen las jóvenes de sus vidas.

Por otra parte, dos adolescentes incluyen en sus autobiografías los intentos de suicidios previos, tanto propio como de otro miembro de la familia.

Es importante destacar que dentro de los antecedentes recopilados en la entrevista sociodemográfica, tres jóvenes realizaron intentos de suicidios previos, pero solo un caso lo integró en su narrativa, sin hacer valoración del evento, tal como se aprecia a continuación:

“Me he intentado suicidar 2 veces” (Participante 1).

Por otra parte, solo un caso reportó en la entrevista antecedentes de intento de suicidio previo por parte de un familiar directo, incluyéndolo también en su narrativa destacando el gran componente emocional y la angustia generada por el evento, como se observa en la siguiente viñeta:

“...yo le cuento todo a mi hermana mayor y ella tomo pastillas, cuando lo iso sentí que me moriría si ah ella le pasaba algo, por es mi todo sin ella no se que aria...” (Participante 5).

Otro evento significativo que apareció en solo una de las autobiografías analizadas fue el abuso sexual sufrido por una de las adolescentes participantes, cuyo agresor fue un miembro de la familia.

“Mi primo abusó sexualmente de mí cuando tenía 4 años. Cuando tenía 9, él terminó con su vida, destruyendo mi vida una vez más” (Participante 1).

Se desprende de la cita anterior que el evento del abuso sexual sufrido por la adolescente implicó un quiebre en su historia de vida. Lo

anterior se corrobora con la información manifestada por la misma adolescente en la entrevista previa.

4.2.1.2. Presente individual

- ***Intento de suicidio reciente***

Dentro del análisis de las narrativas se observa que tres casos mencionan el intento de suicidio reciente. Es importante destacar que todos estos casos dan a conocer las razones que gatillaron el intento, como se puede apreciar en las siguientes citas:

“... y yo quiero terminar con mi vida, debido a razones ajenas a mí...” (Participante 1).

“...ya cuando me empecé a poner triste por que echaba demenos a mis abuelitos de un momento a otro me toxique...” (Participante 2).

“Cuando me tome las pastillas mi hermana se enoja pero yo me sentía sola, como soy la que me porto bien y no hago nada, alomejor no necesitaba tanta atención pero en el findo la necesitaba porque sentía que mis papás ya no se preocupaban por mi...” (Participante 5).

En las citas anteriores, se aprecia que los motivos principales que gatillaron el intento de suicidio dicen relación con necesidades de atención y contención emocional, así como sentimientos de tristeza y soledad, experimentados por las adolescentes en sus vínculos más significativos y en relación a eventos a nivel familiar.

Cabe destacar, que en sólo uno de estos casos persevera la ideación suicida:

“Me tengo miedo a mí misma... Sé que soy capaz de suicidarme... Sé que puedo acabar conmigo...” (Participante 1).

Esto podría tener relación con el diagnóstico de depresión severa con ideación suicida que presenta la adolescente al momento de la

evaluación, según la información recabada en la entrevista sociodemográfica.

- **Realidad actual**

Dos de las adolescentes participantes hicieron alusión a su realidad actual, aludiendo a la experimentación de sentimientos de soledad y angustia y/o realización de conductas autolesivas.

Una de ellas da cuenta de que su realidad está atravesada por sentimientos de soledad y angustia, experimentados de manera negativa, pero asumidos con resignación y desesperanza, tal como se aprecia a continuación:

“Pero hay algo a lo que no tengo miedo. Y es a estar sola. A quedarme sola, porque en el fondo siempre supe que si hablaba, estaría sola. Nada que hacerle. Y es angustiante y asfixiante. Pero no tengo miedo... mi realidad actual ahora es: ‘Sal de esto, luego sueña’”(Participante 1).

Ambas adolescentes refieren la práctica de conductas autolesivas, como se observa en las siguientes viñetas:

“Me he intentado suicidar 2 veces, fumo cigarrillos, me corto...”
(Participante1).

“... me insito a drogarme siendo muy cabra chica... yo eleji el camino de la calle de la drogadicción y del narcotráfico me gusta ese mundo...” (Participante 6).

En el primer caso, se observa tanto en la narrativa como en los antecedentes recopilados en la entrevista, que la adolescente tiene conocimiento del daño que le provoca la realización de estas conductas. Por el contrario, en el segundo caso, la adolescente refiere la práctica de estas conductas como placenteras, y no percibe consecuencias negativas en el consumo de drogas, tanto para sí misma como para los demás.

- **Percepción de la historia de vida.**

Gran parte de los casos analizados manifiestan una percepción negativa de la historia de vida, aludiendo mayoritariamente a las dificultades y adversidades que han experimentado en sus vidas en comparación a los eventos positivos, como se ejemplifica a continuación:

“...bueno esa es como un resumen de mi vida. porque es casi todo triste creo yo...” (Participante 5).

“...bueno cosas buenas q’ me han pasado son contadas con una sola mano... Osea yo q’ me acuerde de cosas buenas no no tengo.” (Participante 8).

En un caso excepcional se puede observar que la adolescente realiza una integración tanto de eventos negativos como positivos en su percepción de su historia vital.

“Y bueno esta es como mi historia de vida en resumen partes y cosas que me gustan que recuerdo y que no me gustan” (Participante 2).

Es importante destacar que la adolescente presenta una visión realista de su historia de vida ya que logra la integración de los aspectos positivos y negativos de esta. Lo anterior podría estar asociado a que según los antecedentes recabado en la entrevista, la adolescente fue la única participante que se encontraba en un proceso psicoterapéutico en el momento de la evaluación.

4.2.1.3. Futuro individual

- **Proyecciones a futuro.**

Algunas de las narrativas dan cuenta de proyecciones a futuro que aluden al cumplimiento de anhelos, deseos y sueños por parte de las adolescentes y que se orientan principalmente hacia la realización personal, bienestar familiar y a la resolución de las problemáticas actuales, tal como se puede apreciar a continuación:

“...quiero tener mi casa y todas mis cosas sin depender de nadie ser independiente y feliz...” (Participante 5).

“...mi futuro una buena relación con mi familia sin discusiones sin problemas de por medio...” (Participante 9).

Exclusivamente una adolescente manifiesta metas y proyecciones poco realistas, centrándose en el cumplimiento de sueños, sin embargo se aprecia un adecuado enjuiciamiento de su realidad actual, logrando diferenciar el plano de la fantasía del plano de la realidad.

“Quiero una casa en Pto. Varas. Me gustaría conocer Moscú y Siberia y Duluth y el bosque Boundary Waters en USA. Mi realidad ahora es: “Sal de esto, luego sueña” (Participante 1).

En esta narrativa se desprende la concepción idílica que la adolescente tiene acerca de sus proyecciones a futuro, estando centrada en su realidad actual y sin visualizar las posibilidades de sobreponerse a ésta, lo que podría estar relacionado con el tipo de pensamiento predominante en la adolescente, observándose un pensamiento concreto caracterizado por estar centrada en los aspectos concretos y parciales de la realidad, con escasa capacidad de reflexión y visualización de alternativas de resolución de conflictos.

4.2.2. Ámbito familiar

4.2.2.1. Pasado familiar

- ***Evento negativos significativos***

Al igual que en la subcategoría de pasado individual, se pudo observar que las narrativas de las adolescentes están marcadas por los eventos negativos significativos que han experimentado en relación al contexto familiar, tales como: muertes autoprovocadas o accidentales de algún miembros de la familia, intento de suicidio previo de un familiar

cercano y el abuso sexual por parte de un miembro de la familia, sufrido por una adolescente del estudio.

Según los antecedentes recabados en la entrevista sociodemográfica, estos eventos gatillaron un quiebre tanto en la historia personal de cada adolescente, como en la historia familiar.

Tres adolescentes hicieron alusión a la muerte autoprovocada o accidental de algún miembro de la familia. Esto se puede apreciar en las siguientes viñetas:

“...Cuando [yo] tenía 9, él terminó con su vida, destruyendo mi vida una vez más.” (Participante 1).

“...me ha tocado vivir cosas fuertes como la muerte de mi hermana María en el 2011...” (Participante 8).

Solo una adolescente menciona como evento negativo en su autobiografía el intento de suicidio realizado por su hermana, con quien mantiene una estrecha relación, significándolo de manera angustiante.

“yo le cuento todo a mi hermana mayor y ella toma pastillas, cuando lo iso sentí que me moriría si ah ella le pasaba algo, por es mi todo sin ella no se que aria...” (Participante 5).

Exclusivamente un caso hace referencia a haber sido víctima de abuso sexual por parte de un miembro de la familia, significando el hecho como una destrucción de su vida.

“Mi primo abusó sexualmente de mí cuando tenía 4 años. Cuando tenía 9, él terminó con su vida, destruyendo mi vida una vez más” (Participante 1).

Según antecedentes recopilados en la entrevista previa, este hecho además generó conflictos de gran magnitud en la dinámica familiar.

- **Situación parental**

La mayoría de las adolescentes incluyen en sus autobiografías problemáticas en torno a la situación parental, en las que aluden principalmente la separación de sus padres.

“mis padres se separaron para mi eso fue muy fuerte, porque cuando supe que mi mamá tenía otra pareja no me lo tome bien me tomo mucho tiempo asumir que mi mama ya no estaría con mi papá” (Participante 5).

“...llevo un dolor muy fuerte dentro de mí como la separación de mis padres...” (Participante 6).

Todas las adolescentes que aludieron a la separación de sus padres, significaron este evento como importante y negativo, generándoles un fuerte sufrimiento a nivel afectivo, asociado a sentimientos de tristeza y melancolía.

Otra problemática mencionada por las jóvenes es la relación que establecieron los padres en el pasado, en los cuales se evidencian dos temas principales: la infidelidad por parte de uno de los padres y la relación mediada por antecedentes delictivos entre éstos, lo que se observa a continuación:

“...una vez me acuerdo que nos quedamos en la casa de un amigo de mi mamá pero ella durmió con él, y eso me dolió porque engañaba a mi papá.” (Participante 5).

“...Bueno mi mamá estuvo secuestrada porque mi papá la envió como prenda así se dice cuando deben plata y envían a una persona...” (Participante 7).

- **Relación Familiar**

Un aspecto relevante que apareció en la mayoría de las autobiografías alude a temas en torno a conflictos en la relación con distintos miembros de la familia en el pasado.

En relación a esto, se observó que las adolescentes que mencionaron la relación establecida con su padre describieron relaciones insatisfactorias, primando la ausencia de la figura paterna en sus vidas.

“...siempre me ha echo falta mis papás a mi papá no lo nunca desde que se fue ni siquiera me llama cuando estoy de cumpleaños sola mente llamo una vez a mi herma cuando era chica y no quiso hablar con migo.” (Participante 4).

“... mi papá nunca ha estado en una navidad o año nuevo, ha estado en toda mi vida en un solo cumpleaños cuando cumplí 15 años.” (Participante 7).

Es importante destacar que de las citas anteriores se desprende la intensidad afectiva con la que las adolescentes hacen alusión a la ausencia del padre en sus vidas.

Por otra parte, solo un caso hizo referencia a la relación sostenida con su madre y su hermano evidenciando una situación conflictiva con la madre y un distanciamiento en la relación fraternal.

“... a los 11 años empece a tener mala conducta escolar lo que me hacia tener problemas con mi madre...” (Participante 9).

“... mi hermano casi no estaba en la casa ya que trabaja por todo Chile lo que de a poco hizo alejarme cada vez mas a estas alturas a mi hermano casi ya ni le importa lo que hago” (Participante 9).

Solo dos de las jóvenes participantes hacen referencia a situaciones conflictivas con miembros de la familia extensa, tal como se observa en las siguientes viñetas:

“...hubieron muchas personas que me hicieron mucho daño... pero también personas de mi propia familia que trataban de ponerme mal donde no vivía con mi mamá y vivía con mi abuelita...” (Participante 2).

“con mi familia no me llevo tan bien porque un día mi tía me dijo que nadie me quería mi papá la reto mucho, pero fue fuerte para mi escucharla decir eso” (Participante 5).

En ambos casos se aprecia la percepción de daño que tienen las adolescentes respecto de los conflictos con algunos miembros de su familia extensa, afectándolas directamente.

- **Separación padres-hijo**

Gran parte de las adolescentes aluden a la separación con sus padres, vivenciándolo como un hecho relevante y negativo, donde se aprecia la vivencia de pérdida afectiva y vincular con las figuras parentales, tal como se puede apreciar a continuación:

“... Cuando yo tenía 1 año de edad mi mamá vivía aca en Santiago pero con problemas personales de ella, para estar mejor yo decidí llevarme para el sur donde vive mi abuelita con mi otro abuelito que es la pareja de mi abuelita... que para [mi] eran mis padres porque fueron los que me criaron ...” (Participante 2).

“Cuando era chica mi papá con mi mamá se fueron medejaron sola con mis abuelos... siempre me haecho falta mis papás” (Participante 4).

- **Adaptación a situaciones nuevas**

Algunas adolescentes refirieron en sus autobiografías el enfrentamiento a situaciones nuevas, aludiendo específicamente al contexto familiar nuevo, al nacimiento de su media hermana y a la aceptación de la nueva pareja de la madre.

“... que me costo mucho adaptarme a mis hermanos a mi mamá y a mi padrastro y estar lejos de mi abuelita y mi abuelito que fueron los que me criaron...” (Participante 2).

“...cuando supe que mi mamá tenía otra pareja no me lo tome bien... después mi mamá quedo embarazada, no me gusto eso ella no es hija de mi papá y yo no la quería la odiaba pero cuando nacio vi que ella no

tenia la culpa de nada y ahora la adoro, la cuido la ago reir, porque no me gusta que llore.” (Participante 5).

Es importante señalar, que ambas adolescentes manifestaron dificultad en la adaptación a situaciones nuevas en el contexto familiar. Esto deja en evidencia las dificultades que presentan las adolescentes en el proceso de acomodación, impidiendo el logro de una adecuada adaptación a su situación actual.

4.2.2.2. Presente familiar

- ***Relaciones familiares actuales***

La mayoría de las jóvenes mencionan en sus autobiografías las relaciones que sostienen en la actualidad con distintos miembros de la familia.

Gran parte de los casos hacen una valoración predominantemente positiva de la relación actual que mantienen tanto con sus hermanos como con sus padrastros, lo que se aprecia en las siguientes citas:

“...es mi todo sin ella no se que aria ella es la que me aconseja y me ayuda en todo le cuento cosas que me gustaría contarle a mis papás” (Participante 5).

“...también muy buena relación con mi padrastro que le yamo ‘tio’” (Participante 2).

Cabe destacar que si bien ambas relaciones fueron valoradas de manera positiva por parte de las adolescentes, las relaciones fraternales aparecieron en mayor frecuencia y dando cuenta de una relación más estrecha y con mayor significación para las jóvenes.

Por otra parte, se hace importante mencionar que de la totalidad de las narrativas analizadas, solo un caso hace referencia a la relación actual con su padre en la cual predomina una valoración positiva y satisfactoria

centrándose principalmente en la descripción de actividades que realizan en conjunto, lo que se evidencia a continuación:

“... con mi papá me llevo super salimos juntos y cosas así...”
(Participante 5).

En lo que respecta a la relación establecida en la actualidad con sus madres y abuelos, destaca que de las adolescentes que aluden a dichas relaciones, la mitad le otorga una valoración positiva y satisfactoria, manteniendo relaciones estrechas y con gran implicancia afectiva, mientras que las adolescentes restantes, otorgan una valoración negativa a dichas relaciones, destacando los conflictos, el distanciamiento y la necesidad de afecto. Lo anterior se puede evidenciar en las siguientes citas:

“... Me llevo muy bien con mi mamá es como una mejor amiga para toda la vida...” (Participante 2).

“...el año pasado volvieron los problemas con mi madre lo que a hecho que nos alejemos aun mas y asi a sido hasta el dia de hoy como hija menor y mujer me sobreprotege demasiado...” (Participante 9).

“... mis abuelos ellos son mi vida son tan buenas personas y son mis ejemplos en la vida sobre todo mi abuela...” (Participante 7)

“... mi abuelo nunca me demuestra su cariño...” (Participante 4).

- **Crianza actual por parte de los abuelos.**

Algunas adolescentes en sus autobiografías mencionan a los abuelos como los responsables de sus cuidados en la actualidad, debido al abandono por parte de los padres en el pasado:

“... a mi y a mi hermano nos criaron nuestros abuelos y ellos hasta el día de hoy nos cuidan” (Participante 7).

“Cuando era chica mi papá con mi mamá se fueron medejaron sola con mis abuelos...” (Participante 4).

4.2.2.3. Futuro familiar

- **Relación familiar a futuro**

En relación al futuro familiar, solo dos adolescentes manifestaron el deseo de que la relación con la familia mejorara, tal como se aprecia en la siguiente cita:

“...mi futuro una buena relación con mi familia sin discusiones sin problemas de por medio...” (Participante 9).

- **Fantasía de reconciliación entre los padres**

En las autobiografías se observa con baja frecuencia el anhelo de reconciliación entre los padres de las adolescentes, lo que implicaría de cierta manera recuperar la situación familiar pasada, como se ejemplifica a continuación:

“... a mi me gustaría que ellos volvieran y fuéramos la misma familia de antes...” (Participante 3).

Es importante mencionar que la mayoría de las adolescentes que hicieron referencia al deseo de reconciliación entre sus padres, dieron cuenta de sentimientos de nostalgia y añoranza por la situación familiar pasada.

4.2.3. Ámbito social

4.2.3.1. Pasado social

- **Maltrato físico y/o psicológico**

Dos adolescentes manifestaron en su autobiografía haber sido víctimas de maltrato físico y/o psicológico por parte de sus pares u otras personas. Esto se evidencia en la siguiente cita:

“A los 7 años estaba con el Sr. De los Anillos y ellos, no lo consideraron normal, me golpeaban. Me aislaron... El bullying en el

colegio, me afectó porque me vi cara a cara con la soledad” (Participante 1).

“Pero en ese trayecto de ir conociendo personas hubieron muchas personas que me hicieron mucho daño en forma psicológica y física...” (Participante 2).

Es importante señalar que ambas adolescentes dan cuenta del sufrimiento provocado por las experiencias de maltrato, manifestando sentimientos de soledad y recalando el menoscabo en su integridad física y psicológica.

- **Relación con pares**

Dos adolescentes hacen referencia a la relación con los pares establecidas en el pasado, dando cuenta de situaciones conflictivas. Un caso hace referencia al maltrato recibido por parte de sus pares, mientras que el otro manifiesta la pérdida de los vínculos con sus amigos debido al cambio de ciudad, como se da cuenta en las siguientes citas:

“... y no me consideraron normal, me golpeaban. Me aislaron...afectó porque me vi cara a cara con la soledad” (Participante 1)

“cuando me vine a vivir a Santiago mis amigos ya no me hablaban entonces como que no tenía a quien contarle mis cosas” (Participante 5)

En ambas citas, se hace importante destacar el sentimiento de soledad y tristeza generado por las situaciones conflictivas con los pares en el pasado.

- **Relación con otros**

Excepcionalmente un caso hizo referencia al establecimiento de relaciones de carácter conflictivo con otros en el pasado, dando cuenta del daño provocado por esta situación.

“Pero en ese trayecto de ir conociendo personas hubieron muchas personas que me hicieron mucho daño en forma psicológica y física...” (Participante 2).

4.2.3.2. Presente social

- ***Relación con pares***

En gran parte de los casos se observó que las adolescentes en la actualidad establecen relaciones predominantemente positivas con sus pares, haciendo referencia principalmente a actividades realizadas con ellos, tal como se evidencia a continuación:

“Me gusta mucho estar con mis amigas, amigo... Tengo muchas amistades amigas, amigos” (Participante 2).

“...hay conoci a mis amigos y asiamos todos juntos... después con mis amigos fui a fantasilandia ese día no pensé en nada más que pasarla bien” (Participante 5).

- ***Relación con otros***

Dos adolescentes hicieron referencia a dinámicas relacionales con otros en el presente. Uno de los casos pone de manifiesto el establecimiento de relaciones jerárquicas, mientras que el otro caso evidencia una relación significativa con su mascota.

“...tengo la facilidad de mandar mucha gente y eso me ase sentir superior” (Participante 6).

“tengo una perrita que se llama Puppy es como mi hija, es mi bebe, es una poodle es muy juguetona” (Participante 7).

- ***Relación de pareja***

Solo uno de los casos analizados da cuenta de estar en una relación de pareja en la actualidad, vivenciándola como una relación significativamente positiva.

“...yo aparte estoy pololiando con un niño mayor que yo pero lo mejor que yo con el los llevamos super bien...” (Participante 3).

4.2.3.3. Futuro social

Cabe destacar que ninguna de las nueve adolescentes participantes hizo referencia a temáticas relacionadas con el futuro social.

4.2.4. Ámbito escolar

4.2.4.1. Pasado escolar

- ***Antecedentes de bullying***

Solo una de las adolescentes manifestó en su autobiografía haber sido víctima de hostigamiento, maltrato físico y psicológico por parte de los pares en el ámbito escolar, además de dar cuenta del menoscabo personal y la experimentación de sentimientos de soledad a raíz del bullying.

“El bullying en el colegio, me afectó porque me vi cara a cara con la soledad... y no me consideraron normal, me golpeaban. Me aislaron.” (Participante 1).

- ***Cambios de colegio***

Es poco frecuente la aparición de la temática sobre los cambios de colegios en las autobiografías, sin embargo dos jóvenes mencionaron este hecho otorgando distintas razones referentes al cambio de establecimiento. Un caso lo atribuye a los antecedentes de bullying y en el segundo caso el cambio de colegio es el resultado de los antecedentes de mala conducta por parte de la adolescente. Lo anterior se ejemplifica en las siguientes citas:

“A los 7 años estaba con el Sr. De los Anillos y ellos, no lo consideraron normal, me golpeaban. Me aislaron. Me cambié de colegio” (Participante 1).

“...a los 11 años empecé a tener mala conducta escolar...tubo un cambio de colegio...” (Participante 9).

4.2.4.2. Presente escolar

- ***Rendimiento escolar***

Solo dos de las narrativas analizadas incluyeron temáticas relacionadas con la realidad actual en el ámbito educacional, haciendo referencia exclusivamente al rendimiento escolar. Esto se observa a continuación:

“me va super bien en los estudios” (Participante 2).

“en el colegio no me va muy bien me cuesta entender lo que me están pasando, intento entenderlo pero no puedo” (Participante 5).

4.2.4.3. Futuro escolar

- ***Carrera profesional***

La mayoría de las adolescentes manifestaron el deseo de la obtención de un título profesional, destacando que cinco de estos casos se inclinan por carreras de servicio, principalmente aquellas relacionadas con el ámbito de la salud.

“Si salgo de esto, hay tres carreras que me gustaría seguir: Astronomía, Neurología o Psiquiatría” (Participante 1).

“cuando yo sea grande quiero ser doctora o algo así...” (Participante 5).

“Quiero ser enfermera, me gusta ayudar a la gente...” (Participante 7).

“...quiero pertenecer a la PDI” (Participante 9).

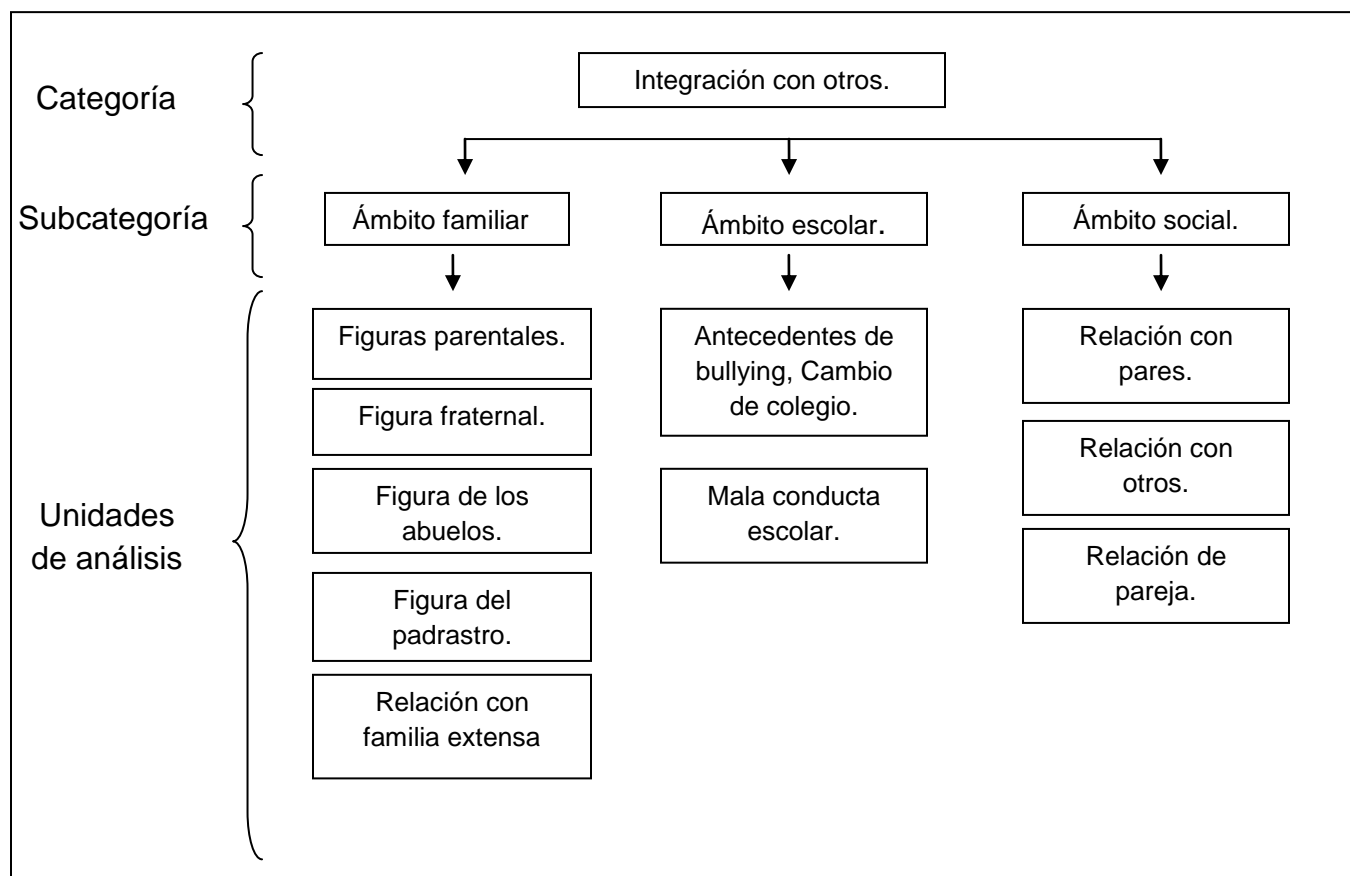
Sin embargo se observa un caso excepcional, en el que la adolescente manifiesta inclinación por una carrera profesional del ámbito artístico.

“Mis sueños asia el futuro es que quiero ser actriz y estar en la televisión y yo se que lo voy a lograr” (Participante 2).

4.3 Integración con otros

A continuación se presentará el esquema resumen de la organización de la categoría con el fin de propiciar una mejor comprensión del análisis de la información recabada en las narrativas.

Tabla n°5: Organización de la subcategoría Integración con otros



Se presentará una síntesis general respecto a la información recopilada de las autobiografías realizadas por las adolescentes participantes, que corresponden a la categoría de *integración con otros*.

Esta categoría tiene relación con la búsqueda de diferentes alternativas de acción y la incorporación en los diferentes ámbitos de socialización, con el fin de lograr la integración y el reconocimiento desde los otros (Sepúlveda, 2006).

En el marco de la presente investigación, se observan tres temáticas relevantes que aparecieron en las narrativas de las jóvenes participantes: ámbito familiar, escolar y social.

En relación al ámbito familiar, destaca la visión que las adolescentes tienen de las figuras parentales, distinguiéndose la separación entre los padres, significada como un evento negativo que modificó la dinámica familiar establecida hasta ese entonces; el abandono por parte de ambos padres, experimentado principalmente como falta de interés y cariño por parte de ellos, al igual que la ausencia de la figura paterna.

En este ámbito, las relaciones interpersonales percibidas como satisfactorias, son las que establecen con las figuras fraternales y con los abuelos maternos, las que brindan apoyo y contención. De igual manera, la relación establecida con el padrastro es satisfactoria a pesar de la poca frecuencia con la que aparece en las narrativas analizadas.

Por otra parte, se hace escasa alusión a relaciones establecidas con miembros de la familia extensa siendo éstas principalmente de carácter negativo y conflictivo.

Se observa poca alusión al ámbito escolar dentro de las autobiografías de las adolescentes, sin embargo los temas expresados son en torno al bullying y la mala conducta de las propias adolescentes, que desencadenan cambios del establecimiento educacional.

En el ámbito social, las adolescentes con frecuencia destacan la relación con los pares como importantes dentro de sus preferencias y de manera excepcional incluyen la temática en torno a la relación de pareja.

A continuación se presentará el análisis detallado de cada una de las unidades de análisis y subcategorías que componen la categoría *integración con otros*:

4.3.1. **Ámbito familiar**

- ***Figuras parentales:***

Es importante señalar que en todas las autobiografías las adolescentes hacen referencia a las figuras parentales en diferentes aspectos, entre los cuales se encuentran la caracterización de los padres, el término de la relación de pareja de sus padres, la relación que mantienen con cada uno de ellos y el abandono que experimentan las adolescentes por parte de sus padres.

En este sentido, se observó que sólo tres adolescentes realizaron una caracterización de sus padres biológicos, refiriéndose principalmente al nombre de éstos y excepcionalmente un caso aporta información adicional en el que expone los antecedentes penales del padre y el alcoholismo de la madre.

“... y mi papá se llama Jaime...mi mamá se llama Catalina...”
(Participante 8).

“...mi padre siempre estuvo preso estuvo en diferentes cárceles...mi mamá es alcohólica y siempre anduvo más preocupada de andar carreteando y con pololos...” (Participante 7).

Por otra parte, gran parte de las adolescentes manifestaron cambios en las dinámicas familiares debido al término de la relación de pareja de sus padres, significando el hecho como un evento importante y doloroso en relación a las implicancias negativas que tuvo en el contexto familiar, esto se evidencia en las siguientes citas:

“...mis padres se separaron para mí eso fue muy fuerte, porque cuando supe que mi mamá tenía otra pareja no me lo tome bien me tomo

mucho tiempo asumir que mi mamá ya no estaría con mi papá... me gustaría q' volviéramos a ser la familia de antes..." (Participante 5).

"La separación de mis papás fue otro golpe. Me culpé porque sentí que perdía otro padre." (Participante 1).

Según la información recaba en la entrevista previa, cabe destacar que la adolescente autora de la viñeta anterior no mantuvo contacto con su padre biológico desde su nacimiento y que su figura paterna es la actual pareja de la madre, razón por la cual la joven alude a la pérdida de otro padre al momento de la separación entre éstos. Se evidencia además, un involucramiento personal en este hecho, responsabilizándose de lo sucedido.

En lo que respecta a la relación existente entre la adolescente y su madre, es importante mencionar que la mayoría de las jóvenes describen en sus autobiografías la relación actual que mantienen con esta figura. La mitad de las adolescentes refieren una relación estrecha y de apoyo con su madre, significándola como positiva y satisfactoria, mientras que los casos restantes la caracterizan como predominantemente negativa y mediada por conflictos que dan origen a distanciamientos entre ambas. Lo anterior se evidencia en las siguientes citas:

"Me llevo muy bien con mi mamá es como una mejor amiga para toda la vida..." (Participante 2).

"...el año pasado volvieron los problemas con mi madre lo que a hecho que nos alejemos aun mas y asi a sido hasta el dia de hoy como hija menor y mujer me sobreprotege demasiado..." (Participante 9).

Sólo tres adolescentes hacen referencia a la relación que mantienen con su padre, primando la ausencia de la figura paterna en su historia vital, dando origen a sentimientos de abandono y tristeza en las adolescentes. Esto queda de manifiesto en las siguientes viñetas:

“...a mi papá no lo veo nunca desde que se fue ni siquiera me llama cuando estoy de cumpleaños...” (Participante 4).

“...mi papá nunca ha estado en una navidad o año nuevo, ha estado en toda mi vida en un solo cumpleaños cuando cumplí 15 años...” (Participante 7).

Sin embargo, excepcionalmente una adolescente describe una relación positiva y satisfactoria con su padre, centrándose principalmente en la realización de actividades con con él.

“...con mi papá me llevo super salimos juntos y cosas haci...” (Participante 5).

Otro aspecto relevante que apareció en la narrativa de algunas adolescentes, tiene relación con el abandono que sufrieron por parte de sus padres. Este hecho significó un quiebre en la historia de vida de las adolescentes, ya que por una parte esto tuvo como consecuencia que su crianza estuviera a cargo de sus abuelos maternos, y por otra, implicó la pérdida de una relación cercana con sus progenitores. Esto se puede apreciar en las citas que aparecen a continuación:

“... Cuando yo tenía 1 año de edad mi mamá vivía aca en Santiago pero con problemas personales de ella, para estar mejor yo decidio llevarme para el sur donde vive mi abuelita con mi otro abuelito que es la pareja de mi abuelita... que para (mi) eran mis padres porque fueron los que me criaron ...” (Participante 2).

“Cuando era chica mi papá con mi mamá se fueron medejaron sola con mis abuelos... siempre me haecho falta mis papás” (Participante 4).

“...mi padre siempre estuvo preso estuvo en diferentes cárceles, bueno siempre fui apegada a mis abuelos porque mi mamá es alcohólica y siempre anduvo mas preocupada de andar carreteando y con pololos, y a mi y a mi hermano nos criaron nuestros abuelos y ellos hasta el día de hoy nos cuidan” (Participante 7).

- **Figura fraternal**

En gran parte de las autobiografías se observó que las adolescentes incluyeron la relación que mantienen con sus hermanos, primando la percepción de relaciones satisfactorias y estrechas, en las cuales éstos aparecen como figuras de contención y apoyo, tal como se evidencia en las siguientes citas:

“...tengo muy buena relación con mi hermana chica de 5 años y muy buena relacion con mi hermano de 12 años...” (Participante 2).

“...ella es la que me aconseja y me ayuda en todo le cuento cosas que me gustaría contarle a mis papás... bueno cuando me siento mal me refugio mucho en mi hermana porque ella me apolla”. (Participante 5).

Excepcionalmente uno de los casos alude a la relación con su media hermana, describiéndola en un principio como una relación conflictiva con sentimientos de rabia debido a que no eran hijas del mismo padre, sin embargo actualmente mantiene una buena relación con ella, tal como se evidencia a continuación:

“...después mi mamá quedo embarazada, no me gusto eso ella no es hija de mi papá y yo no la quería la odiaba pero cuando nacio vi que ella no tenia la culpa de nada y ahora la adoro, la cuido la ago reir, porque no me gusta que lllore.” (Participante 5).

- **Figura de los abuelos.**

Es importante destacar que las adolescentes que describen la relación que mantienen con los abuelos, son las mismas que anteriormente mencionaron el abandono de los padres y la crianza a cargo de los abuelos maternos.

En este sentido, las relaciones establecidas con sus abuelos son vivenciadas principalmente de manera positiva y satisfactoria, describiendo el afecto, apoyo, contención y cuidados que éstas les han brindado a lo largo de su vida, transformándose en referentes a seguir, por percibir las

valóricamente de modo positivo, como figuras buenas, generosas e incondicionales. Lo anterior queda ejemplificando en las siguientes viñetas:

“...quiero ser una gran persona como mis abuelos ellos son mi vida son tan buenas personas y son mis ejemplos en la vida sobre todo mi abuela, ella es maravillosa es una persona que da su vida por mi y mi hermano...” (Participante 7).

Solo un caso refiere que la relación que mantiene con su abuelo es insatisfactoria.

“...mi abuelo nunca me demuestra su cariño...” (Participante 4).

- **Figura del padrastro**

Es poco frecuente la aparición de la figura del padrastro en las narrativas de las adolescentes, sin embargo la relación con éste es descrita de manera positiva. Sin embargo, las jóvenes describen una relación superficial y sin un mayor involucramiento a nivel emocional. Esto queda en evidencia en las siguientes citas:

“...Con la pareja de mi mamá me llevo bien el me compra cosas y es bueno con mi mamá...” (Participante 5).

“...también muy buena relacion con mi padrastro que le yamo “tío”...” (Participante 2).

- **Relación con la familia extensa**

La aparición de las relaciones con miembros de la familia extensa es poco frecuente en las autobiografías analizadas, y hacen exclusiva referencia a dinámicas conflictivas, provocando un daño a nivel personal y un cambio en las dinámicas familiares, tal como se evidencia a continuación:

“...personas de mi propia familia que trataban de ponerme mal donde no vivía con mi mamá y vivía con mi abuelita...” (Participante 2).

“...con mi familia no me llevo tan bien porque un día mi tía me dijo que nadie me quería mi papá la reto mucho, pero fue fuerte para mí escucharla decir eso.” (Participante 5).

4.3.2. **Ámbito escolar**

- ***Antecedentes de Bullying, Cambio de colegio***

En el análisis realizado sólo se distingue un caso en el que una adolescente hace referencia a ser víctima de bullying,. En esta autobiografía se expresan sentimientos de soledad, al percibirse aislada y rechazada por parte de sus pares. El hecho de experimentar constantes maltratos, genera además el cambio de colegio de la adolescente. Esto se evidencia a continuación:

“El bullying en el colegio, me afectó porque me vi cara a cara con la soledad, verás, yo era muy diferente, escuchaba, y escucho punk-rock, y rock, y amo leer. A los 7 años estaba con el Sr. De los Anillos y ellos, no lo consideraron normal, me golpeaban. Me aislaron. Me cambié de colegio.”

- ***Mala conducta escolar***

Excepcionalmente un caso alude al mal comportamiento presentado en el colegio, provocando conflictos en la relación establecida con su madre, teniendo como consecuencia un cambio de establecimiento educacional.

“...a los 11 años empecé a tener mala conducta escolar lo que me hacía tener problemas con mi madre tube un cambio de colegio...”

4.3.3. **Ámbito social**

- ***Relación con pares***

Gran parte de las adolescentes alude a las relaciones que establecen con sus pares significándolas como positivas y satisfactorias,

destacando la realización de actividades en conjunto. Lo anterior queda ejemplificando en las citas posteriores:

“Me gusta mucho estar con mis amigas, amigos... Tengo muchas amistades amigas, amigos...” (Participante 2).

“...hay conoci a mis amigos y asiamos todos juntos... después con mis amigos fui a fantasilandia ese día no pensé en nada más que pasarla bien...” (Participante 5).

Es relevante destacar que excepcionalmente una de las adolescentes tanto en su autobiografía como en la entrevista previa, manifiesta conflictos en la relación actual con sus pares, debido a la poca contención y apoyo que percibió la joven por parte de sus amigas en relación al episodio del intento de suicidio reciente:

“...tengo 3 amigos ahora; después de que este tema salió a la luz, mis otras amigas no supieron cómo enfrentarlo” (Participante 1).

- **Relación con otros**

Algunas adolescentes hacen referencia a la relación establecida con otros, prevaleciendo la significación positiva de éstas, como se puede apreciar a continuación:

“...tengo una perrita que se llama Puppy es como mi hija, es mi bebe, es una poodle es muy juguetona...” (Participante 7).

“...tengo la facilidad de mandar mucha gente y eso me ase sentir superior...” (Participante 6).

Es importante destacar que el caso de la participante 6 presenta antecedentes de consumo de drogas y narcotráfico, lo cual podría estar asociado con el establecimiento de relaciones jerárquicas y de poder con otros, pero que de igual manera son significadas positivamente por la adolescente.

Sin embargo, se distingue un caso excepcional que manifestó el establecimiento de relaciones conflictivas con otras personas, provocando un menoscabo en su integridad física y psicológica:

“Pero en ese trayecto de ir conociendo personas hubieron muchas personas que me hicieron mucho daño en forma psicológica y física...”
(Participante 2).

- ***Relación de pareja***

De manera excepcional aparece en las narrativas la temática en torno a la relaciones de pareja, aludiendo por una parte a las características personales que presenta la adolescente en este ámbito, denotando intensidad en su descripción, y por otra, al establecimiento de relaciones sentimentales que la adolescente define como positivas en base al apoyo prestado por la pareja. Esto se evidencia en las siguientes viñetas:

“...soy muy celosa con el chico que me gusta o me atrae soy romántica, cariñosa, amable, cariñosa y muy sensible...” (Participante 2)

“...en el colegio conoci a mi pololo que lo quiero mucho... bueno cuando me siento mal me refugio mucho en mi hermana porque ella me apolla, o en mi pololo porque con el me siento bien me rio mucho...”
(Participante 5).

5. CONCLUSIONES

A continuación se procederá a la exposición de las conclusiones de la presente investigación, donde se señalarán y discutirán los principales resultados, implicancias, limitaciones y proyecciones de este estudio.

Es importante destacar que efectivamente fue posible alcanzar los objetivos propuestos de la presente investigación. Para dar cuenta de ello, se incluyen tanto los resultados obtenidos del análisis de las narrativas de las adolescentes, como también aspectos teóricos ya expuestos en la revisión bibliográfica.

En primera instancia, se abordarán los objetivos específicos número uno y dos en conjunto con el fin de lograr una mayor integración y comprensión del proceso de construcción identitaria en adolescentes con intento de suicidio. Para esto se realizará una síntesis de la caracterización de cada una de las dimensiones que conforman la identidad personal y se dará cuenta en qué medida éstas son afectadas.

En segunda instancia, se hace necesario mencionar que a raíz de la presente investigación es posible dar cuenta del modo en que las adolescentes integran el intento de suicidio en el proceso de construcción de su identidad personal. Es importante señalar que esta conclusión surge a raíz del análisis de los resultados, sin responder a un objetivo específico, pero se incluye debido a la estrecha relación que presenta con el objetivo general de investigación.

5.1 Unidad del sí mismo

En lo referente a dimensión *unidad del sí mismo*, la presente investigación da cuenta de la existencia de una diferenciación psicológica poco clara en las adolescentes participantes, debido a la escasa capacidad que poseen para describirse, así como también para establecer límites entre el sí mismo y el otro.

Es importante destacar que la mayoría de las autobiografías analizadas no dan cuenta de las características personales de las adolescentes, sino más bien hacen referencia a eventos significativos de sus vidas, como también a relaciones establecidas con otros.

Por otra parte, se puede observar que pocas adolescentes hacen una descripción personal en sus narrativas, evidenciándose una visión poco realista de sí mismas al no realizar una integración de aspectos positivos y negativos en su visión personal. Sin embargo, las adolescentes que integran dicha caracterización aluden principalmente a características psicológicas, destacando una visión negativa de sí, considerándose a sí mismas como un problema o que no sirven para nada. Otro aspecto relevante es que estas jóvenes no incorporaron características de su imagen física y sólo una adolescente se refirió a aspectos de su sexualidad.

Dentro de la caracterización personal, las adolescentes manifestaron preferencias por la realización de actividades con los pares, significándolas de manera positiva.

Por otra parte, las adolescentes escasamente hicieron alusión a la visión de sí mismas en relación al ámbito escolar, aludiendo principalmente al rendimiento y la conducta escolar.

Destaca la escasa capacidad por parte de las adolescentes para percibir recursos personales, manifestando la dificultad para enfrentarse a situaciones adversas y generar alternativas de acción ante los conflictos, teniendo poca capacidad de iniciativa y dificultad para ser el autor de su propia historia, percibiéndose a sí mismas como víctimas de las situaciones adversas ocurridas en sus vidas.

Por otro lado, se observa con frecuencia la aparición de juicios morales a través de la valoración que las adolescentes realizan de las acciones llevadas a cabo por otros y con escaso enjuiciamiento de las acciones propias.

Dado que la *unidad del sí* mismo implica la aceptación y validación de sí, siendo el sujeto capaz de reconocerse como un ser único y diferente (Sepúlveda, 2013), se podría concluir que las adolescentes participantes del presente estudio dan cuenta de dificultades en la organización de la unidad del sí mismo, en la medida en que mayoritariamente se observa en ellas una diferenciación psicológica poco clara, con escasa validación y estima de sí.

5.2 Integración del sí mismo.

En cuanto a la dimensión *integración del sí mismo*, el presente estudio da cuenta de la dificultad que las adolescentes presentan en relación al proceso de acomodación de las experiencias y eventos vitales.

En este sentido, se observó que en la mayoría de las autobiografías se encontraron temas comunes entre las adolescentes haciendo alusión a eventos vitales ocurridos tanto en diferentes contextos (individual, familiar, social y escolar) así como también en diferentes momentos de sus vidas (pasado, presente y futuro).

Es así como las temáticas más recurrentes que se presentan en todas las autobiografías dicen relación con problemáticas en el ámbito familiar de las adolescentes ocurridas en el pasado, pero que aún siguen repercutiendo en la actualidad tanto a nivel personal, implicando el sufrimiento de las jóvenes claramente manifestado en sus narrativas, como en el ámbito familiar, alterando las dinámicas establecidas entre sus miembros. Entre estos eventos destacan: la separación de los padres, el abandono de las adolescentes por parte de los progenitores y la crianza por parte de los abuelos.

En este sentido, los resultados obtenidos en la presente investigación estarían estrechamente relacionados con los factores de riesgo psicosociales que influyen en el aumento de la conducta suicida en la adolescencia, planteados en el marco teórico. Se puede plantear que las situaciones familiares inestables y complejas, la disfunción familiar y la ausencia de padres colaboran a incrementar el riesgo suicida en la población juvenil. De esta manera, se podría corroborar lo planteado en la literatura, donde refieren que las situaciones complejas y de estrés presentes en la familia, constituyen el factor medioambiental de mayor preponderancia en la conducta suicida en adolescentes.

Otra temática relevante que surgió en las narrativas de las adolescentes dice relación con el intento de suicidio y suicidio de algún miembro de la familia, constituyendo este hecho un factor de riesgo preponderante y que se asocia con la aparición temprana de cualquiera de las manifestaciones que componen la conducta suicida en la adolescencia.

Por otra parte, aparecieron otras temáticas tanto en las autobiografías analizadas como en la información recabada en las entrevistas, que si bien no fueron frecuentes en la mayoría de las jóvenes participantes, también tienen relación con factores de riesgo asociados a la conducta suicida. En este sentido, destacan: trastornos psicopatológicos de miembros de la familia, consumo excesivo de alcohol, presencia de estilos educativos inadecuados o dificultades en la comunicación familiar.

Además algunas adolescentes reportaron algunos eventos adversos en la infancia y que también son catalogados en la literatura como factores que aumentan el riesgo suicida en la adolescencia tales como, haber sido víctima de abuso sexual, haber sufrido maltrato físico y/o psicológico y la muerte de alguna persona significativa.

Por otra parte, se pudo observar que las adolescentes hacen escasa referencia al ámbito escolar, siendo la temática más significativa el haber sido víctima de bullying por parte de sus compañeros. En este sentido, el maltrato sufrido fue integrado en la autobiografía excepcionalmente por una de las adolescentes, a pesar de que según la información obtenida en la entrevista previa gran parte de las jóvenes participantes mencionaron haber sido víctimas de bullying en el pasado. Esto podría estar asociado a la dificultad que presentan las adolescentes en la integración de eventos a su historia de vida, centrándose principalmente en sucesos ocurridos en el ámbito familiar.

Es importante señalar que dentro de las narrativas de las adolescentes se observan pocas proyecciones a futuro en los ámbitos individual y familiar, así como nula proyección en el ámbito social. Sin embargo, la mayoría de las adolescentes refieren proyecciones a futuro en torno al ámbito escolar, aludiendo específicamente al deseo de convertirse en profesionales.

Finalmente, se podría dar cuenta de una falla en la integración del sí mismo, debido a la incapacidad que presentan las adolescentes para acomodar eventos ocurridos en el pasado, principalmente a nivel familiar, e integrarlos en el presente de manera adecuada. Esto se evidencia en la reiteración de temáticas conflictivas ocurridas en el pasado que las adolescentes manifiestan en sus autobiografías, lo cual estaría directamente relacionado con la percepción negativa que tienen de su vida en la actualidad, impidiéndoles visualizar mayores proyecciones a futuro.

Lo anterior da cuenta de la dificultad en la adaptación que presentan las adolescentes, así como también en la pérdida del sentido de continuidad y permanencia del sí mismo.

Cabe destacar que sólo un caso da cuenta de un proceso de acomodación adecuado de los eventos del pasado en el presente, organizándolos e integrándolos de manera significativa y aceptando las contradicciones presentes en su historia. Es importante mencionar que esta adolescente es la única que se encontraba en tratamiento psicoterapéutico al momento de participar en la evaluación, además de presentar mayor cantidad de factores protectores, como la religiosidad, en comparación al resto de las adolescentes participantes. En este sentido, queda de manifiesto la importancia de un tratamiento psicoterapéutico con el objetivo de trabajar en la diferenciación personal del adolescente, en el establecimiento de vínculos seguros y en la búsqueda de alternativas de acción ante diversos conflictos, con el fin de lograr una mayor descentración y una integración de hechos pasados en el presente, permitiendo una proyección hacia el futuro y la recuperación del sentido vital.

5.3 Integración con otros

En torno a la dimensión *integración con otros*, la presente investigación da cuenta que mayoritariamente las adolescentes aluden a las relaciones establecidas con los miembros de la familia.

En este sentido, las relaciones actuales establecidas con diversos miembros de la familia están mediadas por las dinámicas y eventos del pasado. Esto ha provocado que en el presente las relaciones establecidas principalmente con las figuras parentales sean significadas por las adolescentes como problemáticas, centrándose principalmente en la ausencia de la figura paterna.

Por otra parte, destaca la importancia que la mayoría de las adolescentes otorga a la relación con los hermanos, convirtiéndose posiblemente en uno de los vínculos seguros más importantes establecidos con un otro.

En torno a las relaciones establecidas con los compañeros en el ámbito escolar, es importante señalar que la mayoría de las adolescentes en sus autobiografías no da cuenta de dichos vínculos.

Finalmente con respecto al ámbito social, la mayoría de las adolescentes integra en sus autobiografías las relaciones establecidas con sus pares, enfocándose en la realización de actividades en conjunto, sin profundizar en el vínculo afectivo establecido con éstos.

En conclusión, el presente estudio da cuenta de la dificultad que presentan las jóvenes en la dimensión *integración con otros*, debido a la excesiva integración de otros a su construcción personal, específicamente de sus figuras significativas en el ámbito familiar, impidiendo una clara diferenciación de sus particularidades individuales y dando paso al establecimiento de relaciones inestables, inseguras y ambivalentes.

En este sentido, las adolescentes evidencian pocas habilidades en el establecimiento de vínculos seguros al momento de incorporarse a grupos en diferentes ámbitos (familiar, social y escolar), específicamente en lo relacionado al ámbito familiar.

Esto estaría generando fallas en la búsqueda de alternativas de acción frente a la resolución de conflictos, y el no reconocimiento y validación de las adolescentes desde otros, lo que implicaría una pérdida en el sentido vital.

Lo anterior da cuenta de que las adolescentes presentan dificultades en el proceso de descentración de sí mismo, en la medida en que la integración y el establecimiento de relaciones que mantienen con otras personas esta mediada por su propia percepción sin incorporar la percepción de otros.

5.4 Equilibrio en la identidad.

Luego del análisis de las autobiografías y considerando los aspectos anteriormente descritos en cuanto a las dimensiones de la identidad personal: unidad del sí mismo, integración del sí mismo e integración con otros, es importante señalar que se distingue un desequilibrio entre estas diferentes dimensiones de la identidad.

Esto daría cuenta de dificultades en el proceso de construcción de identidad en las adolescentes participantes, a pesar de que éste ocupa un rol central en la etapa de la adolescencia (Sepúlveda, 2013).

En este sentido, en las adolescentes que participaron en esta investigación, se evidencia principalmente una dificultad en la dimensión *integración del sí mismo*, ya que todas las adolescentes presentaron una escasa acomodación de eventos vitales ocurridos en el pasado, específicamente relacionado con el ámbito familiar. Esto da cuenta de la dificultad presente en el proceso de asimilación y acomodación de experiencias, generando que las jóvenes se encuentren ancladas en el pasado, impidiéndoles vivir el presente y proyectarse en el futuro, presentando una pérdida de la continuidad del sí mismo en el tiempo. En lo concreto, lo anterior se evidenció en la escasa descripción que las adolescentes hicieron sobre sí mismas en las autobiografías en comparación con la excesiva alusión a eventos vitales del pasado y problemáticas relacionadas principalmente con el ámbito familiar.

Esto se relaciona con la dificultad presente en la *unidad del sí mismo*, ya que al presentar un establecimiento poco claro de los límites entre el sí mismo y el otro, existiendo dificultades en el reconocimiento propio, buscando la validación y el reconocimiento personal desde otros, específicamente en sus figuras parentales. En las autobiografías, se observó que las adolescentes no se sienten reconocidas ni validadas por estas figuras, lo que les genera una pérdida del sentido vital y al establecimiento de vínculos y relaciones problemáticas, poco estables e inseguras, así como dificultades en la búsqueda de alternativas de acción, dejando de manifiesto la falla presente en dimensión de la identidad, *integración con otros*.

5.5 Integración del intento de suicidio en el proceso de construcción de identidad.

De manera adicional a los objetivos planteados en el presente estudio, surge un planteamiento que es de gran importancia y hace referencia a la manera en que las adolescentes integran el evento del suicidio en su identidad personal. Este planteamiento se basa en un modelo sugerido por Hernández (2012).

En este sentido, en las autobiografías realizadas por las adolescentes participantes, se desprende que el intento de suicidio se integraría en la identidad personal de tres maneras distintas: identidad personal centrada en el intento de suicidio, integración del intento de suicidio en la identidad personal y la no integración del intento de suicidio en la identidad personal.

Estas formas de integración del intento de suicidio, se manifiestan en las tres dimensiones que conforman la identidad personal, pudiéndose distinguir características específicas de las adolescentes dependiendo de la forma en la que integran o no integran el intento de suicidio en su historia vital.

En este sentido, se concluye que cuando se “integra el intento de suicidio como elemento central en el proceso de construcción identitaria”, la unidad del sí mismo se caracterizaría por una visión negativa de sí, sumada a la pérdida del sentido vital presentado por la adolescente. La descripción personal se basa en los intentos de suicidios recientes y pasados, así como también en la realización de conductas que implican daño a sí misma. Por otra parte, hay un reconocimiento de la adolescente respecto de las posibilidades que posee para acabar con su propia vida. En lo referente a la integración del sí mismo, los eventos vitales significativos, estarían estrechamente relacionados con sucesos negativos que son percibidos por la adolescente como responsables de la “destrucción” de su vida. Por otra parte, las proyecciones a futuro son poco realistas y no se visualizan posibilidades de transformación y cambio. Por último en lo referente a la integración con otros, destaca un quiebre en la relación actual establecida con su grupo de pares, debido a la develación del intento de suicidio reciente, afectando el vínculo existente hasta ese entonces.

Por otra parte, en la presente investigación la “integración del intento de suicidio en el proceso de construcción de identidad personal”, hace referencia a que las adolescentes integran el intento de suicidio en la autobiografía de igual manera que otros eventos significativos ocurridos en el trayecto vital.

En este caso, en lo referente a la unidad del sí mismo, el intento de suicidio no constituye un elemento central en la visión que las adolescentes presentan de sí misma, sin embargo en cuanto a la integración del sí mismo, el intento es incluido como otro evento relevante dentro de la historia de vida y se hace referencia a no volver a repetir el

intento de suicidio en el futuro. En relación a la integración con otros, se da cuenta del establecimiento de vínculos afectivos en diversos ámbitos, principalmente en las relaciones familiares y sociales, siendo estas las únicas adolescentes que incluyen las relaciones de pareja.

Finalmente, para términos del presente estudio se hace referencia a la “no integración del intento de suicidio en la identidad personal”, a las adolescentes que no integran en sus autobiografías el intento de suicidio. En torno a la *unidad del sí mismo* se observa que el intento de suicidio no constituye un elemento central en la visión que las adolescentes presentan de sí mismas, definiéndose en torno a otras características. A su vez, en lo referido a la *integración del sí mismo* las adolescentes aluden a eventos significativos en la historia de vida, no mencionando el intento de suicidio, haciendo referencias a proyecciones en el futuro principalmente en el ámbito profesional. Por último, la *integración con otros* da cuenta del establecimiento de relaciones en diversos ámbitos, especialmente en el familiar y social.

A continuación se presenta un cuadro explicativo respecto a la integración del intento de suicidio dentro del proceso de construcción de identidad personal de las adolescentes participantes.

Tabla nº6. Integración del intento de suicidio en el proceso de construcción de identidad en adolescentes.

Dimensiones de la identidad.	Identidad personal centrada en el intento de suicidio. (Participante 1).	Integración del intento de suicidio en la identidad personal. (Participante 2 y 5).	No integración del intento de suicidio en la identidad personal. (Participantes 3, 4, 6, 7, 8 y 9).
<i>Unidad del sí mismo</i>	El intento de suicidio constituye un elemento central en la visión que la adolescente	El intento de suicidio no constituye un elemento central en la visión que las adolescentes presentan de sí mismas, sin embargo es incluido como un evento en la historia de vida.	El intento de suicidio no constituye un elemento central en la visión que las adolescentes presentan de sí misma.
<i>Integración del sí mismo</i>	Principalmente se hace referencia a eventos negativos que implican la “destrucción de la vida” Proyecciones poco realista y limitadas a la “sobrevivencia”...	Se hace referencia a diversos eventos de la vida, integrando el intento de suicidio como un evento más. Proyecciones a futuro realistas y hacen referencia a no volver a repetir el intento de suicidio en el futuro.	Se hace referencia a diversos eventos de la vida, no integrando el intento de suicidio. Se hace referencia a proyecciones principalmente en el ámbito profesional.

<i>Integración con otros.</i>	Se hace referencia a quiebres en los vínculos con los pares debido al intento de suicidio.	Integración de distintas relaciones afectivas.	Integración de distintas relaciones afectivas.
--------------------------------------	--	--	--

La forma en la que las adolescentes integran el episodio del intento de suicidio en su identidad, podría ser un aporte en la orientación de un proceso psicoterapéutico en la medida en que se podrían plantear diferentes objetivos según el grado de integración del evento. Un ejemplo de esto, sería que para una adolescente con su identidad personal centrada en el evento suicida, y que como se observa en el cuadro anterior, presentaría una estructuración personal principalmente rígida, el objetivo principal a trabajar en el proceso terapéutico sería la flexibilización de estructuras cognitivas.

5.6 Consideraciones generales para el proceso psicoterapéutico.

Tomando en cuenta los resultados, el análisis de éstos y las conclusiones de la presente investigación, al momento de plantear un proceso psicoterapéutico se hace necesaria la consideración de algunos elementos que aparecieron como centrales en el proceso de construcción de identidad en estas adolescentes.

En primer lugar, tal como se describió ampliamente en el marco teórico, es esencial la inclusión de los factores de riesgo y protectores tanto para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del trabajo.

En cuanto al trabajo terapéutico como tal, es relevante considerar diversos focos de intervención debido a los diversos factores influyentes en la conducta suicida en los adolescentes. Por lo tanto a partir de los resultados obtenidos, se sugiere un trabajo individual, enfocado principalmente al logro de una identidad integrada, con una adecuada asimilación y acomodación de experiencias en su historia vital, una diferenciación personal clara y realista y el establecimiento de vínculos seguros.

Según los resultados obtenidos, el trabajo en el ámbito familiar es de suma importancia para el tratamiento y pronóstico de las adolescentes. Este ha de estar

centrado en la manera en que la familia enfrenta y resuelve situaciones conflictivas, en el apoyo y validación entregada hacia la adolescente y en la adecuada derivación tanto a terapias familiares dada las disfunciones presentes en la mayoría de los casos analizados, así como a terapias individuales en caso de la presencia de psicopatologías de algún miembro de la familia.

Por último el presente estudio, al evidenciar problemáticas existentes en el ámbito escolar, se sugiere un trabajo en torno al adecuado establecimiento de relaciones entre el adolescente y sus pares, así como también con los profesores. Por otra parte y en relación al fenómeno del bullying presente en los casos analizados, es relevante evaluar el clima escolar y la forma de enfrentamiento y resolución de conflictos presentes en el contexto escolar.

5.7 Aportes y limitaciones de la investigación.

En la presente investigación es posible dar cuenta de algunos aportes y limitaciones tanto en el aspecto teórico, como en el aspecto metodológico.

En primer lugar, es importante destacar que si bien existe literatura que aborda el proceso de construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio, como el simposio realizado por Sepúlveda (2004), la temática es propuesta desde un enfoque teórico y desde la experiencia clínica. En relación a esto, se considera que el presente estudio sería un aporte a lo presentado por Sepúlveda (2004) al complementarlo desde la evidencia empírica.

En este sentido, se hace relevante el estudio de los proceso de construcción de la identidad personal en esta población específica, ya que desde la perspectiva constructivista evolutiva, la identidad es un elemento central en la configuración de la personalidad (Sepúlveda, 2013), por lo tanto el presente estudio colabora con la comprensión del fenómeno y a la vez orienta el trabajo psicoterapéutico, fortaleciendo y potenciando la estructuración de la identidad y personalidad en estos adolescentes, reduciendo con esto la posibilidad de que estos vuelvan a manifestar conducta suicida.

Por otra parte, el hecho de que la presente investigación se centrara en el estudio específico de adolescentes que realizaron algún intento de suicidio, permite la descripción

de características comunes de las adolescentes participantes, así como también la identificación de diferencias individuales, permitiendo un mayor conocimiento en cuanto al fenómeno estudiado.

En relación a los aportes metodológicos, se hace necesario destacar que este estudio se enmarcó dentro de la metodología cualitativa, resultando ser un aporte en el análisis de la información debido a que desde esta perspectiva se pudo acceder de mejor manera a la comprensión de los significados que las propias adolescentes otorgaron a su experiencia vital, adquiriendo mayor relevancia los resultados obtenidos respecto de los procesos de construcción de identidad en estas adolescentes.

En este sentido, el instrumentos de la autobiografía utilizado en la investigación para la recolección de información, resultó ser un instrumento útil que aportó información relevante tanto para la investigación, como para el equipo multidisciplinario de trabajo en el que se insertaron las adolescentes, contribuyendo con información nueva y/o potenciando ciertos elementos de los que ya se tenía conocimiento respecto de las adolescentes.

En esta línea, dado que la temática de la identidad en adolescentes con intento de suicidio ha sido escasamente estudiada y referida por la literatura actual, la metodología cualitativa utilizada en la presente investigación contribuyó en el aporte adicional de información respecto del tema, ya que al permitir el acceso a la subjetividad de las adolescentes participantes en lo referente a la percepción sobre sí mismas y de su historia de vida, generó acceso a información de gran relevancia en lo referido a la construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio. En este sentido, se hace relevante la incorporación de la propia perspectiva de los adolescentes en los estudios acerca la identidad personal.

En relación a todo lo anteriormente mencionado, es importante destacar que la metodología cualitativa presenta estrecha relación y coherencia con el enfoque constructivista evolutivo en que se enmarca la presente investigación, ya que pone el énfasis en la construcción de realidad.

En este sentido, la autobiografía resultó un buen instrumento para acceder a las narrativas de las adolescentes y sus construcciones, ya que implica una organización más

deliberada de los recursos lingüísticos, logrando que las adolescentes organicen la información y sus experiencias de manera más activa (White y Epston, 1993, citado en Capella, 2011). Además, debido a la utilidad de esta técnica, es posible incorporar el uso de las autobiografías como herramienta para el trabajo psicoterapéutico con adolescentes, abordando las temáticas asociadas a la identidad personal en sus distintas dimensiones.

Sin embargo, es necesario mencionar algunas limitaciones que se presentaron en esta investigación respecto al uso de la autobiografía, ya que si bien las autobiografías permiten el acceso a la subjetividad de los adolescentes respecto de su proceso de construcción de identidad, en la cual las jóvenes seleccionan la información relevante a la que harán referencia, ésta también podría implicar la no inclusión de información así como la poca profundización de temas mencionados en la autobiografías y que podrían ser relevante para el tema investigado.

Por otra parte, cabe destacar algunas limitaciones de la presente investigación. En primera instancia es importante destacar que dado el muestreo accidental de la presente investigación, solo se tuvo acceso a los primeros casos que ingresaron al hospital, dando paso a una muestra que sólo se limitó a ciertos criterios de inclusión, pero que no estuvo sujeta a la elección de adolescentes con características específicas que conformaran una muestra más variada. Lo anterior queda ejemplificado en que la muestra está compuesta sólo por adolescentes de sexo femenino entre 13 y 14 años.

En este sentido, la ausencia de participantes tanto de sexo masculino como de adolescentes entre 11 y 12 años en la investigación, se correlaciona con la epidemiología del fenómeno, siendo poco frecuentes los casos de intento de suicidio en hombres y en adolescentes de menor edad.

Es importante destacar que lo anteriormente mencionado no favorece el análisis de las características del proceso de construcción de identidad en varones y en adolescentes menores, por lo que se hace necesario en próximas investigaciones ahondar en los procesos de construcción de identidad de participantes con estas características.

En este mismo sentido, se haría fundamental la inclusión de un grupo control en el desarrollo de futuros estudios, ya que esto implicó una limitación en la presente investigación en la medida en que no se realizó la comparación entre las adolescentes participantes y un grupo de adolescente que no hubiese realizado intentos de suicidios, para de esta manera dar cuenta de las similitudes y diferencias en el procesos de construcción de identidad en cada uno de los grupos.

Otra de las limitaciones de la presente investigación, dice relación con la transversalidad del estudio realizado, ya que la evaluación de las adolescentes se realizó en un momento determinado, lo que no permitiría dar cuenta del proceso de construcción de identidad de los adolescente a lo largo de su historia vital, lo cual sería de vital importancia en la medida en la que el proceso de construcción de identidad es un procesos que se va desarrollando durante toda la vida. En este sentido, para estudios futuros sería interesante estudiar la evolución en el tiempo de la construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio, tanto de aquellos que hayan recibido tratamiento psicoterapéutico como los que no, con el objetivo de determinar el aporte de la psicoterapia en la resignificación e integración de las experiencias, favoreciendo la construcción de una identidad personal autónoma.

Es importante destacar que tal como se mencionó en el marco teórico, es fundamental la realización de un proceso psicoterapéutico en adolescentes con una identidad “quebrada” como es el caso de los jóvenes que han realizado intentos de suicidio. En este sentido, la presente investigación, podría orientar dicho proceso, en la medida en que se han planteado características y temáticas recurrentes en este grupo de adolescentes y que podrían ser elementos importantes de considerar en el momento de plantear los objetivos de intervención, enmarcándolo dentro del proceso psicoterapéutico planteado desde el modelo constructivista evolutivo.

Finalmente, es de gran relevancia destacar los aportes que tuvo la presente investigación tanto para las adolescentes participantes, como para el servicio de salud en el que se desarrolló el estudio.

En lo referente a los beneficios que la investigación tuvo para los pacientes, destaca la inclusión de éstos en un programa de apoyo multidisciplinario en el equipo de adolescencia, compuesto por psicólogos, médicos y enfermeras, al momento de recibir el

alta médica. Es importante destacar que previo al inicio del estudio, los pacientes que ingresaban al servicio de salud por intento de suicidio, luego de haber recibido el alta médica, sólo recibían una interconsulta para la atención con psiquiatría de otro establecimiento hospitalario, debido a que el hospital en que se realizó el estudio no cuenta con unidad de Psiquiatría. A medida que se iba realizando el estudio, se evidenció que en realidad los pacientes no habían sido atendidos por ningún especialista, hasta el momento de ingreso al equipo de adolescencia. El tiempo transcurrido desde el alta médica hasta el ingreso al equipo de adolescencia en muchos casos fueron de meses.

En este sentido, la presente investigación dio paso a la visualización de las dificultades en el flujo de atención de estos pacientes, a raíz de lo cual se propició dentro del ambiente hospitalario la puesta en marcha de la creación de un protocolo de atención a pacientes menores de 14 años con intento de suicidio.

REFERENCIAS

- Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E., y Correa, A (eds). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 507-522). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Almonte, C. (2012). Espectro suicida en la infancia y adolescencia. En Almonte, C y Montt, M.E (2da edición), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 560-569). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Ed. Paidós. Barcelona.
- Baader, T., Urra, E., Millán, R. y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3), 303-309.
- Balsa, A. y Naranjo, R. (Febrero, 2012). *La conducta suicida: su análisis en la adolescencia*. Trabajo presentado en XII Congreso Virtual de Psiquiatría, Manicaragua. Resumen recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/54029/.
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R. y Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 140, 873-881.
- Bruner, J. (1996). Actos de significado, más allá de la revolución cognitiva. Alianza editorial. Madrid, España.
- Capella, C. (2011). Hacia narrativas de superación: el desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal. Tesis para optar al título Dra. en Psicología. Universidad de Chile. Stgo. Chile.
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones*, 173-182.

- Cañon, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, (11), 62-67.
- Cruz, F. y Roa, V. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis desde el Enfoque Constructivista Evolutivo* (Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Recuperado de <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/106495>.
- Feixas, G. & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3º edición). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias sociales*, 96(2), 35-54.
- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127. Recuperado de <http://aepcp.net/arc/04.2001%282%29.Fernandez-Merino.pdf>.
- García, E., Gil, J., & Rodríguez, G. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Gómez-Peresmitré, G. y Reidl, L. (s.f.). *Metodología de investigación en ciencias sociales*. Extraído el 10 de junio de 2013 desde http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/pdf/lucy_gilda.pdf.
- Hernández, B. (2012). *Construcción de Identidad en adolescentes nadadoras de nivel competitivo y su relación con los significados asociados al compromiso deportivo* (Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Brehme, C. y Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. Análisis descriptivo. *Revista Médica de Chile*, 140, 751-762.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Miranda, M. y Velázquez, N. (2008). Intervenciones preventivas de conductas suicidas en niños, niñas y adolescentes chilenos. En M. George, N. González y C. Leyton (Eds.), *Cuaderno de Trabajo N°1, Curso Prevención en Salud Mental Infantil* (pp. 101-121). Santiago: Universidad de Chile.
- Nahuelpan, E. y Varas, J. (s.f.). El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Recuperado de http://www.sml.cl/proyectos/estadistica/documentos/SUICIDIO_EN_CHILE_2000-2008.pdf.
- Ortiz, C. (2007). El desarrollo psíquico y la subsecuente elaboración y comprensión del concepto de la muerte en el niño. *Revista Lasallista de Investigación*, 4(2), 59-66. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-44492007000200009&script=sci_arttext.
- Pacheco, B., Lizana, P. y Celhay, I. (2010). Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otras causas psiquiátricas. *Revista Médica de Chile*, 138, 160-167.
- Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilera, A. y Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Archivo Argentino de Pediatría*, 109(1), 18-23.
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572002000300005&script=sci_arttext.

- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M. y Ayala, J. (2007). Características psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología*. (1º Ed.). Barcelona, Editorial Labor.
- Piaget, J. (2000). *La Equilibración de las Estructuras Cognitivas, Problema central del Desarrollo*. (6º Ed.). México D.F., Siglo Veintiuno Editores.
- Ramírez, N. (2012, Diciembre). Minsal alerta que Chile es el segundo país con mayor aumento de suicidio adolescente [Noticia extraída del diario EMOL]. Recuperado desde <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/12/10/573847/critico-informe-del-minsal-un-457-de-adolescentes-chilenos-padece-obesidad-o-sobrepeso.html>.
- Rivera, M. y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rueda-Jaimes, G., Rangel, A., Castro-Rueda, V. y Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683-692. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231003>.
- Ruíz, Y. y Sepúlveda, C. (2004). *Organización del sí mismo en adolescentes estudiantes de enseñanza media con ideación suicida*. (Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile).
- Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Sánchez-Teruel D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). *Perspectivas en psicología aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Sepúlveda, G. (1991). *Desarrollo Psicológico en la Edad Juvenil*. Cap. 2. p. 11-21. Centro de extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

- Sepúlveda, G. (2004). Psicoterapia evolutiva en adolescentes con conductas suicidas. Conducta suicida en el adolescente: continuidades entre la infancia, adolescencia y adultez. Simposio realizado en el XXII Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Concepción, Chile.
- Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En: Valdivia, M. & Condeza, M.I. (eds). Psiquiatría del Adolescente. p. 19-36. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Sepúlveda, G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En: Kaulino, A. y Stecher, A. (eds.). Cartografía de la Psicología contemporánea: pluralismo y modernidad. Santiago: LOM Ediciones.
- Sepulveda, G. (2013). Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Tapia, P., Vöhringer, P. y Ornstein, C. (2010). Conducta suicida en el hospital general. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 21, 187-196.
- Tau, R. y Lenzi, A. (s.f.). *Acerca del desarrollo de la noción de muerte en niños*. Trabajo presentado en II Congreso de Psicología Facultad de Psicología, Córdoba. Resumen recuperado de <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/viewFile/2978/Tau>.
- Ulloa F. (1993). Tentativas y Consumación de Suicidio en Niños y Adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 64(4), 272-276.
- Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud. Universidad Diego Portales. Recuperado de <http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/publicaciones/detalle.tpl?id=350>.
- Valdivia M., Schaub C. y Díaz M. (1998). Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista Chilena de Pediatría*, (2), 64-67.

- Valdivia, M (2006). Adolescencia y conducta suicida. En Valdivia, M y Condeza, M.I (eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 351-366). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C. y Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 39(3), 211-218.
- Ventura, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. y Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 309-315.
- Viñas, F. y Doménech, E. (1999). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(1), 89-104. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2498256>.
- Zañartu, C., Krämer, C. y Wietstruck, M. (2008). La muerte y los niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(4), 393-397.

ANEXOS

Anexo n°1: Entrevista sociodemográfica



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

I. Antecedentes Personales

Nombre : _____

Sexo

F	M
---	---

Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Edad Actual : _____

Curso : _____

Colegio : _____

Comuna de Residencia : _____

Fecha de ingreso al Hospital : ____/____/____

Edad durante el ingreso : _____

Método de Int. de Suicidio¹ : _____

Número de intentos¹ : _____

Antecedentes Médicos¹ : _____

y/o psicológicos _____

Teléfonos de contacto : _____

Número de Ficha¹ : _____

1. Datos que serán obtenidos desde la ficha clínica del adolescente.



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

II. Antecedentes Familiares

Genograma Familiar:

Relaciones Familiares : _____

Eventos Significativos : _____

Antecedentes Médicos : _____

Anexo n°2: Autobiografía



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

AUTOBIOGRAFÍA

Escribe una historia sobre ti y tu vida, pudiendo incluir aspectos tales como por ejemplo, una presentación personal en cuanto a quién eres, cuáles han sido los hechos o situaciones más importantes de tu vida, cómo imaginas tu futuro, entre otros.

Anexo n°3: Autorización de la investigación, emitida por la dirección del Hospital.



FORMULARIO DE INFORMACIÓN A JEFE DE CENTRO RESPONSABILIDAD sobre ESTUDIO E INVESTIGACIÓN a desarrollarse en sus dependencias.

Dr. Douglas Maldonado, Jefe CR Emergencia
 Dra. Michele Drago, Jefa CR UPC
 Dra. Julia Chadid, Supervisora 2º Infancia

PRESENTE:

Por la presente informo a usted la realización de Proyecto de Tesis denominado **"Construcción de identidad en adolescentes de 11 a 14 años de edad que hayan ingresado por intento de suicidio al Servicio de Urgencia del Hospital Exequiel González Cortés durante el último año"**, cuyo investigador responsable es la Psicóloga Myriam Lizana Valenzuela RUT 8544444-1 funcionaria de nuestro establecimiento, quien realizará el estudio con las tesoristas D. Cynthia Ramírez Miranda e Ivonne Salas Cristi, Licenciadas en Psicología, Universidad de Chile y la tutora docente de la Escuela de Psicología Universidad de Chile Ps. Flor Quiroga.

El estudio cuenta con autorización para realizarse en el Campo Clínico, ya que sus resultados pueden aportar insumos interesantes para nuestra institución. La investigadora ha cumplido con todas las etapas preestablecidas administrativas y éticas.

Solicito dar las facilidades para la realización de este estudio.

Atentamente,

DRA. ANDREA MENA MARTINEAU
 JEFA DOCENCIA E INVESTIGACION

Santiago, 03 Enero 2013

Anexo n°4: Autorización de la investigación, emitida por el Comité Ético y de Investigación

**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Q.F. CVRS/cml

MEMO N° 02/2013**MAT.:** Completa aprobación de Estudio que indica.**Santiago,** 15 de Enero de 2013**Señora****PS. MYRIAM LIZANA VALENZUELA
INVESTIGADORA RESPONSABLE****MEMORIA "CONSTRUCCION DE IDENTIDAD EN ADOLESCENTES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD QUE HAYAN INGRESADO POR INTENTO DE SUICIDIO AL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES"****HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES****PRESENTE**

Informo a usted, que el Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), que la Directiva del CEC del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), el día 15 de enero de 2013, ha tomado conocimiento de su carta del 20 de Diciembre del 2012, con la cual remite los documentos corregidos y completa los antecedentes solicitados por el CEC del Proyecto de Memoria: "**CONSTRUCCION DE IDENTIDAD EN ADOLESCENTES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD QUE HAYAN INGRESADO POR INTENTO DE SUICIDIO AL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES**".

Por lo anterior, la Directiva del Comité Ético Científico determina que **el Estudio no presenta reparos Éticos** y ratifica su aprobación por el cumplimiento de lo solicitado y se remiten firmados, timbrados y fechados los siguientes documentos:

- Asentimiento Informado
- Consentimiento informado


I. **La aprobación de este Estudio** se fundamenta en el conocimiento y cumplimiento de lo siguiente:

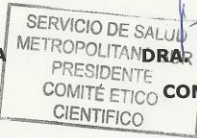
- Norma Técnica N°57 "Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos", del Ministerio de Salud, 2001.
- Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.
- La Ley N° 19.628 legisla sobre "Protección de la vida privada en lo concerniente a datos personales".
- La Ley N° 20.120 regula la "Investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana". (Oficio N°114 del 22/11/10, tomado Razón por Contraloría General De La República el 02/11/11). Reglamento de la Ley 20.120, aprobado por oficio N° 114, del 22/11/2010, de la Presidencia de la Republica, tomando Razón por la contraloría General de la República, el 02/11/2011.
- Circular N° A15/01 del 15/01/2009, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- Declaración de Helsinki
- Valor Científico y social.


Solicitamos a usted, comunicar a este Comité el inicio de la ejecución del estudio e informar lo siguiente:

- Estado de avance y los eventos observados asociados y no asociados con el estudio.
- Rechazo de participación de los sujetos
- Número de sujetos enrolados
- Cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.

Sin otro particular, saluda atentamente,


Q.F. VERÓNICA RIVERA SCIARAFFIA
PRESIDENTA
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.


SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO
PRESIDENTE
COMITÉ ETICO
CIENTIFICO

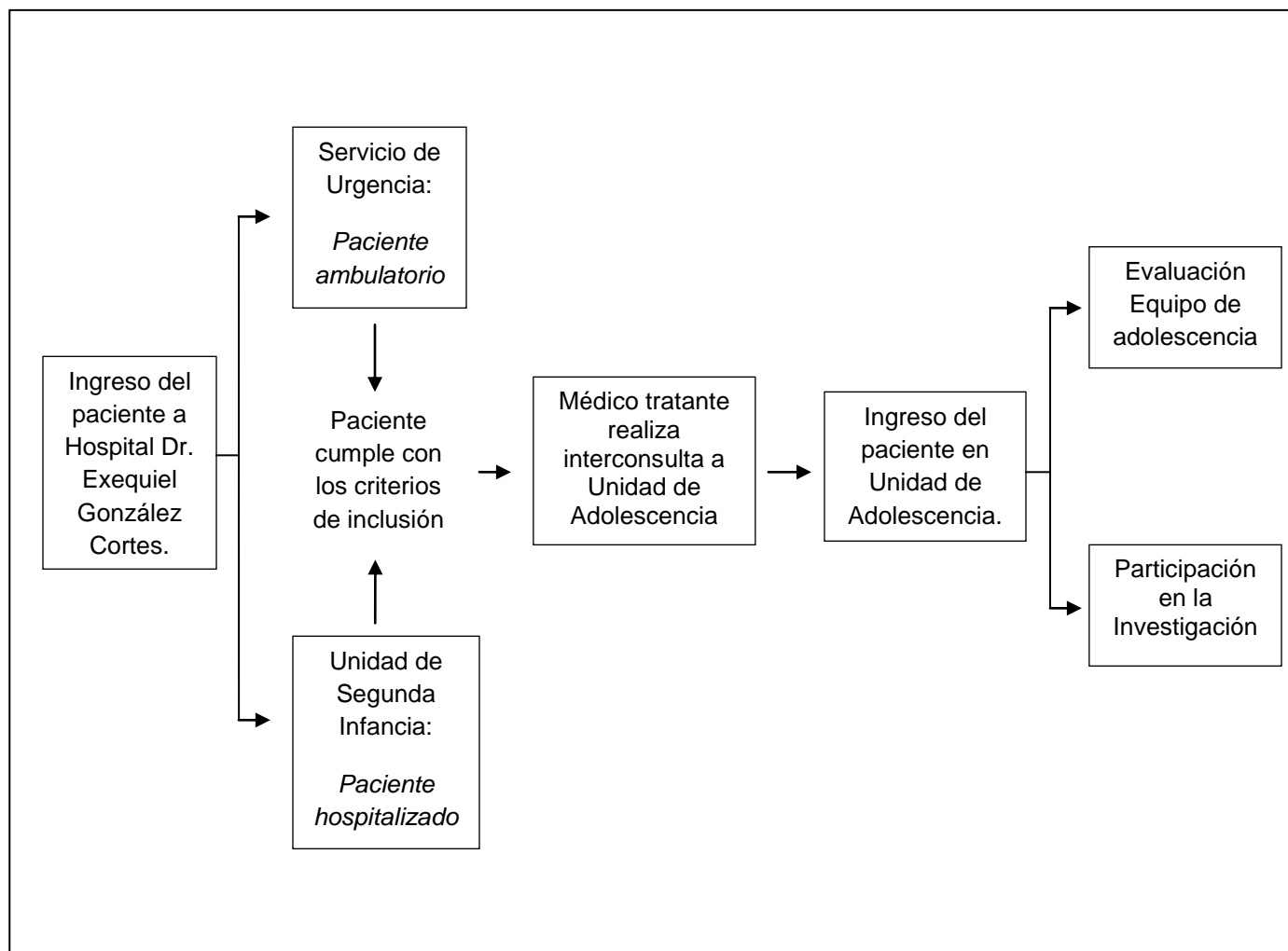

DRA. ELIANA CORTEZ QUEZADA
VICE-PRESIDENTA
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.


DR. HECTOR JORQUERA VERGARA
SECRETARIO
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.

C./c.:

- **Directora Hospital E. González C.**
- Archivo Memos CEC SSMS.
- Archivo Protocolo indicado.
- Oficina de Partes SSMS

Anexo n°5: Flujograma de los pacientes participantes en la muestra



Anexo n°6: Carta de consentimiento informado



MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
 HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
 EQUIPO DE PSICOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre/madre o adulto responsable:

Nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por licenciadas en Psicología de la Universidad de Chile. A través de esta carta, queremos informales las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El objetivo del estudio es conocer cómo se ven a sí mismos y que aspectos de sus vidas consideran importantes los adolescentes entre 11 y 14 años que hayan realizado intento suicido el último año. Para esto, necesitamos evaluar a los adolescentes mediante una entrevista sociodemográfica y una autobiografía. Es en este punto en el que requerimos su colaboración a través de su autorización para que su hijo/a o adolescente a cargo sea evaluado.

Es importante señalar que dichas actividades no conllevan riesgos en su uso. La aplicación de la entrevista sociodemográfica y la autobiografía tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente y estará a cargo exclusivamente de las dos investigadoras principales (Licenciadas en Psicología) y una investigadora responsable (Psicóloga del Hospital). Esto se realizará en las dependencias del Hospital el mismo día que el adolescente asista a control con el equipo de adolescencia, garantizando de esta manera la presencia del equipo de profesionales para asistir cualquier dificultad que pudiese presentarse. En caso de presentarse algún problema fuera de las dependencias del Hospital, que surja a partir de las actividades realizadas para el estudio y que requiera de atención por parte del equipo de adolescencia, podrán asistir al recinto hospitalario o comunicarse con el equipo al correo electrónico: equipoadolescencia@gmail.com o a los teléfonos: 25765892/ 25557006.

Además de la información entregada por usted, las investigadoras responsables tendrán acceso a la ficha clínica del adolescente para obtener los siguientes datos: número de ficha y antecedentes médicos y/o psiquiátricos relevantes, con la finalidad de complementar la información recolectada en la entrevista. El uso de la información obtenida será utilizada exclusivamente para fines del estudio. Se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información la que será manejada sólo por las investigadoras.

Es relevante destacar que la participación en este estudio es voluntaria y puede negarse o retirarse en cualquier momento que lo estime conveniente, sin que esto afecte en el servicio que reciben en el Hospital.

Quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación del adolescente en la investigación, será una contribución relevante para la comprensión psicológica de un fenómeno muy importante y recurrente en los jóvenes. Por otra parte, como beneficio para



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

el paciente por su participación, la información obtenida en el estudio propiciará que las investigadoras otorguen orientación y sugerencias respecto de la intervención psicológica brindada por el equipo de adolescencia a su hijo/a o representado.

Con posterioridad de haber recibido su consentimiento, su representado/a será igualmente informado/a y se le preguntará si desea participar. En caso de que acepten en colaborar con el presente estudio, podrán solicitar información respecto de la investigación en el momento que lo estime conveniente al Comité Ético y de Investigación (CEI) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS): Presidenta Sra. Verónica Rivera S. Fono: 5763850; correo electrónico: verónica.rivera@redsalud.gov.cl.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Consentimiento que se presenta a continuación:

Yo, _____ adulto responsable de

_____ acepto que participe en esta investigación.

Firma _____

Santiago, _____ de 201__

Agradecemos desde ya su disposición.

Cynthia Ramírez Miranda e Ivonne Salas Cristi.

Licenciadas en Psicología
Universidad de Chile.

Anexo n°7: Asentimiento informado



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, somos Cynthia Ramírez e Ivonne Salas, Licenciadas en Psicología de la Universidad de Chile y estamos haciendo un trabajo de investigación para conocer cómo se ven a sí mismos y que aspectos de sus vidas consideran importantes los Jóvenes de tu edad que han ingresado al servicio de urgencia del Hospital Exequiel González Cortés.

Es por este motivo que queremos solicitar tu ayuda en la investigación, pidiéndote que nos respondas en conjunto con tu adulto responsable una entrevista sociodemográfica y posteriormente de manera individual nos escribas algo sobre ti mismo. Es importante señalar que dichas actividades no conllevan riesgos en su uso. La aplicación de la entrevista sociodemográfica y la autobiografía tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente y estará a cargo exclusivamente de las dos investigadoras principales (Licenciadas en Psicología) y una investigadora responsable (Psicóloga del Hospital). Esto se realizará en las dependencias del Hospital el mismo día que tú asistas a control con el equipo de adolescencia, garantizando de esta manera la presencia del equipo de profesionales para asistir cualquier dificultad que pudiese presentarse. En caso de presentarse algún problema fuera de las dependencias del Hospital, que surga a partir de las actividades realizadas para el estudio y que requiera de atención por parte del equipo de adolescencia, podrás asistir al recinto hospitalario o comunicarte con el equipo al correo electrónico: equipoadolescencia@gmail.com o al teléfono: 25765892/ 25557006.

Además de la información entregada por ti y tu adulto responsable, las investigadoras tendrán acceso a tu ficha clínica para obtener los siguientes datos: número de ficha y antecedentes médicos y/o psiquiátricos relevantes, con la finalidad de complementar la información recolectada en la entrevista. El uso de la información obtenida será utilizada exclusivamente para fines del estudio. Se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información la que será manejada sólo por las investigadoras.

Tu participación es voluntaria y puedes responder libremente si quieres hacerlo o no o retirarte en el momento que lo estimes conveniente. Si prefieres no participar, tu decisión no tendrá ninguna consecuencia para ti o para tu familia. Tampoco influirá en la atención que se te entrega en el Hospital.

Quisiéramos señalarte que como beneficio por tu participación, la información obtenida en el estudio propiciará que las investigadoras otorguen orientación y sugerencias respecto de la intervención psicológica que te es brindada por el equipo de adolescencia.

En caso de que aceptes colaborar con el presente estudio, podrás solicitar información respecto de la investigación en el momento que lo estimes conveniente al Comité Ético



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
EQUIPO DE PSICOLOGÍA

de Investigación (CEI) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS): Presidenta Sra. Verónica Rivera S. Fono: 5763850; correo electrónico: verónica.rivera@redsalud.gov.cl.

Si aceptas participar, te pedimos por favor firmar al final de esta carta. También le solicitamos un consentimiento a tu adulto a cargo para respaldar tu decisión.

¡Muchas Gracias!

Cynthia Ramírez e Ivonne Salas.

Licenciadas en Psicología

Universidad de Chile.

Yo _____ acepto participar en esta investigación.

Firma _____

Santiago, _____ de 201 ____