

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

RELACION ENTRE EL NIVEL DE RESILIENCIA E IDEACION SUICIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el Grado Académico de Magíster en Psicología Clínica con Mención en Psicología de la Salud”

**Huamán Murillo Jesica Pamela
Jáuregui Vásquez Hilda del Rosario**

Asesor: Dr. Alex Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Junio - 2015

COPYRIGHT © 2015 by

HUAMÁN MURILLO JESICA PAMELA

JÁUREGUI VÁSQUEZ HILDA DEL ROSARIO

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO



APROBACION DE MAESTRIA

RELACION ENTRE EL NIVEL DE RESILIENCIA E IDEACION
SUICIDA EN JOVENES ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CAJAMARCA

Presidente: MBA. Max Cabanillas Castrejón

Secretario: Dr. Roger Pingo Jara

Vocal: MBA. Lenny Osoro Tello

Asesor: Dr. Alex Hernández Torres

DEDICATORIA.

A nuestros padres por el apoyo incondicional y aliento para no rendirnos cuando parecía que nos rendíamos, a nuestros hijos por todas las veces que no pudieron tener a su mamá a tiempo completo, sin su apoyo no hubiera sido posible cumplir esta meta.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer sinceramente a todas aquellas personas que compartieron sus conocimientos con nosotras, para hacer posible la conclusión de esta tesis.

RESUMEN

Esta tesis pretende determinar la relación existente entre la Resiliencia e Ideación suicida en los y las jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca. Debido a que las estadísticas de suicidio han ido en un incremento significativo en los últimos años, siendo así un serio problema social, es por ese motivo el interés de identificar el nivel de Resiliencia en los jóvenes con comportamiento suicida de la Universidad Nacional de Cajamarca, y verificar si existe o no relación significativa entre la Resiliencia y el comportamiento suicida en dicha población, por lo que se aplicara dos cuestionarios correlacionados con ambas variables.

PALABRAS CLAVES: Resiliencia, Ideación.

ABSTRAC

This thesis seeks to determine the existent relationship between the Resiliency and Ideation he/she in those and the youths of the National University of Cajamarca. Because the suicide statistics have gone in a significant increment in the last years, being this way a serious social problem, it is for that reason the interest of identifying the level of Resiliency in the youths with suicidal behavior of the National University of Cajamarca, and to verify if it exists or not significant relationship between the Resiliency and the suicidal behavior in this population, for what two questionnaires correlated with both variables was applied.

PALABRAS CLAVES: Resiliencia, Ideación.

ÍNDICE O CONTENIDO

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen	vi
Abstrac.....	vii
Índice.....	viii
Lista de tablas.....	x
Lista de gráficos.....	xi
Capítulo I: INTRODUCCION.....	1
1. Planteamiento del problema.....	3
1.1. Descripción de la Realidad problemática.....	3
1.2. Definición del problema.....	3
1.3. Objetivos.....	3
1.4. Justificación e importancia.....	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	5
2. Fundamentos Teóricos de la investigación.....	5
2.1. Antecedentes Teóricos.....	5
2.2. Marco Histórico.....	20
2.3. Marco Teórico.....	21
2.4. Marco conceptual.....	105
2.5. Hipótesis.....	105
CAPITULO III: METODO DE INVESTIGACION.....	113
3.1. Tipo de Investigación.....	113

3.2. Diseño de investigación.....	
3.3. Área de Investigación.....	113
3.4. Población.....	113
3.5. Muestra.....	114
3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	115
3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos.....	130
3.8. Interpretación de Datos.....	133
CAPITULO IV: RESUSLTADO Y DISCUSION.....	134
3. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	135
CAPITULO V: CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	138
4. Conclusiones.....	138
5. Recomendaciones.....	142
REFERENCIAS.....	145
LISTA DE ABREVIATURAS.....	149
GLOSARIO.....	149
ANEXOS.....	149
ANEXOS A	149
ANEXOS	149

LISTA DE TABLAS

Tabla 01.....	134
Tabla 02.....	135
Tabla 03.....	136
Tabla 04	137
Tabla 05	138

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 01	133
Grafico 02	133
Grafico 03	134
Grafico 04	135
Grafico 05	136
Grafico 06.....	137

CAPÍTULO I:

INTRODUCCION

En el siguiente proyecto a realizar hablaremos de la Resiliencia y su relación con la Ideación suicida , debido que el tema es bastante amplio y complejo abordaremos los puntos claves y de mayor importancia tales como: su definición, de cómo poco a poco incrementa el riesgo de que más personas obtén por el suicidio ya que los índices aumentan de una forma acelerada, además sobre los intentos suicidas y a qué nivel influye la Resiliencia para motivar este acto, como actúa una persona cuando desea quitarse su propia vida entre otras cosas, esto con el fin único de evidenciar un problema grave que destruye de forma silenciosa y aumenta considerablemente en nuestra sociedad, esperando también lograr calar en la conciencia de las personas el daño que produce a familiares, amigos y allegados un acto suicida. Esperando que este proyecto logre un mayor entendimiento para en un futuro poder evitar que cualquiera de nosotros sufra una pérdida de un ser querido y logremos evidenciar un caso con anticipación e intervenir de una forma correcta.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad problemática

A lo largo del tiempo, se ha venido observando que las estadísticas de los intentos de suicidio o suicidios han ido incrementando en nuestra sociedad, existen teorías que afirman que una persona Resiliente es capaz de afrontar con herramientas a situaciones problemática que se le puedan presentar a lo largo de su vida, por tal motivo es nuestro interés determinar si dichas teorías tienen relación con los intentos suicidas, debido a que el suicidio es una de las tres primeras causas de muerte a nivel mundial entre personas que tienen entre 15 y 44 años. Según datos de la OMS, cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. No obstante, son numerosos los casos que se quedan solo en intentos, debido a que esta problemática en las personas son una de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano y para muchos representa la única forma de terminar con una situación intolerable, es una manera de escape a la situación que están viviendo. En donde el ser humano tiene que aprender a tolerar y a enfrentarse a las situaciones difíciles que nos presenta la vida; es decir ser Resiliente.

La importancia de trabajar el tema de la Resiliencia, debido a que Casi todas las persona en varios momentos de nuestra vida atravesamos por situaciones estresantes, conflictivas, etc., donde nos sentimos frustrados, sintiéndonos tristes, solos y en muchas ocasiones puede parecer que no

gustamos a nadie, que somos un fracaso, Son sentimientos como estos los que hacen a algunos jóvenes presenten un comportamiento suicida.

1.2. Definición del problema.

Relación entre el Nivel de Resiliencia e Ideación Suicida en Jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca – 2015.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación existente entre la Resiliencia e Ideación suicida en los y las jóvenes en la Universidad Nacional de Cajamarca, en la ciudad de Cajamarca- 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar el nivel de Resiliencia en los jóvenes con Ideación suicida de la Universidad Nacional de Cajamarca.
- b. Identificar el nivel de Ideación suicida con jóvenes resilientes de la Universidad Nacional de Cajamarca.
- c. Identificar si a mayor nivel de resiliencia, menor nivel de ideación suicida en jóvenes de la Universidad Nacional De Cajamarca.
- d. Identificar si a mayor nivel de ideación suicida, menor nivel de resiliencia en jóvenes de la Universidad Nacional De Cajamarca.

e. Comparar el nivel de Resiliencia e Ideación suicida en los jóvenes estudiantes de la universidad nacional de Cajamarca.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

1.4.1. TEÓRICA

La investigación propuesta busca, mediante la aplicación de la teoría y los conceptos básicos, encontrar explicación a situaciones internas por la que el ser humano enfrenta a las dificultades que se le presentan a lo largo de su vida, además de como éste logra enfrentarlas, así mismo del entorno en el que se encuentra inmerso, que afectan el desarrollo normal de su vida y sus actividades. Estas teorías nos permitirán a contrastar diferentes conceptos en relación al tema escogido para la investigación, y gracias a los resultados obtenidos se podrá verificar, rechazar e incluso aportar aspectos teóricos en relación al tema tratado

1.4.2. METODOLÓGICA

Para lograr los objetivos de este estudio se tiene que acudir al empleo de técnicas de investigación, por lo que en este tipo de investigación, tendremos que crearnos instrumentos válidos, que nos permitan o ayuden a obtener la información correcta, para poder tener una investigación confiable y de esta manera los resultados de la investigación se apoyen en técnicas de investigación válidas para el medio, las cuales este instrumento puede servir para otras investigaciones a futuras.

1.4.3. SOCIAL O PRÁCTICA

Hemos creído conveniente realizar este tema, debido a que nos permite conocer y no solo a nosotras sino a la sociedad si el ser resiliente o no influye en mucho de los intentos de suicidio que se presentan en nuestra sociedad, para que de alguna manera se pueda intervenir oportunamente, además de acuerdo con los objetivos de estudio, su resultado nos permitirá encontrar soluciones concretas en relación al tema tratado, con tales resultados se tendrá la posibilidad de proponer cambios o implementar programas para afrontar de una manera adecuada a las situaciones difíciles que se nos presentan y de esta manera tener un mejor calidad de vida, sin pensar en quitarse la vida, además permitirá tener más información para los futuros investigadores les puede servir como un antecedente y porque nunca debemos dejar de investigar, debido que de esta manera podemos contribuir a mejorar nuestros conocimientos y a soluciones de problemas.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes Teóricos.

2.2.1. Nivel internacional.

Quesada. (2004), en el artículo El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social, de la Universidad Pablo de

Olvide. Sevilla, expresa que la importancia del concepto de resiliencia para los profesionales de la intervención social, presentando una aproximación a la conceptualización y críticas actuales al concepto y analizando las tres etapas de investigación en resiliencia, según Richardson. También se describen las diferencias entre resiliencia individual y familiar y los distintos enfoques en resiliencia familiar. Finalmente se aportan directrices para las aplicaciones del concepto en la intervención social y familiar¹.

De acuerdo Arenas-Landgrave, Gómez y Forns (2012), en el artículo sobre, Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes de la Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, expresa que la reacción de los individuos ante las adversidades varía en función de los recursos personales que poseen. El propósito de este estudio fue identificar las diferencias en las características de personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio. De una muestra de 1,084 jóvenes de bachillerato, se seleccionaron a 106 adolescentes expuestos a niveles similares de estrés, pero con resultados distintos en su adaptación al riesgo suicida. Se emplearon el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003); el Inventario de Riesgo Suicida (Hernández & Lucio, 2003) y el Inventario Multifásico de la

¹Quesada. (2004),

Personalidad Minnesota- Adolescentes (Lucio, Ampudia & Durán, 2004). Los resultados indican que los adolescentes no resilientes presentan en mayor medida síntomas físicos, de depresión y ansiedad que los adolescentes resilientes, al mismo tiempo que se obtuvieron diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre los hombres y mujeres resilientes y no resilientes².

De acuerdo al psicopedagogo Carretero (2010), en la revista sobre, Resiliencia una visión positiva para la prevención e Intervención desde los servicios sociales en la revista Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas Euro-Mediterranean University Institute | Universidad Complutense de Madrid , donde expresa que la Resiliencia, a diferencia de lo que habitualmente es percibido, no es algo extraordinario, sino que aparece de manera muy habitual entre individuos que viven en situaciones de exclusión, riesgo, o adversidad, permitiendo a estos, la normalización de sus situaciones. Definida desde la Psicología Positiva, consideramos que la Resiliencia puede proporcionar información muy valiosa para trabajar en prevención e intervención en situaciones de adversidad, riesgo y exclusión³.

De acuerdo con Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014), en la revista Papeles del Psicólogo, 2014. Vol. 35(2), pp. 181-192 sobre

²Arenas-Landgrave, Gómez Maqueo, Forns (2012),

³Carretero Bermejo (2010),

Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes, de la Universidad de Jaén, Expresa que el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes se ha convertido en una prioridad educativa y de sanitaria pública. Se presentan distintas cuestiones conceptuales sobre el suicidio, y se plantean los factores de protección que están relacionados con el comportamiento suicida en esta población. Se ofrece una visión basada en la revisión de estudios sobre los aspectos Resilientes que poseen y que deben ser potenciados para eliminar el impacto negativo de las situaciones adversas a las que se exponen. Además, se desarrollan pautas para el fomento de la Resiliencia, que se han demostrado eficaces para la lucha contra la tentativa de suicidio y el suicidio consumado en adolescentes y adultos jóvenes, configurando un perfil con todos aquellos aspectos protectores a tener muy en cuenta para un análisis exhaustivo, dentro de la calidad de vida y bienestar emocional en este colectivo⁴.

De acuerdo a Rivera (2010), en el artículo “La prevención del suicidio en los adolescentes” Cuadernos de Divulgación Científica y Tecnológica del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Michoacán “ de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Expresa que Para promover la salud, y prevenir el suicidio en los adolescentes, se requiere habilitar las capacidades

⁴Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014),

individuales como la Resiliencia, el autocontrol, la auto-eficacia, la autoestima; habilitar los recursos comunitarios, al generar espacios que favorezcan el crecimiento óptimo de sus individuos y los provean de redes de apoyo, en sí de entornos saludables, también es necesario trabajar en crear políticas públicas que favorezcan la salud en general. y psicoterapéutica que promuevan el bienestar emocional y la salud integral de la sociedad michoacana. Su personal está altamente calificado en diferentes enfoques de intervención. Brinda servicios tanto individuales como familiares y grupales, a niños, adolescentes y adultos. La prevención del suicidio en los adolescentes del ámbito social se requiere trabajar en la generación de políticas públicas que disminuyan la contradicción social a la que están sometidos los jóvenes: al crecer en un mundo que les ofrece pocas posibilidades de empleo, salud y educación, además de múltiples problemas de seguridad y de economía. El trabajo, multidisciplinar e interdisciplinar en materia de promoción de la salud y prevención del suicidio mediante el fortalecimiento de los recursos personales, familiares y sociales, tendrá que ser un reto y compromiso a futuro, si queremos garantizar un mejor ambiente para los niños y los jóvenes de México y del mundo⁵.

⁵Rivera Heredia (2010),

De acuerdo con Polo (2009), en la investigación sobre “Factores Protectores en Adolescentes De 14 A 16 Años”, de la Universidad Del Aconcagua Argentina Facultad de Psicología, En el presente trabajo hemos intentado abordar la temática de la Capacidad de Resiliencia y sus Factores Protectores en adolescentes de 14 a 16 años, de sexo masculino, pertenecientes al Programa de la Esquina a la Escuela del Departamento de Junín de la Provincia de Mendoza. El Programa de la Esquina a la Escuela busca desde sus inicios, implementar una política de fuerte inclusión social de jóvenes entre 14 y 18 años, con la finalidad de facilitar el acceso a los derechos ciudadanos a la educación, la salud y el trabajo. Uno de los requisitos fundamentales para incluir a los adolescentes al programa es que debe haber más de un año que no trabajan ni estudian; son seleccionados por organizaciones sociales junto con los municipios. Consta de guías educativos quienes cumplen un rol muy importante porque el acento está puesto allí, por cuanto son ellos quienes tienen que lograr atraer a los adolescentes, precisando que haya un proceso de acompañamiento al adolescente para que éste vuelva a la escuela. Los adolescentes seleccionados para la muestra del presente trabajo realizan la inclusión en el sistema educativo formal y no formal, realizando la terminalidad educativa en el EGB 3 (8° y 9° año). Se trata de adolescentes de 14 a 16 años con necesidades básicas insatisfechas, que cursan en el mismo edificio en días diferenciados, tanto la terminalidad educativa como

las actividades de Educación No Formal. Más específicamente, queremos dar cuenta de la importancia acerca de la influencia que ejerce la familia fortaleciendo la Resiliencia como factor protector en los adolescentes de la muestra⁶.

Moreno (2011), investigo “La Promoción de la Resiliencia en el vínculo establecido entre adolescentes y educadores en la práctica psicomotriz educadora”, de la Universidad de Barcelona Facultad de Pedagogía donde concluye con lo siguiente con el desarrollo de un proyecto de promoción de la Resiliencia través de la práctica psicomotriz educativa (grupo de ayuda) , es un hecho construido , experimentado, analizado y evaluado como una opción factible de ser realizada, dentro de un contexto educativo de un centro abierto, además de los centros abiertos un proyecto de la Resiliencia a través de la práctica psicomotriz educativa puede ser desarrollado en diferentes espacios que atiende a la infancia y a la adolescencia en situación de exclusión social, la práctica psicomotriz puede ser utilizada como estrategia de trabajo corporal englobando grupo de niños, niñas, adolescentes y adultos en situaciones vulnerables; el desarrollo del presente trabajo, posibilita la creación de una línea de investigación que traten de la promoción de la Resiliencia a través del trabajo corporal con población vulnerable; con la realización del presente trabajo es posible vislumbra la creación

⁶Polo (2009),

de propuestas para fortalecer el vínculo con el adulto, en niñas, niños y adolescentes en situación de acogimiento familiar y adopción⁷.

González-Forteza et al. (1998) investigaron los indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en una muestra de dos generaciones de estudiantes universitarios mexicanos (ingresantes 1993 y 1995 de una universidad privada). Se entrevistó y evaluó a un total de 1990 alumnos de ambos sexos (media de edad de 19.8 años), quienes respondieron un cuestionario auto aplicable con escalas que exploraban la presencia de ideación suicida, manejo de estrés cotidiano familiar y social, autoestima (Escala de Rosenberg de 10 reactivos) y recursos d apoyo⁸.

Encontraron la existencia de uno o más síntomas de ideación suicida entre el 27% y el 30% de la muestra, cifra que sin embargo era inferior a la reportada en estudios previos en alumnos de secundaria y de bachillerato (47%); no había diferencias significativas entre hombres y mujeres, aun cuando estas últimas tenían cifras ligeramente más elevadas e indicaban una mayor persistencia de dicha ideación. Asimismo, concluyen que la variable predictora común que protegía de la ideación suicida, en ambos sexos, era la autoestima; en tanto que las que incrementaban

⁷Moreno Pinho (2011),

⁸González-Forteza et al. (1998)

los riesgos eran las respuestas agresivas de enfrentamiento en los conflictos familiares, en los hombres, y el estrés social con el grupo de pares, en las mujeres.

La tasa de suicidios en México ha aumentado un 200 % en los últimos treinta años, se ha registrado desde 1970 un incremento sostenido de muertes por suicidio, ya que en este año atentaban contra su vida 1.13 personas por cada cien mil habitantes, en 1994 esa cifra fue de 2.89, lo que revela un incremento de 1.56 personas por cada cien mil habitantes donde la mayoría de los suicidas fueron hombres, cuya tasa de muerte por cada cien mil habitantes aumento 169%. En ese año el suicidio llegó a representar el 0.6% del total de causas de muerte en el país. La evolución del suicidio indica incrementos recientes entre los adultos jóvenes, con marcado énfasis en adolescentes (de 10 a 14 años de edad) y también una mayor frecuencia conforme avanza la edad (personas mayores de 65 años)

Norlev, Davidsen, & Sundaram, (2005), en Dinamarca, en su estudio por identificar los índices asociados con la ideación suicida e intentos de suicidio de 3 184 jóvenes daneses entre 16-35 años de edad, Se encontró que no era posible establecer un gradiente de gravedad de la tendencia suicida en relación a las variables socio-

demográficas seleccionadas. Se pudo identificar nueve indicadores asociados a la tendencia suicida en esta población⁹.

De acuerdo a Ruiz, Riqueleme, & Buendía, (2000) España – Madrid, en su estudio sobre “la relación entre la extraversión y el comportamiento suicida en adolescentes con ideación suicida y tentativas de suicidio”, con 282 adolescentes entre 14 y 18 años procedentes de 4 institutos de educación secundaria del municipio de Murcia, salió como resultado que los adolescentes que habían intentado seriamente el suicidio eran más introvertidos que aquellos que únicamente tenían ideación suicida o que los que habían realizado una tentativa de suicidio con carácter instrumental¹⁰.

2.2.2. A NIVEL NACIONAL.

Durand, Mazzotti y Vivar (1999), Se realizó un estudio sobre el “Intento De Suicidio Y Depresión Mayor en el Servicio de Emergencia De Un Hospital General” con 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL), con la finalidad de establecer datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital Arzobispo Loayza, estudió una muestra de 62 pacientes con intento de suicidio que acudieron a su servicio de Emergencia. El 89% eran mujeres, el promedio de edad era 23

⁹Norlev, Davidsen, & Sundaram, (2005),

¹⁰Ruiz, Riqueleme, & Buendía, (2000)

años, el 37% se ubicaban dentro del rango de edad de 15-19 años, el 24% entre los 20-24 años. Las situaciones desencadenantes correspondieron en su mayoría a problemas de pareja (47%) y a problemas familiares (31%). El 42% recibió un diagnóstico de depresión mayor¹¹.

Castro et al. (2005, citado por Torres, 2007) Investigó, Las Características del paciente adolescente con intento suicida en el Hospital “José Agurto Tello de Chosica” 1995-2007 para obtener datos epidemiológicos sobre la conducta suicida en el Hospital José Augusto Tello de Chosica, desarrollaron una investigación descriptiva y retrospectiva con 380 casos de intento de suicidio; encontraron que el 34% eran adolescentes de 15 a 19 años, y el 41% jóvenes de 20 a 29 años; el 61% eran solteros y los factores desencadenantes descolantes fueron las discusiones familiares (34%) y los problemas de pareja (28%). El método más utilizado fue la intoxicación con órgano fosforado (75%).

Muñoz et al. (2006), Investigó, La Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005, el propósito de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su relación con la pertenencia a familias con muy bajo o muy alto nivel de cohesión familiar, desarrollaron un estudio

¹¹Durand, Mazzotti y Vivar (1999),

analítico transversal en estudiantes preuniversitarios de Lima metropolitana. Seleccionaron una muestra aleatoria de 1450 alumnos del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (40% varones y 60% mujeres), divididos en adolescentes de 15 a 19 años (92.5%) y jóvenes de 20 a 24 años (7.5%). La edad promedio era 17.37 años¹².

Usaron como instrumento un cuestionario autoadministrado de sólo 18 ítems que recogía datos demográficos, la subescala de Cohesión Familiar del FACES III, y preguntas que exploraban la conducta suicida. Encontraron, en prevalencia de vida, que el 48% había experimentado deseos pasivos de morir, el 30% había tenido ideación suicida, el 15% había efectuado un plan suicida, y el 8.7% había cometido un intento (!). En todos los casos las cifras de las mujeres superaban a las de los varones, pero las diferencias no llegaban a ser estadísticamente significativas. También se estableció una asociación entre ideación suicida y el pertenecer a una familia desligada, pero sólo era significativa en los adolescentes, no así en los jóvenes. Las prevalencias encontradas son superiores a las halladas en los estudios epidemiológicos desarrollados por el INSM Delgado-Noguchi (población general de 12 a 17 años), y los autores consideran que la intensa presión de la competencia académica y del ingreso a la universidad, tornan a esta

¹²Muñoz et al. (2006),

población estudiantil en un grupo particularmente vulnerable al riesgo suicida.

Asimismo, estiman que en las familias desligadas los padres muestran una actitud fría, no comunicativa, y no toleran ni aceptan los cambios o crisis, factores que ya han sido asociados con la ideación suicida en los adolescentes en estudios previos.

Por último, también corroboran que el antecedente familiar de intento de suicidio y el hecho de vivir solo, aumentan el riesgo de ideación suicida en la población estudiantil.

De acuerdo a la revista de Psicología (PUCP)(2011), En el artículo, Resiliencia en el Maltrato Infantil: Aportes para la comprensión de factores desde un Modelo ecológico, integra conceptos vinculados a la resiliencia en el ámbito del maltrato infantil desde el modelo ecológico, haciendo énfasis en la descripción de factores de riesgo y protectores, a fin de acercarnos a la comprensión de sus modalidades de interacción como proceso dinámico. Esto implica enfocarse, no solo en las graves consecuencias que el maltrato produce, sino también en el estudio de los recursos infantiles que permiten a los niños continuar con su desarrollo a pesar del riesgo. Se considera que la comprensión de la resiliencia en el ámbito del maltrato infantil desde este modelo interaccional,

bidireccional y recíproco puede acercarnos a pensar mejores modos de promover potencialidades en la infancia.

Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Nogochi” (2005) en un estudio de análisis a la salud mental de la población de la sierra peruana para el año 2003. se halló que un 26,2% de la población adolescente ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, un 13,9%, en el último año y, un 5,8%, en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 2,2% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 1,8% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años. Por otro lado, un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución de sus problemas. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (51,6% y 61,0% respectivamente), lo que se hace más relevante entre los 15 y 17 años (57,1% y 65,1% respectivamente). Luego, siguen los problemas por separación de un familiar, salud 4 familiar y experiencias traumáticas pasadas; estas últimas se manifiestan sobremanera entre los adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al

intento de suicidio (11,3%). Entre los 12 y 14 años, los más importantes son aquellos relacionados con sus estudios¹³.

De acuerdo a Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, (2005) Perú: Lima, en su investigación sobre : la prevalencia de ideación suicida y su asociación con la cohesión familiar , con 1500 estudiantes de 15 a 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM), matriculados en el año académico 2005 – I, se encontró que Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Cano, Gutiérrez, & Nizama, (2009) Perú: Ucayali, en su investigación sobre, la frecuencia y asociación de la ideación suicida y la tendencia a la violencia en adolescentes escolarizados, con 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad de Pucallpa, capital de Ucayali, se concluyó que, El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir alguna vez en sus vidas, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo

¹³“Honorio Delgado Hideyo Nogochi” (2005)

de 15 a 19 años. Se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5)¹⁴.

5.1.2. A NIVEL REGIONAL – LOCAL.

De acuerdo Leal y Vásquez (2012), en la investigación, Ideación Suicida En Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia Y Factores Asociados, se concluyó que la ideación suicida, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES CAJAMARQUINOS PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). De otro lado, se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones¹⁵.

¹⁴Cano, Gutiérrez, & Nizama, (2009)

¹⁵Leal Zavala y Vásquez Rodríguez (2012),

2.3. Marco Teórico

2.4.1. NATURALEZA Y DEFINICIÓN DE LA RESILIENCIA

a) Fundamentos teóricos

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social.

A mediados del siglo pasado, las ciencias humanas comenzaron a utilizar el término para referirse a las pautas que permiten a las personas sobreponerse a las situaciones adversas y sacar provecho de ellas (Sánchez, 2003). Los hallazgos de Rutter en 1990 han descubierto el desarrollo y funcionamiento del cerebro a partir de las bases biológicas del fenómeno de la Resiliencia, así como su contribución con los procesos de desarrollo psicofisiológico. Debe tenerse por entendido que la Resiliencia no es algo que se adquiera o no se adquiera, sino que conlleva a conductas que cualquier persona puede desarrollar y aprender. La Resiliencia como concepto, es un término que proviene de la física y se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de haber estado sometido a altas presiones (López, 1996). Por lo tanto en las ciencias sociales podemos deducir que una persona es resiliente cuando logra sobresalir de presiones y dificultades que en su lugar

otra persona no podría desarrollar. La introducción al concepto de Resiliencia en las ciencias sociales nos ha abierto nuevos caminos para poder afrontar los problemas más comunes como los que nos proporcionan el aprendizaje y el desarrollo infantil¹⁶.

Existen diversas definiciones del término Resiliencia, estas dependen de cada autor y su enfoque teórico, la Resiliencia sería una capacidad global de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones (Aracena, Castillo y Román). Por otra parte la Resiliencia describiría una buena adaptación en las tareas del desarrollo social de una persona como resultado de la interacción del sujeto con su medio ambiente. Para Domínguez, (2005), la Resiliencia es el proceso de adaptarse bien ante situaciones adversas o aun ante fuentes significativas como el estrés. Significa rebotar de las experiencias difíciles. Hay que tomar en cuenta que la Resiliencia no es algo que se adopte o no si no que cada individuo va desarrollándola de acuerdo a sus necesidades. El concepto de la Resiliencia o facultad de recuperación implica dos factores la Resiliencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la vida propia y la integridad ante las presiones deformantes y la otra es la capacidad

¹⁶ (Sánchez, 2003).

para construir conductas vitales positivas esto pese a las circunstancias difíciles (González ,2005)¹⁷.

Los investigadores se han dado a la tarea de identificar factores que originan desórdenes, carencias, problemas en el desarrollo integral del individuo y de la sociedad. Hoy en día existe la tendencia a abordar estos problemas desde otra perspectiva, ya no desde la naturaleza negativa problema sino desde su superación a partir de las potencialidades de la persona en relación con su entorno. Recientemente ha despertado gran interés en los investigadores, el hecho de que existen personas que en medio de condiciones muy diversas, logran enfrentar con éxito sus dificultades y romper con las expectativas de fracaso que les otorgaban. El mejoramiento en las condiciones de vida de las personas según las recientes investigaciones, puede ser consecuencia de las diversas formas en que el ser humano aprende y desarrolla “mecanismos protectores” o de “Resiliencia”. La palabra “Resiliencia” se ha tomado de la metalurgia y designa la capacidad de los metales de resistir a los golpes y recuperar su estructura interna.

En osteología, se ha usado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido correcto, después de una fractura. En el campo del desarrollo psicosocial del ser humano tiene similar sentido: esa capacidad para recuperarse de la adversidad. Esta

¹⁷ Domínguez, (2005),

definición habla de la combinación de factores que permiten al ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida. Este concepto según explica el Dr. Suárez Ojeda, es en cierta forma “inverso al de riesgo o complementario a él. En vez de poner énfasis en aquellos factores negativos que permitirían predecir quién iba a sufrir un daño, trata de ver aquellos factores positivos que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño”. Según lo manifiesta el Prof. Michael Rutter “todos los estudios de factores de riesgo han revelado una considerable variabilidad en la manera en que las personas responden a la adversidad psicosocial. Aún con experiencias horribles, suele encontrarse que una proporción considerable de individuos no sufre secuelas graves.

Durante los últimos 20 años se ha prestado más atención a este fenómeno que entraña la esperanza de una prevención satisfactoria. La hipótesis implícita ha sido que, si tan solo supiéramos qué es lo que permite a las personas “liberarse” del daño de graves experiencias adversas, tendríamos a nuestra disposición el medio de incrementar la resistencia al estrés y la adversidad. La Resiliencia -afirma Rutter- no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. (Rutter, 1985; Wolin & Wolin, 1993). La herida o el daño es un hecho real, pero a pesar de las heridas infringidas, para muchos

el trauma también ha sido instructivo y correctivo. El ambiente en cual nos rodea, continuamente presenta demandas, sucesos estresantes, retos y oportunidades. En algunos casos estos podrían convertirse en obstáculos (dada una complejidad de otros factores, - genéticos, neurobiológicos, familiares y comunales-) para el desarrollo de la fuerza, de la Resiliencia o producir una disminución en la capacidad para enfrentar a la adversidad¹⁸.

La investigación en el desarrollo de la Resiliencia ha introducido ideas que desafían tres conceptos dominantes sobre el desarrollo.

- Hay etapas fijas, inevitables, críticas y universales del desarrollo.
- El trauma de la niñez inevitablemente lleva a una sicopatología adulta (Bernard, 1994; Garmezy, 1994); y
- Hay condiciones sociales, relaciones interpersonales y arreglos institucionales que son tan tóxicos que inevitablemente llevan a carencias o problemas en el funcionamiento diario de los niños y adultos, familias y comunidades. (Rutter, 1994).

b) La esfera de Resiliencia

la investigación nos ha ido esclareciendo el hecho de que no es la sumatoria de aspectos personales, biológicos y de origen social lo

¹⁸ (Rutter, 1985; Wolin & Wolin, 1993).

que determina el que una persona se denomine resiliente o no, “Se trata más bien de ver al ser humano en Resiliencia, como la persona que entra en una dinámica en la que recursos personales y sociales se manifiestan interactuando de tal manera que constituyen una amalgama de posibilidades que producen respuestas asertivas y satisfactorias que permiten no solo la solución de conflictos, sino también el desarrollo y potenciación de otras posibilidades en las que se incluye como aspectos fundamental, la comunicación interpersonal, la interacción e intercambio de recursos (capacidades, habilidades, valores, convicciones, significados) que constituyen a su vez, el bagaje de conocimientos prácticos con que las personas y comunidades de éxito enfrentan su realidad”.

“Valga destacar el hecho de que no se puede hablar de una secuencia lineal causa efecto lo que va a determinar el éxito, sino una esfera de recursos construida de tal manera que aspectos individuales y sociales no pueden ser vistos separadamente como si fueran ingredientes, ya que la misma dinámica en que operan, pierden su identidad como tales para formar parte de un todo en el que la persona se integra al conjunto de posibilidades de un contexto”. La esfera de Resiliencia es un todo con sus partes, pero estas no adquieren sentido sino en función del todo, que es una amalgama de factores interactuantes.

2.4.2. ALGUNOS DE LOS ANTECEDENTES.

La concepción de Resiliencia como una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, empezó a desarrollarse con un marco teórico moderno gracias al psiquiatra inglés Michael Rutter, y sus colaboradores. Dichos estudios se realizaron en Gran Bretaña y constituyeron un paso importante en el desarrollo de esta concepción. Otro momento importante en el estudio de la Resiliencia lo constituyó el aporte de Emy Werner, psicóloga americana, quien siguió el desarrollo de los niños nacidos en familias con problemas en la Isla de Kauai (Hawai), constatando que contra toda esperanza, algunos niños terminen por ser adultos felices y constructivos. También se encuentran otras investigaciones sobre Resiliencia citadas por el Dr. Friederich Lösel quien elabora un inventario de las mismas, según su objeto de estudio y el tipo de problema que se aborda. Se tienen así por ejemplo: el estudio con madres esquizofrénicas o deprimidas en los Estados Unidos de Garmezy y otros; con familias que han sufrido severos problemas económicos de Elder y otros; en estudios longitudinales en Nueva York de Thomas y Chess y en Inglaterra por Osborn, Rutter y otros; en familias con alto riesgo de delincuencia de Felsman y Vaillant; en niños de la calle en América del Sur: Felsman y en Instituciones de Bienestar Social en Europa: Lödel y otros.

Estas son solo algunas de las fuentes citadas por Lösel, sin embargo el auge de la investigación en Resiliencia reúne una extensa variedad de publicaciones sobre todo en esta última década. Las investigaciones realizadas hasta el momento, proporcionan una serie de hallazgos que se configuran como categorías de análisis en el tema de la Resiliencia.

2.4.3. DEFINICIÓN DE RESILIENCIA

Resiliencia, un término que parece no agotarse En las dos últimas décadas numerosos estudios se han gestado en Europa y Estados Unidos, a partir de la discusión del tema de la Resiliencia. En Hispanoamérica no es sino hasta la década del noventa cuando surgen las primeras publicaciones en español. Dichas investigaciones incluyen en sus definiciones la conjugación de factores personales y ambientales que han sido observados de acuerdo con el Objeto del Estudio.

Es por eso que haremos un pequeño recorrido por las diversas formas en que se presenta el Concepto de Resiliencia. Desde el punto de vista de la acción: La Resiliencia es ante todo un concepto de acción que se le puede profundizar por los aportes de las ciencias, de las experiencias concretas de base e incluso de las artes.

La Resiliencia es una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales. (Gardiner, Meg. 1994). La Resiliencia es un fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales.

(Rutter, M. 1985). Es la aptitud para resistir a la destrucción, es decir, preservar la integridad en circunstancias difíciles; la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades. (Vaniestendael, 1994)¹⁹.

La Resiliencia es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos los recursos, tanto personales como ambientales. (Gordon, K., 1996).

Resiliencia significa las habilidades, destrezas, conocimientos, insight (introspección) que se acumula con el tiempo a como las personas luchan por levantarse de la adversidad y afrontar retos. Es un continuo y desarrollador donde de energía y destrezas que puede ser utilizado en las luchas actuales. (Garmezy, 1994). Resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices. Es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. (Rutter, 1985; Wolin & Wolin, 1993)

La Resiliencia no es una característica o una dimensión estática. Es la articulación continua de capacidades y conocimientos derivados a través de la interacción de riesgos y protecciones en el mundo. (Saleebey, D., 1996). En la práctica del Trabajo social y ubicada dentro de la llamada “Perspectiva de las Fuerzas”, es una forma diferente de ver a los individuos, familias y comunidades. Todos deben ser vistos a

¹⁹ (Gardiner, Meg. 1994). (Vaniestendael, 1994).

la luz de sus capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones, valores y deseos que aunque hayan sido frustrados y distorsionados, operan en las circunstancias adversas, opresiones y traumas. El enfoque de las fuerzas requiere una contabilidad de lo que las personas saben y de lo que pueden hacer. Requieren la composición de un catálogo de recursos existentes, dentro y alrededor del individuo, la familia y la comunidad. (Dennis Saleebey, 96). Ser humano “en resiliencia”, o “Esfera de Resiliencia” se concibe como un proceso dinámico de interacción entre factores o recursos personales y sociales que conforman una serie de posibilidades tanto de respuesta al conflicto como de potenciación de otras fuerzas personales y sociales con que las personas y comunidades de éxito enfrentan su realidad. Como se puede notar, el concepto de Resiliencia ha dejado atrás su connotación característica individual para empezar a ser descrita como un proceso dinámico de aprendizaje e interacción de la persona con su entorno. Es así como de manera particular y específicamente en su aplicación a la reflexión del quehacer del Trabajo Social es de suma importancia comprender la complejidad del proceso de Resiliencia dejando claro que no se trata de una sumatoria de categorías (nivel cualitativo) o variables (cuantitativo) que posee un ser humano individual. Este concepto es mucho más complejo y es lo que hemos designado como esfera de Resiliencia y se refiere a un proceso que trataremos de presentar a continuación, pero que lejos de tratarse de una explicación exhaustiva, es un primer reconocimiento a este proceso dinámico al que

nos hemos acercado gracias a la experiencia investigativa sobre el fenómeno de la Resiliencia.

La Resiliencia es un concepto inferido y contextual. Se infiere del contexto y las características de este contexto donde la persona actúa, y de las conductas que esa persona ejecuta en ese contexto determinado. Para hablar de Resiliencia es necesario definir una situación especialmente adversa, de exclusión o traumática dentro del proceso vital de las personas definidas como resilientes. Debe existir una situación explícita, observable, incluso medible, de adversidad, riesgo o trauma. Estas situaciones son muy diversas y diferentes unas de otras. Y es partir de estas situaciones de donde se infiere la Resiliencia o no de las personas que se enfrentan o viven en ellas. Por otro lado, la Resiliencia se infiere también de las personas que viviendo en estas situaciones de riesgo o especial adversidad, se desarrollan de manera adecuada, consiguen una vida normalizada.

La resiliencia nos indica, la necesidad de focalizar nuestra búsqueda en los recursos personales y ambientales de que disponen los individuos, sus familias y la comunidad. Y se cambia, desde una intervención en el beneficiario directo a una intervención que incorpora a la familia y a la comunidad durante todo el proceso de cambio. Se incorporan

actividades educativas que abordan las distintas dimensiones de la resiliencia. (González, 2005)²⁰.

Desde los comienzos en el estudio en Resiliencia en los años 60, hasta nuestros días, son muchas las definiciones propuestas sobre este término.

Todas estas definiciones tienen en común tres ideas, que resultan fundamentales para entender el concepto de Resiliencia:

- Resiliencia como proceso, y no como algo acabado. Todos los autores coinciden en señalar que Resiliencia no es algo acabado, o algo que algunos tienen y otros no, en todas las definiciones aparece la idea de proceso, y por tanto, de aprendizaje.
- Resiliencia como producto de la interacción entre persona y entorno. Aparece la idea de que la Resiliencia depende de factores ambientales y personales, y de la interacción de estos.
- Resiliencia como habilidades o capacidades para enfrentarse o resolver de manera adecuada situaciones adversas, de riesgo o de exclusión.

²⁰ (González, 2005).

A continuación se exponen algunas definiciones:

-Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva ICCB, Institute on Child Resilience and Family (1994)²¹.

-Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos .Losel, Blieneser y Kofrel(1989).

-Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas ,e inclusive, ser transformado por ellas .Grotberg (1995).

-La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, por otra parte más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles .Vanistenda el (1994)²².

-La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo. Rutter (1992).

²¹ Resilience and Family (1994).

²² Vanistendael (1994).

-La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos. Suárez Ojeda (1995).

Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños. Osborn (1996).

La Resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole. (García, Rodríguez y Zamora).

Así la Resiliencia se infiere de las conductas llevadas a cabo en situaciones adversas. Para nosotros, Resiliencia puede ser definida como “la capacidad, fruto de la interacción de diferentes variables personales con factores ambientales, que permite al individuo enfrentarse y resolver, de manera adecuada e integrada en su entorno cultural, diferentes situaciones de adversidad, riesgo o traumáticas por diferentes motivos, permitiéndole alcanzar una situación normalizada y adaptada a su medio cultural”

2.4.4. DESARROLLO DE LA RESILIENCIA

La Resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole. (García, Rodríguez y Zamora). En lugar de preguntarse por las causas de la patología física o espiritual que esas catástrofes generan, el nuevo punto de vista supone indagar de qué condiciones está dotada esa minoría; por qué y de qué manera logra escapar a los males propios de los llamados “grupos de riesgo”. El hecho de que la adversidad no deriva irrevocablemente en individuos dañados, se ha mostrado que la conformación de éstos, depende, no simplemente de factores condicionantes como, por ejemplo, los recursos económicos, la alimentación, el nivel educativo de los padres, la estimulación materna o la disponibilidad de material lúdico, sino, fundamentalmente, de los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo como ellos se relacionan (Rutter 1985). Los individuos “Resilientes” se destacan por poseer un alto nivel de competencia en distintas áreas, ya sea intelectual, emocional, buenos estilos de enfrentamiento, motivación al logro autosugestionado, autoestima elevada, sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, entre

otras. Y esto ha podido ser así incluso cuando el área afectada es tan básica para la vida, como la nutrición. Para esclarecer el fenómeno de la Resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos Resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas. Respecto al funcionamiento psicológico que protege del estrés a las personas Resilientes, señalaremos²³:

- a) Mayor coeficiente intelectual y mejores habilidades de resolución de problemas.
- b) Mejores estilos de afrontamiento.
- c) Empatía, conocimiento y manejo adecuado de las relaciones interpersonales.
- d) Sentido del humor positivo.

Lo que hace que un individuo desarrolle la capacidad de ser resiliente es la formación de personas socialmente competentes que tengan la capacidad de tener una identidad propia y útil, que sepan tomar decisiones, establecer metas y esto involucra lugares sociales que implican a la familia a los amigos y las instituciones de gobierno de cada país (Ramírez, 1995). Entre los mecanismos protectores por

²³ (Rutter 1985).

excelencia esta la relación de un adulto significativo, que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre su cariño y aceptación incondicional (Sánchez ,2003)²⁴

a) Condiciones de la Resiliencia

Muchos estudios demuestran que un factor primario para en la Resiliencia es tener relaciones que ofrezcan cuidados y apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean apoyo y confianza, proveen modelaje y ofrecen estímulo y reafirmación además contribuyen a afirmar la Resiliencia en una persona (Domínguez, 2005). Para esclarecer el fenómeno de la Resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos Resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas (Kotliarenco , y Pardo) . Si nos detenemos a observar la realidad en que viven nuestros jóvenes actualmente podemos ver cómo ciertas condiciones influyen negativamente en su desarrollo: carencia de redes de apoyo social para enfrentar las dificultades, incorporación prematura al empleo, desempeño de trabajos marginales o contractualmente precarios, falta de protección de su salud y derechos laborales, desocupación prolongada, fracaso y abandono escolar, adicción a las drogas y al alcohol etc. Todo esto se traduce en una baja autoestima, ausencia de un proyecto de futuro y

²⁴ (Sánchez ,2003)

dificultad para darle sentido al presente (López, 1996). Fonagy y colaboradores, señalaron que las personas Resilientes presentaron en su infancia los siguientes atributos:

a) Nivel socioeconómico más alto.

b) Ausencia de déficit orgánico.

c) Temperamento fácil. Como características del medio social inmediato señalan las siguientes:

a) Padres percibidos como competentes.

b) Mejor red informal de apoyo (amigos, familiares, compañeros).

La presencia de relaciones afectuosas es vital para fortalecer la Resiliencia a través del ejemplo común como lo dicen las voces “hechos y no palabras”. Las oportunidades de participación son significativas para poder sentirse importante y querido. La Resiliencia es una característica que se puede aprender como producto de una interacción positiva entre el componente personal y ambiental de un individuo (Sánchez, 2003). El vínculo afectivo que se establece en los primeros años de vida es vital para el desarrollo de un individuo capaz y seguro en una entidad.

2.4.5. COMPONENTES O PILARES DE LA RESILIENCIA.

La Resiliencia tiene dos componentes importantes: **la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.**

Características personales En otro plano Wolin y Wolin(1993) señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella²⁵:

- a) Introspección:** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- b) Independencia:** Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- c) La capacidad de relacionarse:** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
- d) Iniciativa:** El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- e) Humor:** Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.
- f) Creatividad:** Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.

²⁵ Wolin y Wolin(1993)

g) Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Grotberg (1995) ha creado un modelo donde es posible caracterizar a un niño resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo: “Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”²⁶

En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de Resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social.

A su vez, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de Resiliencia.

2.4.6. FUENTES DE LA RESILIENCIA

a) TENGO

- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.

²⁶ Grotberg (1995)

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender

b) SOY

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno por los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

c) ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

d) PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

2.4.7. FACTORES DE LA RESILIENCIA

Fergusson y Lynskey (1996) dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores, y por tanto pueden proteger o mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados de alto riesgo. Entre estos factores se encuentran:²⁷

- a) Inteligencia y habilidad de resolución de problemas.** Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no

²⁷ Fergusson y Lynskey (1996)

resilientes. Según los autores, esto significa que una condición necesaria aunque no suficiente para la resiliencia, es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio.

b) Género. El pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora, según lo indican estudios que han observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres, por mecanismos que se exponen más adelante. • Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos. La presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia, favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.

c) Apego parental. Estudios longitudinales han destacado que la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento (Greenspan, 1997), con al menos uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.

d) Temperamento y conducta. Investigaciones con adolescentes han observado que aquellos que actualmente presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia.

e) Relación con pares. Los autores replican lo observado por Werner en el estudio con niños en Kauai, señalando que los niños resilientes se caracterizaron por tener una relación de mejor calidad con sus pares que los niños no resilientes

Rutter (1990). Alude al género masculino como una variable que genera una mayor vulnerabilidad al riesgo, y da cuenta de los mecanismos que subyacen a esta característica:²⁸

- Los varones estarían más expuestos que las mujeres a experimentar situaciones de riesgo en forma directa.
- En situación de quiebre familiar, los niños tienen más probabilidad que las niñas de ser reubicados en algunas institución
- Los niños tienden a reaccionar a través de conductas oposicionistas con mayor frecuencia que las niñas, lo cual a su vez genera respuestas negativas de parte de los padres
 - En general, las personas tienden a interpretar de modo distinto las conductas agresivas de los niños que las de las niñas y a su vez, a castigar más severamente estos comportamientos en los varones.

Otras variables mencionadas por Rutter (1990) que actuarían también a favor de la vulnerabilidad o de la protección son: el apoyo marital, la capacidad de planificación, las experiencias escolares positivas y los eventos neutralizantes.

En estudios con madres jóvenes, Quinton y Rutter (1984; en Rutter, 1990) observaron que la presencia de una relación armónica, cálida y de confianza con la pareja, favorecía el que las mujeres criadas en instituciones, fueran capaces de ejercer una

²⁸ Rutter (1990).

buena maternidad. Los mecanismos que, según Rutter, pueden estar a la base son: un efecto sobre la autoestima de la madre, un incremento en la habilidad de resolución de problemas por el hecho de tener a alguien con quien discutir los problemas y un mayor sentido de la responsabilidad. En el estudio mencionado, otra de las variables que mostró ser predictiva de un desarrollo positivo en la vida de las jóvenes criadas en instituciones, fue la capacidad de elegir pareja y planificar el matrimonio. En aquellas que presentaban estas características, se observó una menor tasa de embarazo adolescente y menos presiones por casarse prematuramente para salir de la casa. Asociada a esta capacidad se observó, en este mismo grupo, la presencia de experiencias escolares positivas. Probablemente, el mecanismo subyacente a esta variable es una mayor habilidad para controlar lo que a las personas les sucede, con el consecuente aumento de la autoestima y autoeficacia. Rutter (1990), también postula que la presencia de eventos vitales neutralizantes puede constituirse en elementos de protección²⁹.

Estos eventos son experiencias que contrarrestan o neutralizan una situación negativa. Sin embargo, no cualquier experiencia positiva puede actuar como neutralizante, sino sólo aquellas que tienen la característica de disminuir el impacto negativo de una amenaza o dificultad. La muerte temprana del padre y en especial de la madre,

²⁹ Quinton y Rutter (1984; en Rutter, 1990)

constituye otro factor de vulnerabilidad. Sin embargo, ésta se va a manifestar sólo en asociación con otras variables de riesgo. Esta variable operará creando vulnerabilidad desde que aparece la carencia de un cuidado afectivo en la infancia y una menor autoestima. De acuerdo a otros autores (Lutkenhaus et al., 1985 en Rutter, 1990), a la base de este factor puede estar una mayor tendencia a responder con desesperanza al enfrentar dificultades. Agrega que un vínculo inseguro conlleva una mayor tendencia a darse por vencido bajo presión. Por otra parte, Baldwin et al. (1992) reportan la importancia que reviste para los hogares que se desenvuelven en ambientes de alto riesgo, la participación en algún grupo religioso. Se sugiere que la iglesia, como grupo de apoyo social, refuerza las políticas parentales de crianza y provee a los niños de influencias con pares que refuerzan los valores familiares, constituyéndose por tanto, en un elemento relevante dentro del desarrollo positivo de estos niños (Baldwin, Baldwin & Cole, 1992). A su vez, Werner (1993) afirma que las familias de niños resilientes de distintos medios socioeconómicos y étnicos poseen firmes creencias religiosas, las que proporcionan estabilidad y sentido a sus vidas, especialmente en tiempos de adversidad.

La religión parece darle a los niños resilientes, y a sus cuidadores, un sentido de enraizamiento y coherencia. En el International

Resilience Project, Grotberg (1995 b) estudió la presencia de factores resilientes en niños entre la infancia y los doce años. Es decir, en lugar de identificar niños resilientes y conocer las características o factores que los diferencian de sus pares no resilientes, la autora trabajó en base a estos factores con el fin de determinar de qué forma éstos eran promovidos en los niños. Los factores de Resiliencia estudiados fueron identificados a través de informes que se habían realizado con anterioridad respecto de niños y adultos y que daban cuenta de cómo ellos enfrentarían una situación adversa; además de, cómo estas personas enfrentaron una situación reciente de adversidad. Los resultados señalaron que, ningún factor en particular y por sí solo promovía la Resiliencia. A modo de ejemplo, la autoestima que si bien constituye un rasgo de Resiliencia, no promueve por sí sola un comportamiento resiliente a menos que estén involucrados además otros factores. En el estudio realizado por la autora, la inteligencia mostró no ser capaz por sí sola de actuar como mecanismos protectores, a menos que lo hiciera actuando conjuntamente con la presencia de profesores o amigos que alentaran a los niños a examinar maneras alternativas de enfrentar y sobrellevar adversidades, la habilidad de obtener ayuda cuando la necesitara, además de la de identificar y compartir sentimientos de temor, ansiedad, enojo o placer. La literatura hasta

la fecha sostenía que, la capacidad intelectual era requisito necesario para los comportamientos resilientes³⁰.

De forma de analizar este aspecto, Grotberg (1995 b) realizó un estudio en el que se analizó la competencia intelectual de personas de distintos grupos sociales de diferentes países, con escaso nivel de escolaridad, o bien otro tipo de indicadores que dieran cuenta de un bajo nivel intelectual. Los resultados obtenidos por la autora fueron distintos a los estudios anteriores e indicaron que, a pesar de la aparente limitación intelectual, estas personas estaban realizando acciones que promovían comportamientos resilientes en los niños. La autora mencionada sostiene que, sugerir que la manifestación de comportamientos resilientes estaría sujeta de alguna forma a que las personas tuvieran un nivel promedio de inteligencia, significaría que de esta forma quedaría eliminado automáticamente el 40% de la población. Esto, de acuerdo a lo que indican los test estandarizados.

De acuerdo a Löesel, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes, se encuentran:

- Una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o bien alguna otra persona significativa.
- Apoyo social desde fuera del grupo familiar.

³⁰ Grotberg (1995 b)

- Un clima educacional abierto, contenedor y con límites claros.
- Contar con modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo.
- Tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro.
- Competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio.
- Características temperamentales que favorezcan un enfrentamiento efectivo (por ejemplo: flexibilidad).
- Haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.
- Tener un enfrentamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.
- Asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al enfrentamiento, a la vez que, contextualizarlo de acuerdo a las características propias del desarrollo.

El autor mencionado señala que pueden existir además otros factores protectores. Destaca que éstos no son igualmente efectivos, y que en el plano individual algunos logran efectos solamente moderados. Sin embargo, agrega el autor, cuando varios de estos factores actúan combinadamente, son capaces de promover un desarrollo mental relativamente sano y positivo; esto, independientemente de las dificultades presentes en las condiciones

de vida. Por último agrega que, los factores protectores no son independientes entre sí, sino que actúan relacionados entre ellos de forma tal que los de tipo personal pueden gatillar los recursos sociales y viceversa.

De acuerdo a Luthar (1993), para comprender qué es aquello que promueve la Resiliencia en niños, se han utilizado dos estrategias:

- a) La aproximación a eventos vitales (implica una lista de eventos negativos experimentados por el niño); y
- b) El uso de experiencias individuales estresantes, como el divorcio de los padres.

2.4.8. UTILIDAD DE LA RESILIENCIA

Es indudable la gran atención que en los últimos años está recibiendo el concepto de Resiliencia, tanto en el campo de la salud mental en general (Institute of Medicine, 1994) como en el de las drogodependencias en particular (ej., Glantz y Johnson, 1999, Luthar, 2003). A nivel de estudios, el concepto ha mostrado su poder explicativo en toda una serie de estudios longitudinales que han mostrado la importancia y relevancia del concepto para explicar la adaptación exitosa de muchas personas en su vida adulta que pasaron por traumas o eventos vitales negativos en su infancia. Autores, como Masten (1999), indican que ha habido una primera generación de investigadores en Resiliencia, que comenzaron a analizar el fenómeno

hace ya 50 años y que ahora está surgiendo la segunda generación, la de los investigadores de los últimos años, lo que está permitiendo un claro avance en el conocimiento y utilidad de este concepto, junto a su difusión (Luthar, 2006). Pero también esta difusión se ha convertido en muchas ocasiones en un claro abuso del término y a pensar que en la Resiliencia podemos tener la solución a muchos problemas. Todos estos problemas surgen de la definición de Resiliencia, sus características y la diferenciación de este término de otros. Como hemos ido viendo en las páginas de este artículo, hoy ya podemos decir que hay relativo acuerdo sobre cuál es la definición más adecuada de Resiliencia. Así, en los últimos años se suelen utilizar de modo predominante definiciones como las de Garmezy (1991) («la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante», p. 459), Masten (2001) («un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo», p. 228), Luthar, Cicchetti y Becker (2000) («un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa», p. 543), Luthar (2003) («la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida», p. xxix). En todos los casos, la idea de la Resiliencia es que el individuo pasa en su infancia o adolescencia por una situación de exposición a un riesgo importante, pérdida o trauma y la puesta en práctica de mecanismos adaptativos para superar esa situación y poder conseguir

llevar una vida normal de adulto (Fergus y Zimmerman, 2005). Cada vez es más claro que la Resiliencia se debe estudiar desde un punto de vista multidisciplinar (Cicchetti, 2003)³¹.

2.4.9. CARACTERÍSTICAS DE RESILIENCIA

A) CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS NIÑOS RESILIENTES

Aptitudes físicas e intelectuales; Autoeficacia, Introspección: Autoimagen positiva. Autoestima, Metas y aspiraciones. Sentido de Humor/Creatividad, Perseverancia. Empatía, Expresividad, Iniciativa, Autonomía y Moralidad.

B) CARACTERÍSTICAS INTERPERSONALES

Relaciones significativa con otros, saber mantener su red social, capacidad de saber restablecer la autoestima cuando es amenazada por otros, asertividad, atención positiva en los otros.

C) CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad, bajos niveles de conflictos familiares, recursos financieros suficientes, colaboración

³¹ (ej., Glantz y Johnson, 1999, Luthar, 2003)

D) CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE y SOCIOCULTURALES

Ambientes seguros, acceso a recursos comunitarios educativos y de ocio, percibir apoyo social, percibir integración social, afiliación a organizaciones religiosas.

2.4.10. PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA

A lo largo de la historia, la Psicología Tradicional ha prestado más atención al estudio de los efectos negativos que sobre las personas pueden provocar el enfrentamiento a experiencias traumáticas, de riesgo o adversidad, que a la capacidad del ser humano para afrontar esas experiencias traumáticas e incluso extraer algún tipo de beneficio de estas situaciones. Desde esta perspectiva, la psicología, tradicionalmente, ha considerado que lo natural era que si una persona vivía una experiencia traumática, desarrollara alguna patología en relación a esa vivencia. Históricamente, la psicología ha considerado al ser humano fundamentalmente como un sujeto pasivo que reaccionaba ante los estímulos del ambiente. (Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. 2007) Desde modelos más optimistas, se considera que la persona es fuerte y activa, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro del marco de la psicología positiva, y pretender comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del

ser humano. La Psicología Positiva mantiene que el ser humano tiene capacidad para adaptarse y recuperarse de situaciones adversas. (Vera, 2006). La investigación en Resiliencia pretende determinar por qué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas, aun siendo estas situaciones muy adversas, de exclusión, pobreza o traumáticas por algún motivo, mientras que otras personas, en situaciones similares, no lo hacen. La Resiliencia persigue fomentar la salud mental y la superación satisfactoria de estas situaciones de adversidad. Tradicionalmente, las respuestas de Resiliencia han sido consideradas como poco habituales o inusuales, e incluso patológicas. En la actualidad, la literatura científica demuestra que la Resiliencia es una forma de respuesta muy habitual, y que su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable ante la adversidad. Diferentes y numerosos estudios muestran que la Resiliencia es un fenómeno común entre las personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001). El concepto de Resiliencia ha sido tratado y definido de forma diferente por autores europeos y estadounidenses. El concepto manejado por autores europeos, en su mayoría franceses, relacionan Resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la Resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. El concepto de Resiliencia utilizado por autores norteamericanos, más restringido,

hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándola del concepto de crecimiento postraumático³².

Desde la perspectiva norteamericana se sugiere que el término Resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, utilizando otros términos como florecimientos, o crecimiento postraumáticos para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática. La Resiliencia refleja la habilidad o capacidad para mantener un equilibrio estable durante todo el proceso (Bonano, 2004) El origen de los trabajos sobre Resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que en principio parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2001) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en situaciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la Resiliencia como tema de investigación, fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80 % de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith. 1982;1992) este estudio, realizado en un marco ajeno a la Resiliencia, ha tenido un papel muy importante en el surgimiento de la misma (Mancioux et al., 2001) De esta forma, frente a la creencia común de que una infancia

³² (Masten, 2001).

infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado (Cyrlnick, 2001). Resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, no es una habilidad o capacidad absoluta o que se adquiere de una vez y es para siempre. La Resiliencia es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza de la situación, el contexto y la etapa de la vida, y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas o entornos. La Resiliencia es por tanto el fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrlnick, 2001). El concepto de Resiliencia y su estudio empezó a desarrollarse durante la décadas de los 60 y los 70, donde un grupo de psicólogos y psiquiatras, empezaron a prestar atención a las variables y capacidades que marcaban la diferencia entre aquellos que eran capaces de normalizar sus vidas, y aquellos que mantenían la situación, entre una población de niños que vivían en situaciones de exclusión o adversidad³³.

³³ (Cyrlnick, 2001).

Estos autores argumentaron que la investigación con niños que vivían en riesgo o exclusión, pero que tenían un desarrollo adecuado, podrían dar información acerca de que variables eran las que marcaban la diferencia entre los que se adaptaban bien y los que no, de tal forma que esta información pudiera guiar o conducir futuras intervenciones y políticas de intervención y prevención.

2.4.11. ESTRATEGIAS DE LA RESILIENCIA

Las personas no reaccionan de la misma forma a los mismos eventos de vida traumáticos y estresantes. Un enfoque para construir Resiliencia que le funciona a una persona puede no funcionarle a otra. Las personas utilizan una gran variedad de estrategias. Algunas variaciones pueden reflejar diferencias culturales. La cultura de una persona puede tener un impacto en la forma en la cual comunica sus sentimientos y trabaja con la adversidad. La Resiliencia puede construirse a través de diversos enfoques que tienen sentido en diversas culturas. Haga conexiones. Buenas relaciones con la familia y amistades cercanas y otras personas relevantes. Algunas personas encuentran que, a pesar de que han sufrido pérdidas ayudar a otras personas les hace sentir bien sobre sí mismas. Evitar ver las crisis como problemas insuperables. puede cambiar la forma en que cada individuo interpreta el “huracán”. Tratar de ver más allá de la crisis actual y cómo las circunstancias futuras pueden ser un poco mejores. Moverse hacia las metas hacen que las estrategias desarrollen la

capacidad de ser exitoso y ser un individuo resiliente que se integra en una comunidad. Reconocer la propia fortaleza y recursos para tratar con situaciones difíciles puede ayudar a desarrollar confianza en sí mismo. Prestar atención a sus necesidades y sentimientos. Otras formas de fortalecer la Resiliencia pueden ayudar, la clave es identificar formas que podrían resultar bien como parte de una estrategia personal para desarrollar Resiliencia (Domínguez, 2005). Trabajar en el campo de lo resiliente en un individuo implica un cambio paradigmático en el sentido de hacer hincapié en la fortaleza innata y ver las cosas como algo positivo y no como riesgo total las cosas se han creado para mejorar su entorno no para dañar su salud. Una adecuada estimulación en los primeros años de vida tendrá un gran beneficio para el futuro puesto que el apoyo familiar y la integración hacen que una persona desarrolle confianza en si mismo y esto en un futuro se verá reflejado en los proyectos y el éxito o fracaso que se obtenga de éstos (Sánchez, 2003)³⁴.

2.4.12. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE DE RESILIENCIA PARA LA ACCIÓN

Se puede pensar que el énfasis actual en las implicaciones del enfoque de Resiliencia, como lo sugiere Rutter, responde a un deseo de “inyectar alguna esperanza y optimismo dentro de la desalentadora historia de estrés y adversidad”. Sin embargo, debemos dejar claro que

³⁴ (Domínguez, 2005).

el concepto de Resiliencia surgió de un cambio en la perspectiva cuando fuimos capaces de ver tanto hacia adelante como hacia atrás en el transcurso de la vida. Muchos estudios han evolucionado e introducen lo que Werner y Smith llaman el “lente correctivo”, una visión más promisorio del destino de los niños atrapados en la adversidad. Esto se fortaleció por la repetida observación de que, aun entre los niños expuestos a las desventajas más graves, para más de la mitad de ellos, es inusual el fracaso. Esto lleva a concluir que hay una gran variedad de respuestas individuales frente a los eventos y circunstancias adversas. El enfoque puede ser útil para la investigación y la práctica terapéutica entre tres sentidos:

Primero las nociones de Resiliencia y vulnerabilidad, de riesgo y factores protectores, destacan la complejidad de los desórdenes psiquiátricos y sus causas: la necesidad de ir más allá de las asociaciones entre los antecedentes y consecuencias, y siempre observar las excepciones a la regla.

Segundo el descubrimiento del por qué a algunos niños les va bien, no obstante que se encuentran atrapados en la adversidad, ayuda a identificar posibilidades no detectadas anteriormente para tomar acciones preventivas.

Tercero, la idea de Resiliencia mantiene la esperanza viva en la práctica clínica: aunque la balanza esté inclinada hacia un resultado

negativo, sabemos que muchos niños escapan a su destino poco alentador y que es posible promoverle.

2.4.13. RESILIENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

La Resiliencia aparece con mucha más frecuencia de la que históricamente se ha percibido, y contrariamente a lo que en un principio se consideraba, estas respuestas no son patológicas. Las personas Resilientes se caracterizan por una adecuada adaptación en situaciones de adversidad o riesgo, además, la Resiliencia se produce como consecuencia de procesos ordinarios, es decir, la Resiliencia no tiene la base en cualidades especiales o extraordinarias. Queda demostrado también que ningún factor ambiental o variable personal es necesario o suficiente para producir Resiliencia, sino que ésta es producto de la interacción de diferentes factores ambientales y variables personales. Esta información, fruto de la investigación en Resiliencia, considerada desde el ámbito de la intervención social, implica:

- Qué Resiliencia sea fruto de habilidades ordinarias y procesos habituales significa que se puede fomentar en todas las personas, se puede trabajar el desarrollo de Resiliencia en todas las personas objeto de intervención. Este trabajo dotaría a las personas objeto de intervención de una herramienta muy útil para hacer frente a sus diferentes situaciones, que suelen presentarse en nuestra vida,

llevando muchas veces a las personas a tomar decisiones que atentan contra su propia vida.

- Resiliencia permite desarrollos normales y adaptados al medio, desde los Servicios Sociales se debe trabajar en Resiliencia con las personas que ya viven en exclusión, y también con aquellas en riesgo de exclusión. Se debe incluir el trabajo en Resiliencia en los proyectos de intervención, y también en los proyectos de prevención.

- Que ningún factor sea necesario o suficiente en Resiliencia es importante para el trabajo desde los Servicios Sociales, porque no elimina a nadie, no condena a nadie a mantener su situación en función de que no tenga un determinado rasgo o variable personal, o de que no pueda acceder a una determinada situación. Que ninguna variable sea necesaria o suficiente para alcanzar un desarrollo normal, resulta fundamental, porque permite trabajar con todos los individuos, y permite a todos los individuos desarrollarse de manera normal (no olvidemos que normal significa cosas diferentes en función del marco cultural donde se defina) o adaptadas al medio.

Según esta información, cada persona tiene parte importante de responsabilidad en su situación, y por lo tanto, tiene un margen amplio de actuación, tiene poder, para modificar y cambiar su situación. Sin embargo, esto no significa que todas las personas vayan a desarrollarse de manera normal o abandonar la situación de riesgo o exclusión en la

que viven, y esto precisamente porque cada uno tiene cierto poder sobre sus procesos de desarrollo y sobre su situación.

- Resulta fundamental la constatación de que los procesos de Resiliencia son normales y habituales. Tradicionalmente se consideraban como patológicas este tipo de respuestas Resilientes. Esto significaba que no se trabajaba para promover Resiliencia ya que ese tipo de respuestas conductuales ante la adversidad se consideraban patológicas. Con este cambio de percepción se ha conseguido también que se empiece a trabajar en Resiliencia, en prevención e intervención. Las políticas sociales y educativas, en nuestra opinión, debieran contemplar los resultados e información obtenida en los estudios sobre Resiliencia. Trabajar en Resiliencia puede suponer la necesidad de implementar cambios significativos, cuantitativos y cualitativos, en la estructura, física y organizativa, de los servicios actuales (horarios de atención y trabajo, con centros abiertos todo el día, y por qué no, toda la noche, recursos, número y perfiles profesionales, etc.) y estos cambios suponen una mayor inversión económica (además de una gran inversión en capital humano y cualificación profesional de este capital humano.) y no sabemos si es posible esta inversión o no (desconocemos también si existe verdadero interés político o no). Por otro lado, trabajar en Resiliencia supone un cambio en nuestras metodologías de trabajo. Hasta ahora se trabaja fundamentalmente con familias en riesgo de exclusión, o que ya viven en situaciones de exclusión y muy adversas. Nuestro trabajo consiste básicamente en

trabajar para resolver problemas, o para disminuir los efectos negativos de determinadas situaciones sobre los individuos que viven en ellas. Trabajar desde la óptica de la Resiliencia supone trabajar sobre estos problemas, pero también, y de manera fundamental, trabajar en prevención, trabajar antes de que aparezca el problema y para que no aparezca ese problema. Trabajar lo antes posible con poblaciones en riesgo, y lo más temprano posible, en cuanto a edad y momento de intervención, con esta población. Por otro lado, esta nueva forma de trabajo, supone también necesidades en coordinación entre los diferentes recursos situados en el contexto objeto de trabajo, ya no sólo sociales, sino también educativos, formativos o de empleo, por citar algunos. Trabajar en Resiliencia implica cambios profundos en todos los servicios orientados al ciudadano, no sólo en los denominados centros sociales, que habitualmente quedan convertidos en un lugar dónde todo tiene cabida y desde dónde se tiene que afrontar problemas y proponer soluciones a todo tipo de situaciones, ya sean sociales, educativas o de cualquier otro ámbito.

Por lo tanto, el trabajo en Resiliencia debe ser contemplado desde todos los servicios, y los cambios deben afectar y producirse en todos estos servicios. La Resiliencia es el resultado de la interacción entre diferentes variables personales y ambientales, y el trabajo con todas esas variables resulta imposible de realizar si sólo se trabaja desde un ámbito. Esta nueva forma de enfrentarse al trabajo debe implicar formación e investigación desde la práctica diaria, que nos

proporcione cada vez más información y evidencias acerca de cómo diseñar, implementar y evaluar de manera más eficaz y eficiente nuestros programas de prevención e intervención. Parece muy poco probable que seamos capaces de acabar con todas las situaciones de adversidad, exclusión o riesgo, en el mundo, por diferentes razones económicas, políticas y sociales, pero sí que es razonable pensar que se puede trabajar desde ámbitos de acción mucho más locales, para mejorar esas situaciones a las que sí tenemos acceso y en las que sí podemos intervenir directamente. El trabajo en Resiliencia puede generar conflictos motivados por las diferencias entre lo que nosotros esperamos de nuestros usuarios y lo que ellos esperan de nuestro trabajo. Resiliencia se infiere, por un lado de las conductas consideradas como adaptadas al medio, y por otro de la definición de situaciones de adversidad o riesgo en la que la persona tiene que actuar. Tanto la definición de conducta adaptada como la de situación de adversidad o riesgo, puede cambiar significativamente según el entorno cultural en la que se defina, y esto puede generar disonancias importante entre lo que nosotros queremos conseguir con nuestra intervención, y lo que los diferentes grupos culturales, o mejor, los diferentes individuos con origen y vida en diferentes marcos culturales, quieren para su vida, y pretenden conseguir de nuestra intervención.

2.4.14. IDEACION SUICIDA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) el suicidio es un fenómeno complejo, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. En México, de acuerdo con Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), las muertes por suicidio se han incrementado significativamente desde el siglo pasado - crecimiento del 275% del año 1979 al año 2007- especialmente en jóvenes.

El comportamiento suicida se integra por tres componentes básicos: la ideación suicida, que corresponde al pensamiento de quitarse la vida; el intento suicida, que se refiere a cualquier acto de autolesión realizado con la intención de terminar con la propia vida, con resultado no fatal y; el suicidio consumado, referente a cualquier acto de autolesión efectuado con el propósito de acabar con la propia vida, con resultado fatal (**Brown, Jeglinc, Henriques y Beck, 2008**). En la actualidad, la investigación de cada uno de estos componentes es necesaria para la comprensión del fenómeno, en particular, el estudio de la ideación suicida ofrece la posibilidad de indagar al comportamiento suicida antes de que ocurra un intento o suicidio consumado³⁵.

³⁵ (Brown, Jeglinc, Henriques y Beck, 2008).

Todo suicida es ambivalente y antes de morir desearía tener una mejor alternativa para seguir viviendo pero no lo consigue, se desespera, y opta por la muerte. (Beck, Aaron T).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

Aaron T. Beck; quien considera la conducta suicida como ligada a distorsiones cognitivas, y operacionalizadas a través de las escalas de: depresión, desesperanza e ideación suicida

Se considera la ideación suicida como los pensamientos o verbalizaciones de causar daño o muerte en uno mismo (12). Beck amplía el concepto de la siguiente manera: "el ideador suicida se puede definir como la persona que conscientemente planea y desearía cometer suicidio, pero que no ha hecho intento manifiesto de suicidio. Así mismo se puede presumir que la ideación suicida al

intento o consumación le precede y está reflejando en últimas un resultado: el grado en que el individuo ha sido capaz de sobrellevar un impedimento interno al deseo de suicidarse (miedo a lo desconocido, al fracaso del intento, al sentimiento de criminalidad en relación al sobreviviente, a lo religioso y a las objeciones morales) (2).

La conducta suicida que se presenta en un paciente deprimido es derivada de una distorsión específica: el paciente distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una forma negativa y sin bases objetivas anticipa un resultado negativo para cualquier intento de conseguir sus mayores objetivos o metas(2).

La desesperanza, como elemento central de la depresión, está presente en el niño a riesgo suicida y es considerada una distorsión cognitiva cuya expresión se da a través de expectativas negativas acerca del futuro y de sí mismo, que una vez establecidas en el niño, hay un deseo atenuado de vivir, el cual lleva a un incremento admisible de la ideación suicida" (5,6) y representa cerca del 96% de la asociación entre depresión e intento de suicidio (2).

Teoría cognitiva del suicidio de Beck. (Beck et. al., 1983) El concepto de Beck parte desde el enfoque de la terapia racional emotiva, el cual hace referencia al comportamiento suicida y su relación con la depresión, en ella el individuo crea categorías mentales en función de experiencias vividas, las cuales estructuran

y orientan la conducta del sujeto, por lo cual si esta conducta es desadaptada, el individuo percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro³⁶.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)³⁷.

Determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como historia de la persona. Estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio. Suelen aparecer exigencias sobre ser o comportarse de una manera concreta que no se ajusta a cómo se percibe uno mismo (“nadie se preocupa por mí”, “soy un fracaso y merezco morir”, “nunca mejoraré y no vale la pena que siga viviendo”), o bien, la percepción de amenaza con excesivas valoraciones negativas y

³⁶ (Beck et. al., 1983)

³⁷ (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

catastróficas sobre determinadas circunstancias y demandas (“mi vida es tan mala”, “me siento tan deprimido”, “no puedo más con este sufrimiento”, “no hay salida”). A esta forma tan negativa de ver la vida o a uno mismo, subyacen determinadas formas de pensar como hiperexigencia, catastrofismo, intolerancia al malestar entre otras (véase bibliografía de Beck, 1967; Ellis, 1987). Es más, cuando a las formas anteriores de pensar se unen una gran desesperanza y visión negativa del futuro (“mi futuro no es bueno”) la probabilidad de ideación suicida aumenta enormemente.

En muchos casos la ideación de suicidio puede suponer un escape cognitivo de una situación de malestar, mantenido por reforzamiento negativo. Es decir, los individuos tratan de evitar algo aversivo o desagradable y, al no encontrar opciones de respuesta suficientemente reforzantes, mantienen la expectativa de acabar con el propio sufrimiento, con la indefensión o la desesperación (“no lo puedo soportar más, sólo la muerte me libraré de este sufrimiento”). También, algunos individuos con ideación suicida tienen la expectativa de lograr para otros consecuencias aversivas (castigo por mal comportamiento) invocando a creencias sobre justicia, el despecho o la venganza (“cuando me mate van a darse cuenta de todo lo que me han hecho”) o comunicar su malestar a los demás, con la expectativa de lograr su atención y, por tanto, obtener un refuerzo (“la única forma de que me escuchen es que me mate”).

Según la Teoría Cognitiva de Beck, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta, según el caso.

Cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran.

Realmente, lo que ocurre, desde esta teoría, es que no son las situaciones en sí las que producen malestar directamente, sino las interpretaciones personales que hacemos de ellas. Esto implica que, muchas veces, al no poder ser objetivos en una situación, podemos distorsionar la información de la que disponemos en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando otra información disponible más realista y constructiva. Cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento.

Hay personas que tienen más tendencia a cometer estos errores, influidos también por algunas creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, generalmente aprendidas a través de la

educación y de las experiencias previas. , las cuales en muchas personas les lleva a pensar en un suicidio.

La ideación suicida en sí misma es el foco principal del tratamiento en contraste a enfoques psiquiátricos tradicionales que ven al comportamiento suicida como un síntoma de un trastorno mental subyacente (Henriques, Beck & Brown, 2003).³⁸

Los estudios sobre el comportamiento suicida son numerosos, tanto respecto al suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida. En el presente informe no hemos tratado de indagar y analizar sobre todos los estudios existentes sobre ideación suicida en jóvenes; no obstante, hemos desarrollado un resumen de algunos antecedentes que nos puedan brindar un panorama general sobre el modo cómo ha venido siendo investigado o abordado nuestro problema de investigación

Se habla de ideación suicida cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio (Beck et. al., 1985) queriendo terminar con su propia vida. La organización de la intencionalidad según Ringel (1989 cit. en Casullo et. al, 2000), presenta un proceso de ideación suicida que denominó “síndrome pre-suicida”, dicho síndrome se caracteriza por el estrechamiento y la reducción de la vida cognitiva del sujeto, como por la inhibición

³⁸(Henriques, Beck & Brown, 2003).

de impulso agresivos y por los deseos de muerte y fantasías de autodestrucción, todos ellos consecutivos³⁹.

Pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- **Idea suicida sin un método específico**, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: 'no sé cómo, pero lo voy a hacer'.
- **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado** en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: 'De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.'
- **Idea suicida con un método específico no planificado**, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- **El plan suicida o idea suicida planificada**, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir

³⁹Ringel (1989 cit. en Casullo et. al, 2000),

Durkheim, En 1897, realizó la primera investigación sociológica de este fenómeno, que como resultado, estableció una relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales, proponiendo la existencia de cuatro tipos de suicidio: egoísta, anómico, altruista y fatalista; definiendo al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (Durkheim, 1897). A partir de esta conceptualización se generó un cambio respecto a la perspectiva que se tenía de este fenómeno, ya que se le otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzó a atender los motivos subyacentes. Con esto, se sentó las bases para que el problema fuera abordado e investigado desde distintos puntos de vista, considerando este problema de salud como un fenómeno complejo que incluye factores neurobiológicos (Guiao y Esparza, 1995; Harris y Lennings, 1995), familiares, (Steinhausen y Winckler, 2004; Cubillas et. al., 2006), genéticos (Fu et. al., 2002), psicológicos (Andrade Palos et. al., 2003), sociales (Durkheim,1897) y culturales (Leslie et. al., 2000); observándose que estas conductas tienen un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis y abarcan comportamientos que van desde la ideación suicida, conductas

auto-lesivas pasando por el intento suicida y terminando en el acto consumado (Fernández, 002)⁴⁰.

Partiendo del concepto de comportamiento que plantea Watson (1924), que sostiene que comportarse implica actividad o pasividad, el comportamiento suicida no solamente se define en cuanto a las acciones activas del sujeto, sino también aquellas de tipo pasivo, por lo que en el abordaje de este problema, es necesario hacer una diferencia entre el comportamiento suicida y el suicidio consumado como tal; para la OMS (2009), el comportamiento suicida es toda acción donde el individuo se cause daño así mismo, independiente del grado de letalidad, y de que se conozca o no, los motivos subyacentes; por lo que, cuando se hace referencia al Comportamiento Suicida, no sólo se trata la conducta consumada como tal, también forma parte : el intento suicida, la ideación suicida y las conductas autolesivas (Durkheim, 1897; Beck et. al., 1976; Diekstra 1985; Arlaes et. al., 1997; Casullo et. al., 2000) conductas que se solapan entre ellas.. En esta definición del comportamiento suicida se pueden identificar tres características básicas de este tipo de comportamiento:

1. La auto-agresión.
2. El carácter activo o pasivo del comportamiento.

⁴⁰Durkheim, En 1897,

3. El objetivo del comportamiento suicida.

El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás.
- Sentirse como víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados

trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.

Casullo et. al., (2000), afirman que este problema comprende conductas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Haciendo referencia a comportamientos deliberados sin intención de finalizar con la muerte pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta.

El suicidio (del latín, etimología *sui: sí mismo* y *caedere: matar*) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997)

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos más importantes que deben enfrentar las sociedades modernas. (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002, citado en Borges (2009)). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009), cada año

aproximadamente un millón de personas aproximadamente mueren por suicidio en el mundo, alcanzando una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes; asimismo, el suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años. A decir de Desuque Vargas y Lemos (2011) las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 indican que las defunciones por suicidio aumentarán un 50%, alcanzando 1.5 millones de muertes anuales a nivel mundial. También se conoce que en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes. Por tanto, el suicidio se constituye en problema de salud pública que presenta costos económicos importantes; no obstante es prevenible (Rueda, Rangel, Castro, & Camacho, 2010).⁸ En el contexto del incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes suicidas y los intentos de suicidio. Todos estos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares (Desuque, Vargas, & Lemos, 2011). Las ideas suicidas pueden implicar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la

programación de un acto mortal, atravesando por deseos más o menos intensos de muerte. En algunos casos implica una aguda preocupación destructiva de naturaleza delusiva. Es importante destacar que la ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio (Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2005) Se entiende por ideación suicida a la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2003). También se la considera como la presencia de pensamiento fantasías acerca de la propia muerte (Chávez, Pérez, Macías, & Páramo, 2004). Concepto diferente al de intento de suicidio, también conocido como para suicidio, entendido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión o daño con el fin de obtener la propia muerte, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su letalidad (Wagner, Wongs, & Jobes, 2002). Desde nuestra perspectiva, las ideaciones suicidas constituyen aquellas cogniciones referentes a deseos de estar muerto como respuesta a la experiencia sentimientos de desesperanza, a la planificación de un potencial suicidio así como al conjunto beneficios que se esperan obtener a través de un potencial acto suicida⁴¹.

⁴¹(Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002, citado en Borges (2009)).

Otro aspecto importante de resaltar, al momento de definir el comportamiento suicida, es su independencia frente al objetivo de conseguir la muerte, lo cual quiere decir, que no importa si el individuo consigue quitarse la vida o no, ni tampoco la letalidad del método utilizado para realizarlo; Castañeda A. (2003), afirma, que en ocasiones la conducta suicida no tiene como objetivo causar la muerte, sino más bien es un medio de comunicación o expresión de emociones o sentimientos como rabia, cólera o frustración ante situaciones conflictivas; en otras instancias los objetivos son llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad. (Gould, et. al., 1998; González-Forteza y et. al., 2002).

A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos:

- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".
- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.

- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.
- Alejarse de los amigos o no querer salir.
- Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.
- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.
- Hablar acerca de sentirse desesperanzado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas)

Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas. En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blísteres y evitar los frascos, más fácilmente accesibles, medida ésta con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio. En la actualidad la atención se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y en mejorar la vigilancia, la capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo, por ejemplo en

lo referente a la seguridad de su almacenamiento y a las diluciones de los productos.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una buena Resiliencia, alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social.

De igual forma, en los comportamientos suicidas, es necesario diferenciar aquellas conductas mortales y no mortales, de acuerdo con el resultado de la misma (OPS, 1998). Las conductas suicidas no mortales han sido llamadas arasuicidas, las cuales implican comportamientos aparentemente dirigidos a quitarse la propia vida, pero que realmente están motivados por una intención manipuladora, o en ocasiones de placer (Casullo et. al., 2000). Pese a ello, estas conductas pueden causar daños significativos en el propio sujeto que las ejecuta.

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010). Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner,

Meldrum, Wiwczorek, Duberstein, & Welte, 2004). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988)⁴².

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006) . Estos últimos son de mayor importancia clínica. Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida. - Estructura de pensamiento suicida - Rigidez y constricción - Percepción distorsionada del tiempo La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catalógico, que hace referencia a un raciocinio basado en 26 falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una

⁴² (Casullo et. al., 2000). (Beck, Steer, & Ranieri, 1988

desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios. La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida. La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro. Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de

ideación suicida silenciosa y los de ideación suicida manifiesta. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc. La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente 27 en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padre, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.⁴³

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado. Por tanto, se puede diferenciar entre:

⁴³ (Casey, y otros, 2006)

2.4.14.1. Deseo de Morir

El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente. Esta insatisfacción se puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

En estas circunstancias la persona siente un dolor emocional insoportable, se siente desesperada, piensa que nada va a cambiar, que no tiene el apoyo de nadie y la única salida que ve a este sufrimiento es la muerte.

Sin embargo, la persona que está padeciendo esta angustia no quiere morir, lo que realmente quiere es dejar de sufrir, pero su estado mental le impide pensar en otras soluciones. En esos momentos la memoria se vuelve selectiva y la persona sólo se centra en los aspectos negativos de su vida sin ser capaz de tener en cuenta los positivos.

A lo largo de la vida aprendemos distintos modos de solucionar los problemas, los recursos de afrontamiento (todas las variables personales y sociales que permiten que las diferentes situaciones que se viven sean manejadas del modo más

eficiente) siempre se pueden aprender y esta debe ser la primera opción que debemos tener presente cuando nos encontremos en una situación similar a la anteriormente descrita.

2.4.14.2. Representación Suicida.

Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

2.4.14.3. Idea Suicida

Se habla de ideación suicida cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio (Beck et. al., 1985) queriendo terminar con su propia vida⁴⁴.

2.4.14.4. Amenaza Suicida

Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones o acciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

⁴⁴(Beck et. al., 1985)

2.4.14.5. Gesto suicida

Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

2.4.14.6. Intento Suicida

También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada.

Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal, conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los auto-envenenamientos (ingestión de medicamentos) y las auto-quemaduras, sin resultado de muerte.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito en busca de ayuda.

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de llevar a la fatalidad, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado de esto, los intentos de suicidio en ellos tienen mayor probabilidad de terminar en muerte.

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en los jóvenes sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Se puede categorizar el contexto dinámico del intento de suicidio en función de los siguientes factores

a. Estado Cognitivo y Emocional de Sujeto. Se podrían esquematizar 3 patrones de distorsión cognitivo emocional.

- **Patrón depresivo inhibido**, en el que el acto suicida es premeditado, deliberado
- **Patrón de irritabilidad, Agresividad**, en que la conducta suicida es impulsiva.
- **Patrón de ansiedad psíquica y agitación motora**, que facilita el paso al acto impulsivamente.

b. Tipo de Situación o estímulos desencadenantes

- **Estrés.** Situacional de alto contenido emocional, secundario a un acontecimiento vital de breve duración y limitadas consecuencias para el sujeto.
- **Crisis.** Intensa alteración emocional prolongada (semanas o meses), reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan seriamente la homeostasis psicosocial del sujeto.

- **Síntoma.** La acción autolítica tiene relación directa con un trastorno psiquiátrico, muchas veces es un síndrome depresivo

2.4.14.7. Suicidio Frustrado

Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

2.4.14.8. Suicidio Accidentado

El realizado 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. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

2.4.14.9. Suicidio intencional o Consumado

Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un

suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Durante la antigüedad clásica, el suicidio de personas con enfermedades incurables era visto como una necesidad, prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, en Roma sólo se penaba el suicidio irracional, el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes. La idea de bien morir (eu thanatos) era un summum bonum, porque era mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro.

En la Grecia antigua al cadáver se le amputaba la mano con la que se había cometido el acto suicida y se enterraba en un sitio alejado, sin ceremonias fúnebres.

Durante el Imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la

influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. Éste filósofo estoico señalaba que la vida debe ser considerada en cuanto a calidad de vida y no en cantidad, morir más tarde o más temprano no tiene trascendencia.

Los japoneses se hacían el seppuku o harakiri, se trataba de un suicidio ritual por desentrañamiento para lavar la deshonra.

En la india, en Benarés, se realiza la muerte por satee (sati), que es una costumbre india donde las mujeres al quedar viudas se inmolaban en la pira funeraria de su difunto esposo.

La condenación de la conducta suicida en la doctrina cristiana aparece desde el II Concilio de Orleáns en 533, siguiendo las enseñanzas de San Agustín. Para éste, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que a aquellos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia católica romana condenó expresamente esta práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones, la cabeza era

arrastrada por las calles y se exponía en la plaza pública como medida de escarmiento para desalentar ese tipo de comportamiento. Al comienzo de la edad media en Italia y Francia los cadáveres de los suicidas eran arrastrados desnudos por la ciudad y luego eran colgados desnudos para público escarnio (Teraiza y Meza, 2009)⁴⁵.

El Concilio Vaticano II calificó el suicidio como una cosa vergonzosa que atenta contra lo cívico del ser humano y que constituye el más grave insulto al Creador. La Iglesia católica sólo ha canonizado a una suicida, Santa Pelaya, que se lanzó a un abismo para que no abusasen de ella unos asaltantes.

Hoy está condenado el suicidio en las religiones cristiana, judía e islámica. Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular.

⁴⁵(Teraiza y Meza, 2009).

Para Jasper y los filósofos existencialistas, el suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana y es la forma de expresar el hombre su libertad.

El suicidio es un tema tabú en nuestra cultura porque no hemos sido educados en la idea de la muerte, incluso cuando se trata de un fallecimiento por causas naturales, y porque las creencias religiosas predominantes en el sur de Europa siempre lo han considerado una conducta reprochable.

El suicidio no aparece en el glosario de la American Psychiatric Association y no es considerado como un trastorno mental ni para la CIE-10 ni para el DSM-IV, pero es un grave problema social que pone en evidencia la quiebra tanto en personas (de índole bio - psico- socio espiritual) como en las comunidades (exclusión social, debilidad de las tradiciones, pobreza económica, falta de apoyos sociales, et...). (García Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2007)⁴⁶.

Hay dificultad para llegar a un consenso; en la décima revisión de la clasificación internacional de Enfermedades (CIE -10), La Organización Mundial de la Salud (OMS) Propone como criterios operativos de un suicidio:

⁴⁶(García Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2007).

a) Un acto como resultado letal b) Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto c) Sabiendo o esperando el resultado letal y d) De la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consiente y en el medio social.

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual Pascual y otros, 2005). Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

El suicidio consumado no es más que un punto de todo un proceso, la culminación de toda una serie de comportamientos encadenados, llevados a cabo en función de la ideación suicida de la persona y de su intencionalidad suicida (Bobes et. al., 2004)⁴⁷

2.4.15. IDEACION SUICIDA

a) Definición:

La palabra suicidio procede etimológicamente del latín: “sui” (de sí mismo) y “caedere” (matar). Sui caedere significa, literalmente, matarse a sí mismo. En España, el término se aceptó en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia en su edición de 1817 y en 1992, en su edición 21ª, define suicidio como:

⁴⁷(Bobes et. al., 2004)

“acto o conducta, que daña o destruye al propio agente” y suicidarse, como “el acto de quitarse voluntariamente la vida”. Esta definición coloca de inmediato uno de los problemas principales con la definición del suicidio, que es el de decidir si al hablar de suicidio, se deben incluir o no las conductas que no resulten directamente en muerte.

El suicidio no aparece en el glosario de la American Psychiatric Association y no es considerado como un trastorno mental ni para la CIE-10 ni para el DSM-IV, pero es un grave problema social que pone en evidencia la quiebra tanto en personas (de índole biopsicosocioespiritual) como en las comunidades (exclusión social, debilidad de las tradiciones, pobreza económica, falta de apoyos sociales, etc...).

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como: “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Esta definición amplía así el concepto de suicidio hasta la inclusión de toda conducta que provoque daño o lesiones incluso aquella que no tiene la muerte como objetivo.

b) Etiología De La Conducta Suicida

El suicidio es un síndrome pluricausal, en el que intervienen factores sanitarios y psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. La determinación bio-psico-social del suicidio está hoy generalizada en la compleja plurideterminación que revela que el suicidio es un grave problema de la Salud Pública.

Aunque las causas del suicidio son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio. A continuación se explican, brevemente, dichos modelos etiológicos (biológico, sociológico), para posteriormente hacer de manera más detallada la explicación de la etiología psicológica.

c) Etiología Biológica

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles muy bajos de un metabolito serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido

cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).⁴⁸

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej-Maciejewska, 2001), la hipo-colerestolemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Veveva, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosahexaenoico y bajas proporciones de Omega-3 en el perfil lipídico son predoctores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette y otros, 2006).

Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción, la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios han mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio (Fu y otros, 2002). Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour y otros, 2007)⁴⁹.

⁴⁸(Teraiza y Meza, 2009).

⁴⁹(Willour y otros, 2007).

d) Etiología Sociológica

Durkheim (1897/1977) formuló la teoría sociológica del suicidio más universal y reconocida hasta nuestros días. Afirmaba que las variaciones en las tasas de suicidio, en un determinado momento o lugar, dependían del nivel de integración social (la fuerza de los lazos que ligan las personas dentro de una misma sociedad en redes socialmente prescritas) y de la regulación social (el nivel en que los deseos y ambiciones personales son regulados por las normas y costumbres sociales). El suicidio sería más probable cuando el grado de integración social fuese demasiado bajo (*suicidio egoísta*), o demasiado alto (*suicidio altruista*), y cuando el grado de regulación fuese demasiado bajo (*suicidio anómico*) o demasiado alto (*suicidio fatalista*). Así, de acuerdo con Durkheim, el suicidio, la integración y la regulación social están inversamente relacionados.

Narroll, citado por Lester (1995), propone una teoría del suicidio que postula que éste puede ocurrir más probablemente entre las personas que están socialmente desorientadas, es decir, aquellas para las cuales los lazos sociales se perdieron o están fragilizados. Sin embargo, incluso entre esas personas el suicidio es relativamente raro, por eso Narroll propone que, para que una

persona socialmente desorientada se suicide, es necesaria la concomitancia de factores psicológicos⁵⁰.

e) Etiología Psicológica

Décadas de investigación permiten concluir que no hay una “personalidad suicida”, ni siquiera un tipo específico de persona suicida. No obstante, las personas que se suicidan, o realizan intentos de suicidio, tienen algunas características comunes.

Al considerar los aspectos psicológicos de la conducta suicida se identifican: a) factores de vulnerabilidad, b) factores predisponentes, y c) factores precipitantes. Los factores de vulnerabilidad son aquellos que se constituyen como la base sobre la cual crece y se instala la crisis suicida. Los factores de predisposición son los que, debido a su presencia, hacen más probable la conducta suicida. Los factores precipitantes determinan el momento y, a veces, la forma en que se asume la conducta suicida.

Entre los factores de vulnerabilidad psicológicos se encuentran algunos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la impulsividad o la desesperanza. Dentro de los factores

⁵⁰Narroll, citado por Lester (1995),

predisponentes encontramos los estilos cognoscitivos y conductuales como baja autoestima, estilo atributivo disfuncional, pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva, dificultad de situarse en el flujo de su tiempo personal y adecuar ese flujo al tiempo social, bajos niveles de habilidades sociales y/o bajos niveles de capacidad de resolución de problemas.

f) Factores Predisponentes

Factores cognoscitivos

El estilo cognitivo, la manera cómo las personas piensan, y el contenido de sus cogniciones, puede constituir un factor de perturbación en sus procesos de adaptación. Así, entre los sujetos suicidas fueron identificados estilos cognoscitivos perturbados, convicciones erróneas, sistemas atributivos y esquemas cognitivos disfuncionales, actitudes perturbadas y competencias sociales y de resolución de problemas insuficientes.

Kelly (1961) postuló, por primera vez, la presencia de distorsiones cognitivas entre los suicidas y propuso que había dos condiciones de construcción personal bajo las cuales el abandono de la vida sería visto como la solución más adecuada:⁵¹

⁵¹ Kelly (1961)

1. Cuando el curso de los acontecimientos es percibido de una forma tan negativa que se presume que nada más se puede hacer que esperar el desenlace final.

2. Cuando todo parece tan imposible de prever que la persona vive una situación de desamparo tan grande, que lo más racional que puede hacer es abandonar el juego.

La primera es identificada como *fatalismo depresivo* y la segunda como *angustia total*, surgiendo la conducta suicida como una forma de controlar las reglas del juego, aplazando así la angustia resultante de dicha situación.

Dentro de los factores cognoscitivos, encontramos la autoestima. Una autoestima elevada se asocia a la felicidad y a la eficacia para responder a las solicitudes del entorno, de mantener un entorno social confortable así como a la ambición y al optimismo. Por el contrario, una baja autoestima se asocia a la desesperanza, al desamparo, a la timidez, a la tendencia hacia la sumisión y a sentimientos de inferioridad, incapacidad y depresión (O'Connor, 1991).⁵²

⁵² (O'Connor, 1991).

Este factor fue identificado en numerosos estudios con personas que intentaron el suicidio (Conway y Giannopoulos, 1993; Garnefski y Diekstra, 1995; Yang y Clurn, 1996). Cuando se tiene una baja autoestima, se anticipa que los otros le evalúan de forma negativa, se cree que a los otros no les gusta su presencia. El aislamiento social que se sigue puede aumentar el volumen de sentimientos depresivos y facilitar la aparición de ideas de suicidio. El aislamiento social y afectivo sería así un factor que potenciaría los sentimientos depresivos y las ideas de suicidio, pero, desde otro punto de vista, podrá ser la causa que los origina (Lennings, 1994). Jiménez, Mondragón y González-Fortaleza (2000) realizaron una investigación sobre autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida. Sus resultados mostraron 16,5% de estudiantes (n=423) con ideación suicida, también se encontró que el 80,3% de la muestra tuvo baja autoestima, de los cuales 79,5% eran hombres y 81,4% eran mujeres. Y al analizar la asociación entre ideación suicida y autoestima se observó que el 15,5% de toda la muestra tuvo ideación suicida y autoestima baja.

Jack (1992) utiliza el estilo atributivo disfuncional para explicar la etiología de la conducta suicida. Propone que las personas con tendencias suicidas utilizan, para dar sentido a sus vivencias personales, un modelo atributivo externo, inestable y específico para los éxitos y, un modelo atributivo interno, estable y global

para los fracasos. La atribución de los fracasos a causas internas, estables y globales lleva a un sentimiento de no-contingencia y pérdida de control, es decir, a la convicción de que no se puede hacer nada para modificar el resultado final negativo esperado⁵³.

Rose, Abramson, Hodulik, Halberstadt y Left (1994), estudiando una población de pacientes deprimidos ingresados en unidades de psiquiatría debido a un episodio depresivo, concluyeron que los casos más graves de depresión, con tendencia suicida, eran también aquellos que presentaban, en mayor medida, un estilo atributivo negativo.

En cuanto al **pensamiento dicotómico**, Neuringer (1976) fue uno de los primeros en identificar algunas características disfuncionales en el estilo cognitivo de los sujetos suicidas. Sus conclusiones se apoyan en la evaluación de una muestra de sujetos ingresados en el hospital tras un intento de suicidio y que fueron comparados con una muestra de enfermos psicósomáticos y una muestra de sujetos normales, igualmente ingresados en el hospital. Los resultados de la comparación entre los tres grupos muestran que los sujetos suicidas tienen una capacidad de discriminación semejante a los otros para

⁵³ Jack (1992)

la generalidad de los conceptos, pero obtienen resultados más polarizados en lo que respecta a los conceptos de vida y muerte⁵⁴.

Posteriormente, Neuringer y Lettieri, citado por Hughes y Neimeyer (1990), en un intento de replicar estos resultados, observaron que las personas con este tipo particular de pensamiento dicotómico tienen, ante la vida y sus problemas, una actitud más intolerante. Para ellas, las cosas son blancas o negras, maravillosas o insostenibles. Baumeister (1990), en su teoría *escapista* del suicidio, incluye la noción “perspectiva distorsionada del tiempo” entre las perturbaciones cognitivas más importantes de la crisis suicida⁵⁵.

La perspectiva temporal es también una pieza central de la Teoría de la Garantía de la Continuidad de Jacob y Teicher, citados por Chandler y Bull (1987). Esta teoría, utilizando una noción gestáltica del tiempo personal, sitúa a las personas no suicidas en un continuo que incluye el pasado, el presente y el futuro. Al contrario, las personas suicidas tienen mucha dificultad en situarse en este continuo, paralizadas como están en el presente. No solamente tienen dificultad para proyectarse hacia el futuro, sino que mantienen una evaluación negativa del pasado.

⁵⁴ Neuringer (1976)

⁵⁵ Baumeister (1990),

2.5. Hipótesis.

2.5.1. Descripción De Hipótesis

- **Hip w:** Existe relación significativa entre la Resiliencia e Ideación suicida en los jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca - 2015
- **H0:** no existe relación significativa entre la Resiliencia e Ideación suicida en los jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca - 2015

2.5.2. Identificación De Variables, Dimensiones E Indicadores (Operacionalización De Variables)

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
La Resilie	La capacidad emocional, cognitiva y socio-cultural de las personas o los grupos, que permite reconocer, enfrentar y transformar constructivamente situaciones causantes de sufrimiento o daño	Satisfacción personal.	Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.	16, 21, 22, 25	ESCALA DE RESILI
		Ecuanimidad	Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las	7, 8, 11, 12	

ncia	que amenazan su desarrollo ⁵⁶ .		cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.		ENCIA
		Sentirse bien solo	Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes. Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia (ER)	3, 5, 19	
		Confianza en sí mismo	Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24	
		Perseverancia	Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23	
La Ideación Suicida	Todo suicida es ambivalente y antes de morir desearía tener una mejor alternativa para seguir viviendo pero no lo consigue, se desespera, y opta por la muerte. ⁵⁷ .	Deseos de morir Representación suicida Ideación suicida Amenaza Suicida	Representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo Cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio. Afirmación verbal de las	9, 11 4, 1, 10 3, 17 2, 5, 7, 8, 12	ESCALA DE IDEACION SUICIDA

		Gesto Suicida	intenciones o acciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto Además de realizar un acto suicida	6, 15, 16, 18, 19, 20, 13, 14	
--	--	---------------	--	--------------------------------------	--

CAPITULO III:

METODO DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación

Dicho Tesis es un tipo básico de investigación ya que por medio de la recolección de datos, se puede profundizar los conocimientos ya existidos en la realidad y así poder contrastar las hipótesis.

EL tipo de investigación dicho trabajo es de tipo descriptivo correlacional, debido a que seleccionaremos una serie de conceptos o variables, donde se medirá el grado de relación y la manera cómo interactúan las variables entre sí, las cuales serán descritas y relacionas dentro de un mismo contexto, y en los mismos sujetos.

3.2. Diseño de investigación

La presente tesis es una investigación no experimental, de corte transversal y descriptivo correlacional.

3.4. Población.

La población está conformada por los alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca, de esta población se tomara en cuenta para dicho estudio las Facultades de Ingeniería, Derecho y Ciencias Políticas y Ciencias de la salud, las cuales tiene características relacionadas con el tema a investigar.

3.5. Muestra.

Se determinó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula que tiene en cuenta el tamaño de la población, el nivel de confianza expresado en un coeficiente de confianza redondeado y el margen de error

Datos:

- n = el tamaño de la muestra
- N = tamaño de la población (960 alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca)
- σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de **0,5**.
- Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a **1,96** (como más usual) o en relación al 99% de

confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador

- e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Formula:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{960 (0,5)^2 (2,58)^2}{(960 - 1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (2,58)^2}$$

$$(960 - 1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (2,58)^2$$

$$n = 169.$$

El tamaño de la Muestra es 169 jóvenes.

3.6. Niveles de inclusión y exclusión

3.6.1. Niveles de inclusión

Se aplicaron los test a 169 alumnos seleccionados de las Escuelas Académico Profesionales de Derecho y Ciencias políticas, Medicina Humana, Contabilidad y Finanzas y

Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional de Cajamarca según nuestra muestra.

3.6.2. Niveles de exclusión

Se excluyeron a los alumnos de las otras Carreras Profesionales mencionadas en niveles de inclusión.

Así mismo se excluyeron también a los alumnos que no asistieron el día de la aplicación de los test.

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para esta tesis se utilizara dos test psicológicos para la recolección de datos, mencionados a continuación.

➤ Escala de Resiliencia

FICHA TÉCNICA

1. **Nombre:** Escala de Resiliencia
2. **Autores:** Wagnild, G. Young, H. (1993)
3. **Procedencia:** Estado Unidos.
4. **Adaptación peruana:** Novella (2002).
5. **Administración:** Individual o colectiva.
6. **Duración:** Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
7. **Aplicación:** Para adolescentes y adultos.

8. **Significación:** La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

BREVE DESCRIPCIÓN

La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7.

Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.⁵⁸

La Resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra. Puede entenderse aplicada a la psicología como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las

⁵⁸ Wagnild y Young en 1988

OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO

- a) Establecer el nivel de Resiliencia de los estudiantes.
- b) Realizar un análisis psicométrico del nivel de Resiliencia de los estudiantes.

ESTRUCTURA

La Escala de Resiliencia tiene como componentes: • Confianza en sí mismo • Ecuanimidad • Perseverancia • Satisfacción personal • Sentirse bien solo

FACTORES

Factor I: Denominado COMPETENCIA PERSONAL; integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Denominado ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA representados por 8 ítems, y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos factores representan las siguientes características de Resiliencia:

a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.

d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes. Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia (ER)

Factor	ítems
Satisfacción personal.	16, 21 ,22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	3, 5, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia.	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo.

Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

CONFIABILIDAD

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002).⁵⁹

Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método test retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de

⁵⁹(Novella, 2002).

secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

VALIDEZ

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación *oblimin*, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD – YOUNG

La Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, y consta de 25 reactivos que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo

todos los ítems calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos. Cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems). Los autores, en una muestra de 1500 sujetos estadounidenses varones y mujeres de 53 a 95 años de edad (media = 71 años), con la técnica de los componentes principales y rotación oblimin, hallaron dos factores (el primero con 17 ítems, y el segundo con 8) que explican el 44% de la varianza de las puntuaciones; para la escala total la confiabilidad (consistencia interna) calculada con el coeficiente alfa fue de 0.91, con correlaciones ítem-test que fluctuaban entre 0.37 y 0.75, con la mayoría variando entre 0.50 a 0.70, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ($p < 0.01$) (Wagnild y Young, 1993). En el Perú, la Escala original fue adaptada –traducida del inglés– y analizada psicométricamente por Novella (2002), quien utilizó una muestra de 324 alumnas entre 14 a 17 años del Colegio Nacional de Mujeres “Teresa Gonzales de Fanning”, ubicado en el distrito de Jesús María de la ciudad de Lima. Utilizando la misma técnica de factorización y de rotación halla 2 factores (el primero, con 20 ítems, y el segundo, con 5), y obtiene con el coeficiente alfa una consistencia interna global de 0.875, y correlaciones ítem-test que fluctúan entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ($p < 0.01$), pero con uno

de ellos (ítem 11) con un coeficiente inferior a 0.20, valor estipulado como el mínimo en este caso (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990), el cual no fue eliminado porque su impacto sobre el incremento del valor alfa era muy pobre (Novella, 2002)⁶⁰.

I. Calidad individual de los ítems de la Escala.

Para valorar la calidad individual de los reactivos de la Escala se procedió a calcular el coeficiente de correlación ítem-test corregido (ítem remainder) o índice de discriminación (ID) de cada uno de los ítems, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. El criterio para decidir psicométricamente la calidad individual del ítem es que el reactivo tenga índices iguales o superiores a 0.20, o sea, estadísticamente significativos.

Tabla 01

Ítems.	Correlación Item – test corregida	Alfa si el ítem se elimina
1	0,46	0,80
2	0,41	0,80
3	0,28	0,80
4	0,43	0,80
5	0,22	0,80
6	0,38	0,80
7	0,21	0,81

⁶⁰(Novella, 2002).

8	0,44	0,80
9	0,49	0,79
10	0,39	0,80
11	0,22	0,80
12	0,38	0,80
13	0,39	0,80
14	0,45	0,80
15	0,49	0,80
16	0,23	0,81
17	0,49	0,80
18	0,45	0,80
19	0,54	0,81
20	0,13	0,80
21	0,39	0,80
22	0,31	0,80
23	0,25	0,82
24	0,49	0,80
25	0,13	0,81
	Mediana = 39	

Los datos mostrados en la Tabla 1 indican que todos los coeficientes ítem-test corregidos son estadísticamente muy significativos ($p < 0.01$) al ser mayores que el valor r teórico ($0.01; 399 = 0.128$; Doménech, 1975, tabla H, pág. 435); pero dos de los ítems tienen índices de discriminación inferiores a 0.20 (el 20 y el 25). Sin embargo, creímos

inconveniente el eliminarlos, pues el coeficiente alfa global de la escala (véase la tabla 2) no aumentaría sustancialmente. Es de notar que los valores de estos coeficientes son, en globo, algo inferiores a los obtenidos por Novella (2002) en una muestra de escolares mujeres, pero los coeficientes de esta autora y los que hemos presentado son, a la vez, inferiores a los datos originales (Wagnild y Young, 1993), confirmándose una tendencia ya observada en cuestionarios elaborados en otras culturas y adaptados para su uso en nuestro país (p.e Aliaga y Pecho, 2000, Aliaga, Ponce, Bernaola y Pecho, 2001),⁶¹

II. Calidad global de la Escala

1) Confiabilidad. Como ya comunicamos líneas arriba, la confiabilidad de la Escala la establecimos determinando su consistencia interna o grado de intercorrelación y de equivalencia de sus ítems. Con este propósito, usamos el coeficiente de Alfa de Cronbach, que va de 0 a 1, siendo 1 indicador de la máxima consistencia. El coeficiente lo calculamos para la Escala global y para cada una de sus áreas o perspectivas de resiliencia (Wagnild y Young, 1993). El resultado es el siguiente: En la Tabla 2 se observa que el coeficiente Alfa de la escala total tiene un valor calificado como de “moderado” (Castaño, 1975, p. 65), valor que es usual en cuestionarios que evalúan características de personalidad y que, por otro lado, es

⁶¹(p.e Aliaga y Pecho, 2000, Aliaga, Ponce, Bernaola y Pecho, 2001),

algo inferior al de 0.875 obtenido por Novella (2002). Los coeficientes alfas de las áreas son bastante menores y son calificados en términos absolutos como muy bajos, incluso son bastante inferiores a los de Novella: Ecuanimidad = 0.75; sentirse bien solo = 0.71; confianza en sí mismo = 0.80; perseverancia = 0.76; y satisfacción personal = 0.78 (Novella, 2002, págs. 67-70). El tener coeficientes bajos, como lo es el que corresponde a satisfacción personal (0.26), aconseja, según otros autores (Aliaga y Pecho, 2000), la realización de un análisis factorial exploratorio para precisar la estructura de la Escala, tratamiento que se ubica en el apartado de validez. La capacidad de discriminación de sus ítems y su satisfactoria consistencia interna global sugieren que la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young es confiable para el cumplimiento de su propósito.

2) Validez. Con un enfoque intrapruebas una fuente de evidencia de la validez la constituye la correlación ítem-test corregida y también el coeficiente Alfa (Aliaga, 2005) que, en nuestro caso, ya hemos analizado con un buen resultado. Otra fuente de evidencia es la que proporciona la realización de un análisis factorial exploratorio tratando de responder a dos preguntas, la primera es ¿qué proporción de la varianza o variabilidad en las puntuaciones de sujetos en la Escala se puede atribuir a la variable que mide?; y la segunda, ¿cuál es la estructura de la Escala? (UIGV, 2001). Siguiendo a Wagnild y Young (1993), hicimos un análisis factorial con la técnica de los componentes principales y rotación

oblimin con la normalización de Kayser (García, Gil y Rodríguez, 2000).⁶²

Las tablas 3 y 4 sintetizan la información generada. En la Tabla 3 se muestra 8 componentes o factores que explican el 55.03% de la varianza de las respuestas de los sujetos a los ítems de la Escala, siguiendo el criterio de Kayser de considerar los autovalores o valores propios de cada factor (eigen value) mayores que 1. El número de componentes es diferente a los cinco hallados por Wagnild y Young (1993) y a los seis encontrados por Novella (2002) Wagnild y Young (1993), aparte del criterio de Kaiser, utilizaron el criterio del scree plot de Cattell hallando finalmente dos factores; Novella (2002), con el mismo criterio, también halló dos factores, pero los ítems que los componían eran diferentes a los de la versión original. Por nuestra parte, cuando utilizamos este criterio preferimos una solución de cinco factores, en vez de una solución de dos factores, como se aprecia en la figura 1, y también porque la cantidad de varianza explicada era baja (27.427%), mientras que los cinco factores explican el 42.358% de la varianza. Además, porque teóricamente correspondía al número de cinco áreas o perspectivas de la resiliencia; sin embargo, los ítems que componen estos factores se agrupan de modo diferente a los de la versión original. En la figura 1 se aprecia, de forma gráfica, la manera como los autovalores o eigen value de cada uno de los componentes o

⁶² Wagnild y Young (1993),

factores disminuyen a lo largo del análisis. A partir de esta gráfica, decidimos retener cinco factores que se presentan en la tabla 4.

El factor I incluye a 8 ítems, con pesos factoriales que fluctúan de 0.492 a 0.666, y explica el 21.118% de la varianza; el factor II está constituido por 7 ítems y explica el 6.309% de la varianza; el factor III agrupa a 4 ítems y explica el 5.576% de la varianza; el factor IV tiene 3 ítems y explica el 4.851% de la varianza; finalmente, el factor V incluye 3 ítems y explica el 4.504% de la varianza de la matriz de correlaciones de las respuestas dadas a los ítems de la Escala de Resiliencia por la muestra estudiada. En síntesis, con un enfoque intrapruebas los resultados de los coeficientes de correlación ítem-test corregidos, el coeficiente Alfa global y la proporción apreciable de varianza explicada por los factores, indican que la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) tiene las características esenciales para considerarla como válida. En cuanto a su estructura factorial, por los resultados tan dispares obtenidos entre el estudio de Novella (2002) y el nuestro, y entre estos dos y el estudio original, causados probablemente por las diferentes características de las muestras analizadas, consideramos que, hasta que se realice un estudio a nivel de la población general, es conveniente tener en cuenta para nuestra investigación únicamente la escala global.⁶³

⁶³ Wagnild y Young (1993)

- **Escala de Ideación suicida de Beck**

I. FICHA TECNICA :

- **Nombre Original:** Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.
- **Autor:** Aaron Beck.
- **Autores de Validación y Confiabilidad:** Heredia Segura Richard.
- **Año:** 2004
- **ADMINISTRACION:**
 - a) Entréguele al examinado la hoja de evaluación y un lápiz para responder, y dígame: aquí tienes una hoja con 20 preguntas; marca la respuesta que más se adecue a sus características, demostrando sinceridad.
 - b) Las instrucciones dadas al examinado deben ser claras y precisas, para evitar respuestas ambiguas.
 - c) El instrumento heteroaplicada.
 - d) Establecer con el examinado un buen rapport y motivarlo a que despliegue el asegurar la fidelidad de los resultados.
- **APLICACIÓN:** En lo posible aplicar a personas con un intento de suicidio.
- **TIPOS DE ITEM:** Opción múltiple
- **DURACION:** Tiempo Ilimitado.

II. FUNDAMENTOS TEORICOS:

En la actualidad el tema de estudio de la intencionalidad suicida es uno de los que mayor interés ha despertado en la psicología, especialmente por crecientes porcentajes de personas con riesgo de intencionalidad suicida, por lo que se ha creído conveniente estandarizar un aprueba, con el fin de disponer de un instrumento contextualizado a nuestra realidad.

Entre las investigaciones tecnológicas realizadas a nivel nacional e internacional que guardan relación con la presente investigación tenemos: En la investigación de Martínez .R., y Cols (1991) escala de depresión de Montgomery, realizo la validación de un instrumento en pacientes franceses que evalúa sobre todos los síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo, encontrado una confiabilidad donde el grado de correlación entre cada ítem y el resto oscila entre 0,12(disminución de apetito) y 0,84(tristeza manifiesta).⁶⁴

La consistencia interna presenta valores entre 0,76 y 0,95. La fiabilidad inter examinadores es alta (0,80 0,95). En cuanto a validez, el rendimiento global de escala muestra una elevada correlación (0,70 0,90), la misma que tiene buenos índices de relación con el inventario de depresión de Beck. Conde y Franch (1984) escala de valuación para la depresión de Hamilton, realizo la validación de este instrumento encontrado lo relacionado a confiabilidad que esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de

⁶⁴Martínez .R., y Cols (1991)

Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios; en cuanto a su validez su correlación oscila entre 0,8 y 0,9.

Beck y cols. (1974) “Escala de Intencionalidad Suicida”, su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida. En relación a la confiabilidad inter observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82); en cuanto a la validez en análisis factorial a puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de escala: expectativas de resultados, conductas de aislamiento y actividades de planificación. A mostrado correlaciones positivas como escalas similares.

Concretamente, se entiende por intencionalidad suicida a todo acto consciente y deliberado en que produce daño a si mismo con diferentes grados de consecuencias letales, no produciendo la muerte.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

A. Instrucciones para el Examinador.

Facilite la comodidad necesaria al examinado, entregándole posteriormente la hoja de evaluación y un lápiz para responder, y dígame: “Aquí tienes una hoja con 20 preguntas, marca la respuesta que más se adecue a sus características, demostrando sinceridad”.

Las instrucciones dadas al examinado deben ser claras y precisas, para evitar respuestas ambiguas.

El instrumento será hetero - aplicada.

En lo posible aplicar a personas con intento de suicidio, como mínimo.

B. Instrucciones Para el Examinado:

- A continuación se le presenta una hoja con 20 ítems, el cual tiene por objetivo conocer las características de una persona que ha intentado auto eliminarse.
- Lee atentamente y marque con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características, Te agradecemos responder con total sinceridad. Tus respuestas deberán expresar lo que más has pensado, experimentado y sentido durante los últimos tiempos, Emplea el tiempo necesario para omitir tus respuestas.
- **CALIFICACION.**

La escala de intencionalidad suicida de Beck, se calificara de la siguiente manera: Se debe considerar las respuestas dadas a los ítems en una escala de tres puntos (0 - 2) siendo esta:

a = 0 puntos.

b = 1 punto.

c = 2 puntos.

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de cada ítem.

INTERPRETACION.

Se evaluara las puntuaciones altas como un indicador de mayor gravedad, para predecir el riesgo de nuevos intentos suicidas; es decir, a mayor puntuación, mayor riesgo de intento suicida.

Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

La investigación se llevara a cabo en la Universidad Nacional de Cajamarca, a través de dos Escalas Debidamente Validadas, las cuales serán aplicadas en las Facultades de Ingeniería, Facultad de Derecho y ciencias políticas y Facultad de Ciencias de la Salud en el año 2015 en la ciudad de Cajamarca.

CAPITULO IV: RESULTADO Y DISCUSION.

4. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

OBJETIVO 01: Identificar el nivel de Resiliencia en los jóvenes con Ideación suicida de la Universidad Nacional de Cajamarca.

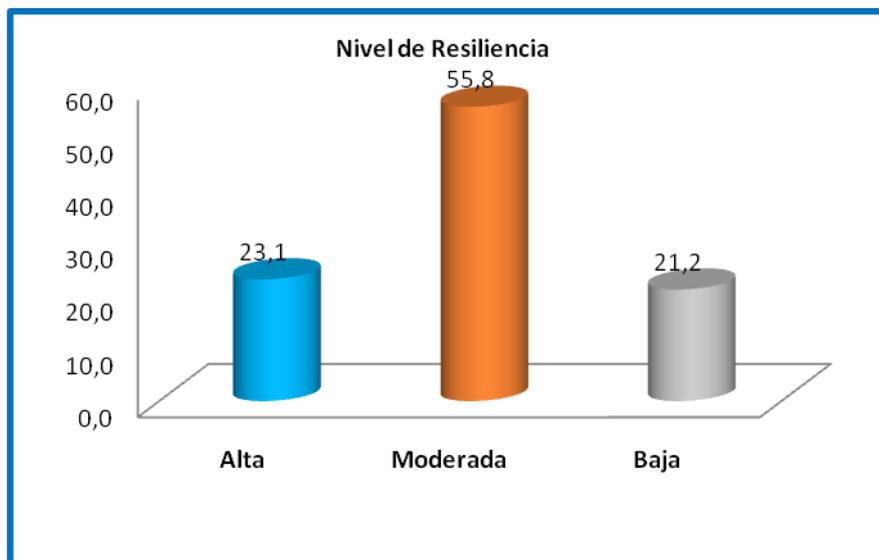
TABLA 01

Nivel de resiliencia en los jóvenes con ideación suicida

Nivel de Resiliencia	Nro.	%
Alta	12	23.1
Moderada	29	55.8
Baja	11	21.2
Total	52	100.0

Fuente: En la Tabla 01, Referente a la Identificación del nivel de resiliencia en los jóvenes con Ideación Suicida de la Universidad Nacional de Cajamarca, podemos apreciar que el 23.1% se encuentra en un nivel de resiliencia alta, el 55.8% se encuentra en un nivel de resiliencia Moderada y el 21.2 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.

GRAFICO 01



Fuente: En el Grafico 01, Referente a la Identificación del nivel de resiliencia en los jóvenes con Ideación Suicida de la universidad Nacional de Cajamarca, podemos apreciar que el 23.1% se encuentra en un nivel de resiliencia alta, el 55.8% se encuentra en un nivel de resiliencia Moderada y el 21.2 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.

OBJETIVO 02: Identificar el nivel de Ideación suicida con jóvenes resilientes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

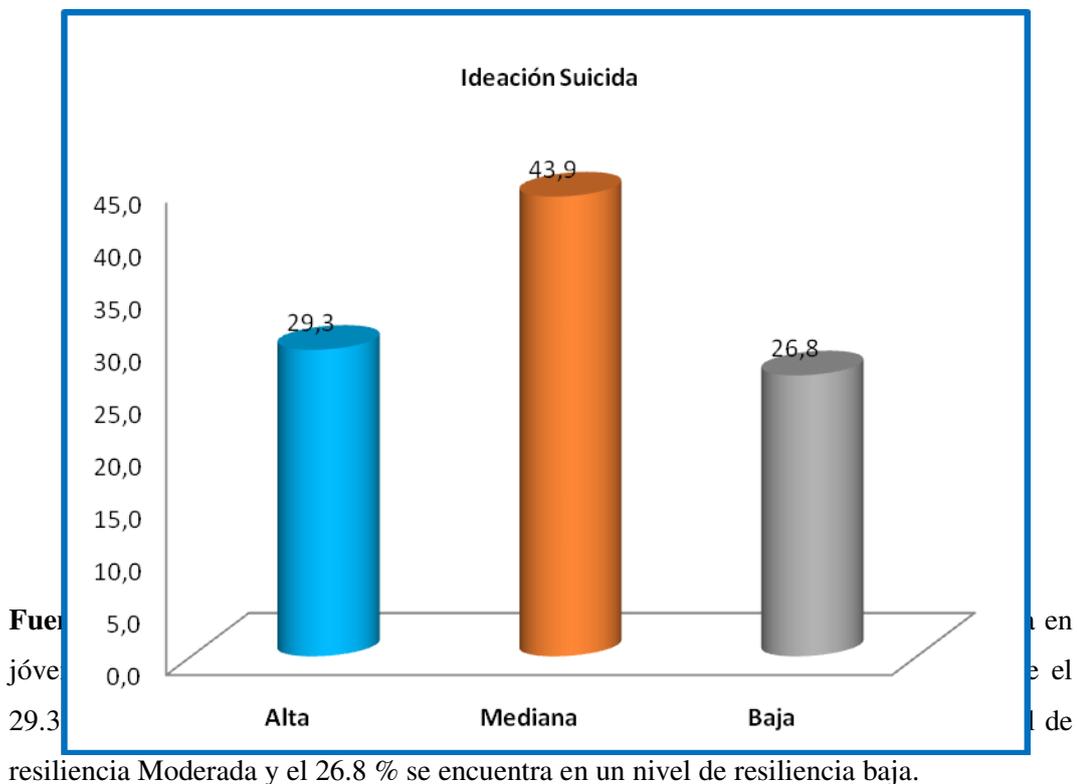
TABLA 02

Nivel de ideación suicida con jóvenes resilientes

Nivel de Ideación suicida	Nro.	%
Alta	12	29.3
Moderada	18	43.9
Baja	11	26.8
Total	41	100.0

Fuente: En la Tabla 02, Referente a la Identificación del nivel de Ideación suicida en jóvenes resilientes de la universidad Nacional de Cajamarca, podemos apreciar que el 29.3% se encuentra en un nivel de resiliencia alta, el 43.9% se encuentra en un nivel de resiliencia Moderada y el 26.8 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.

GRAFICO 02



resiliencia Moderada y el 26.8 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.

OBJETIVO 03: Identificar si a mayor nivel de resiliencia, menor nivel de ideación suicida en jóvenes de la Universidad Nacional De Cajamarca.

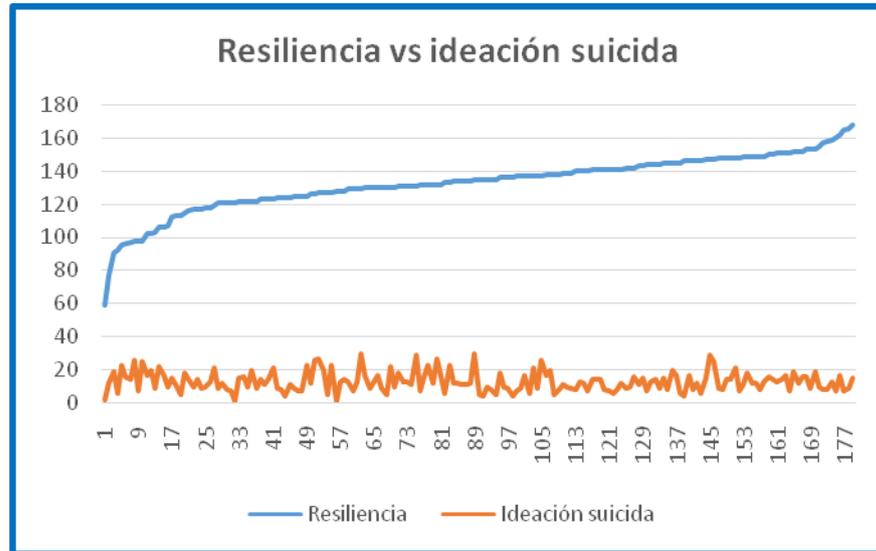
TABLA 03

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de correlación múltiple	0.07204221
Coeficiente de determinación R ²	0.00519008
R ² ajustado	0.00043031
Error típico	6.0786137
Observaciones	179

ANÁLISIS DE VARIANZA			
<i>F</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>
0.92	1	34.121	34.12
	177	6540.069	36.95
	178	6574.190	

<i>Probabilidad</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>
1.380E-05	Intercepción	16.395	3.666008
3.379E-01	Variable X 1	-0.026	0.027368

GRAFICO03



En el grafico 03, Referente al mayor nivel de resiliencia, menor ideación suicida en los jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca, por lo que podemos apreciar que se cumple la tercera hipótesis la cual identifica que en los jóvenes universitarios que presentan un nivel bajo de ideación suicida son los que presentan un alto nivel de Resiliencia.

OBJETIVO 04: Identificar si a mayor nivel de ideación suicida, menor nivel de resiliencia en jóvenes de la Universidad Nacional De Cajamarca.

TABLA 04

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coefficiente de correlación	
n	0.07204
múltiple	221
Coefficiente de determinación R ²	
determinación R ²	0.00519
008	
-	
R ² ajustado	0.00043
031	

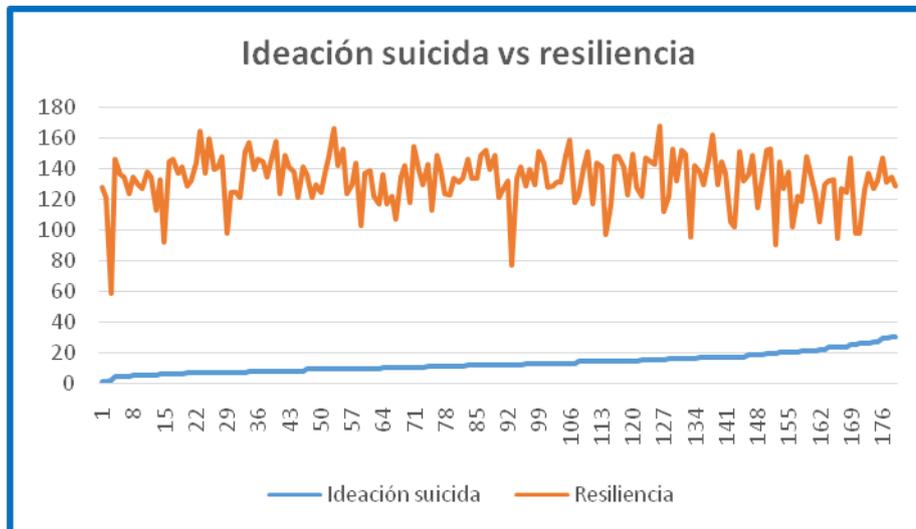
Error 6.07861
 típico 37
 Observaciones 179

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	34.1205744	34.1205744	0.92343694	0.33788506
Residuos	177	6540.06937	36.9495445		
Total	178	6574.18994			

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	16.3952	3.66600846	4.47220903	1.3803E-05	9.16044535	23.629867	9.16044535	23.629867
Variable X 1	-0.0263	0.02736757	0.96095626	0.33788506	0.08030776	0.02770969	0.08030776	0.02770969

GRAFICO 04



En el grafico 04 Referente al mayor nivel de Ideación suicida, menor nivel de resiliencia en los jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca, por lo que podemos apreciar que se cumple la cuarta hipótesis la cual identifica que en los jóvenes universitarios que

presentan un nivel alto de ideación suicida son los que presentan un bajo nivel de Resiliencia.

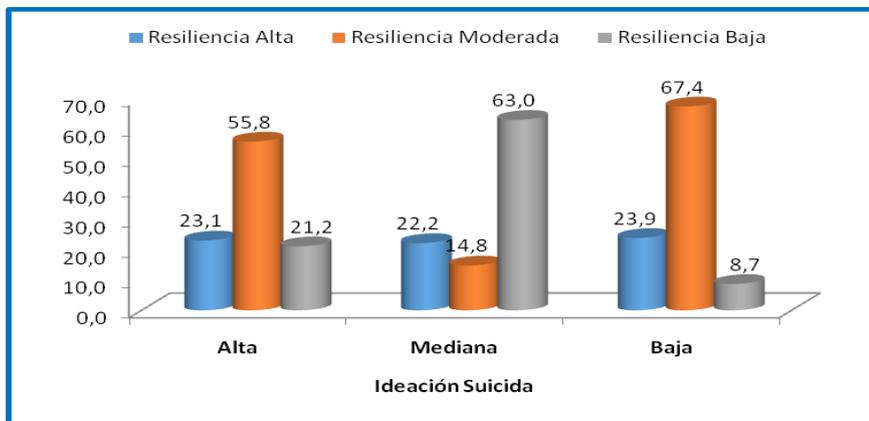
OBJETIVO 05 CRUCES DE VARIABLES: Comparar el nivel de Resiliencia e Ideación suicida en los jóvenes estudiantes de la universidad nacional de Cajamarca.

TABLA 05

Nivel de Resiliencia	Niveles de Ideación suicida						Total	
	Alta		Mediana		Baja		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%		
Alta	12	23.1	18	22.2	11	23.9	41	22.9
Moderada	29	55.8	12	14.8	31	67.4	72	40.2
Baja	11	21.2	51	63.0	4	8.7	66	36.9
Total	52	100.0	81	100.0	46	100.0	179	100.0

Fuente: En la tabla 05, se puede apreciar, que en los jóvenes que presentan un alta ideación suicida presentan un 21.2 % que equivale a un nivel de resiliencia bajo, se puede apreciar, que en los jóvenes que presentan un mediana ideación suicida presentan un 14.8 % que equivale a un nivel de resiliencia moderada, así mismo también, que en los jóvenes que presentan un baja ideación suicida presentan una moderada resiliencia que equivale al 67.4.8 %.

GRAFICO 05



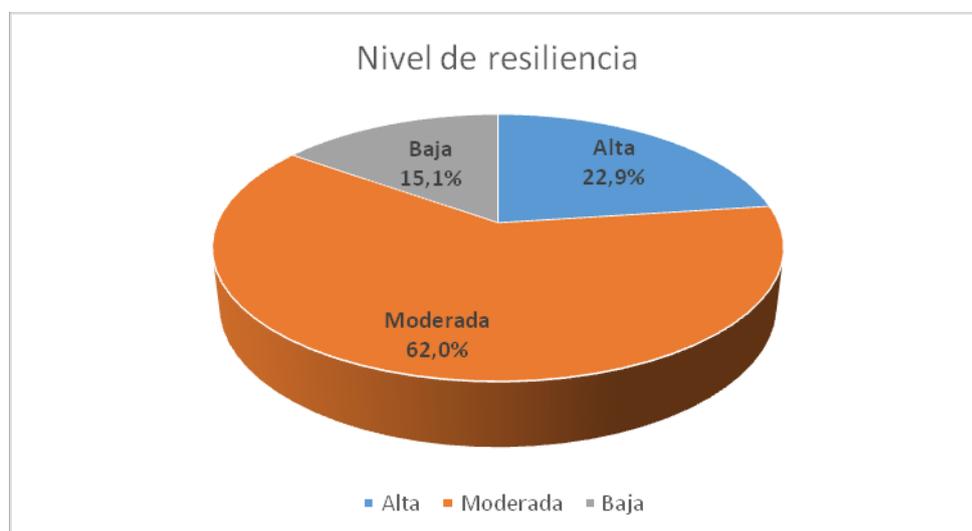
Fuente: En el grafico 05, se puede apreciar, que en los jóvenes que presentan un alta ideación suicida presentan un 21.2 % que equivale a un nivel de resiliencia bajo, se puede apreciar, que en los jóvenes que presentan un mediana ideación suicida presentan un 14.8 % que equivale a un nivel de resiliencia moderada, así mismo también, que en los jóvenes que presentan un baja ideación suicida presentan una moderada resiliencia que equivale al 67.4.8 %.

TABLA TOTAL 06

Nivel de Resiliencia	Nº	%
Alta	41	22.9
Moderada	111	62.0
Baja	27	15.1
Total	179	100.0

Fuente: En la tabla 06, se puede apreciar, que un total de 41 jóvenes, que hacen un 22.9% presentan resiliencia alta, del mismo modo un total de 111 jóvenes que hacen un 62% presentan resiliencia Moderada y un total de 27 jóvenes que hacen un 15.1% presentan resiliencia Baja.

GRAFICO TOTAL 06



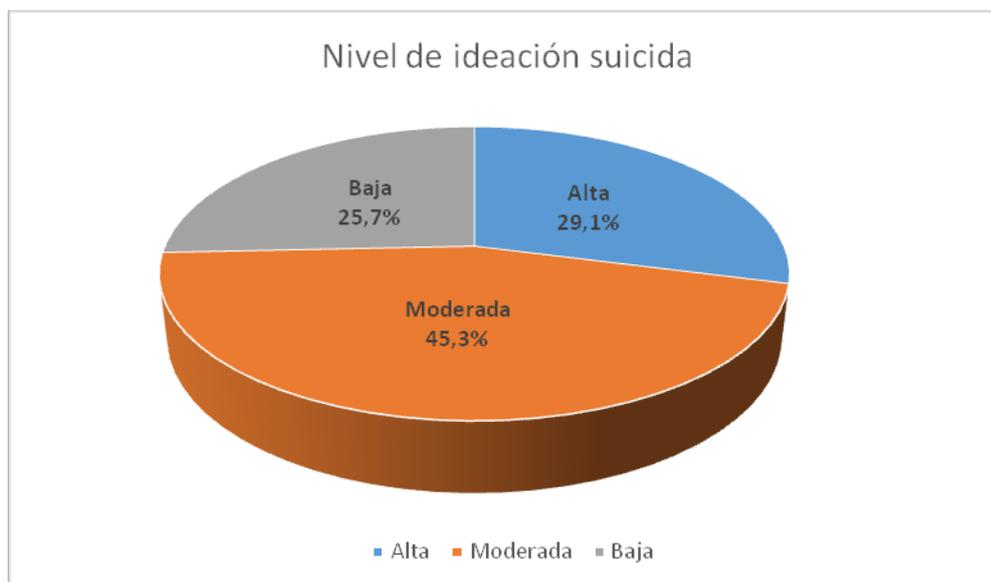
Fuente: En el Grafico 06, encontramos el grafico total aplicado el test de Resiliencia de Young a 169 jóvenes que es nuestra muestra, se puede apreciar, que un total de 41 jóvenes, que hacen un 22.9% presentan resiliencia alta, del mismo modo un total de 111 jóvenes que hacen un 62% presentan resiliencia Moderada y un total de 27 jóvenes que hacen un 15.1% presentan resiliencia Baja.

TABLA 07

Nivel de Ideación suicida	Nº	%
Alta	52	29.1
Moderada	81	45.3
Baja	46	25.7
Total	179	100.0

Fuente: En la tabla 07, encontramos la tabla total aplicada el test de ideación suicida de Beck a 169 jóvenes que es nuestra muestra, se puede apreciar, que un total de 52 jóvenes, que hacen un 29.1% presentan nivel de Ideación alta, así también encontramos un total de 81 jóvenes que hacen un 45.3% presentan nivel de ideación moderada y un total de 46 jóvenes que hacen un 25.7% presentan nivel de ideación Baja.

TABLA 07



Fuente: En el Gráfico 07, encontramos la tabla total aplicada el test de ideación suicida de Beck a 169 jóvenes que es nuestra muestra, se puede apreciar, que un total de 52 jóvenes, que hacen un 29.1% presentan nivel de Ideación alta, así también encontramos un total de 81 jóvenes que hacen un 45.3% presentan nivel de ideación moderada y un total de 46 jóvenes que hacen un 25.7% presentan nivel de ideación Baja.

CAPITULO V: CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.

5. Conclusiones.

- De los 169 alumnos encuestados de la Universidad Nacional de Cajamarca, podemos apreciar que el 23.1% se encuentra en un nivel de resiliencia alta, el 55.8% se encuentra en un nivel de resiliencia Moderada y el 21.2 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.

- De los 169 alumnos encuestados, el nivel de Ideación suicida en jóvenes resilientes de la universidad Nacional de Cajamarca, podemos apreciar que el 29.3% se encuentra en un nivel de resiliencia alta, el 43.9% se encuentra en un nivel de resiliencia Moderada y el 26.8 % se encuentra en un nivel de resiliencia baja.
- Contrastando con nuestros antecedentes, el tercer objetivo tiene relación con la investigación realizada por Arenas-Landgrave, Gómez y Forns (2012), confirmando de que a mayor nivel de resiliencia menor ideación suicida.
- Resulta sumamente importante advertir que uno de cada dos estudiantes universitarios, progresa al siguiente eslabón del espectro suicida, una proporción alta que se debe tener como referente para elaborar futuras estrategias de prevención.
- Estudios previos ya habían dejado entrever el papel que cumple la resiliencia en la ideación suicida en los jóvenes estudiantes, estos afirman que la resiliencia es parte fundamental para un adecuado afrontamiento ante situaciones adversas.

6. Recomendaciones.

- Prevención del suicidio, un estudio que llevó a cabo una revisión sistemática de la efectividad de intervenciones para prevenir el suicidio a nivel internacional encontró que las estrategias más

efectivas fueron la educación a médicos en la identificación y el tratamiento de la depresión y la restricción a métodos letales (Mann et al., 2005). Según este estudio, otro tipo de intervenciones como las campañas de educación y las intervenciones psicosociales aún requieren de más investigaciones para determinar su efectividad.

- Esto sugiere que educar a profesionales de la salud en la identificación de la depresión y en el avalúo de la conducta e ideación suicida podría ser uno de los métodos de prevención más poderosos, sobre todo tomando en consideración que los trastornos mentales como la depresión son uno de los factores de riesgo más asociados al suicidio. Cuando se les ha preguntado a estudiantes universitarios cómo las universidades pueden lidiar con el problema del suicidio, algunas de las estrategias que han sugerido son: proveer información didáctica, oportunidades de tratamiento, crear un ambiente más abierto a la discusión sobre el tema del suicidio, tener grupos de apoyo y tener líneas de manejo de crisis (Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005).
- De otros estudios se desprenden otras sugerencias como: campañas masivas en la universidad a través de diferentes medios de información (ej. publicaciones, Internet, radio), reducciones en las listas de espera en los centros de consejería, administrar instrumentos de cernimiento para la ideación suicida en los centros

de consejería y en sus páginas Web, así como el desarrollo de actividades sociales dentro de la universidad para que los estudiantes se involucren más con la comunidad para disminuir el aislamiento como factor de riesgo (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001).

- Los resultados del presente estudio demuestran que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad en niveles medio y alto de ideación suicida en los adolescentes, menor a lo hallado en trabajos peruanos previos, pero dentro del rango descrito por diversos trabajos en la región.
- Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida. No se encontró asociación significativa respecto al sexo, si bien el sexo femenino es mayormente el comúnmente asociado a ello. Se hace el llamado a la estandarización de un instrumento único de medición de la ideación suicida para ser utilizado en futuras investigaciones y conseguir así resultados que puedan compararse más fidedignamente.

- Con los hallazgos encontrados es recomendable la implementación de consejería psicológica a los escolares adolescentes con el fin de pesquisar síntomas depresivos e iniciar las medidas necesarias de promoción, prevención y tratamiento oportuno de las entidades encontradas por el profesional.

REFERENCIAS

- Trujillo María Angélica, LA RESILIENCIA EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL, Facultad de Estudios Superiores IZTACALA, <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AF.pdf>
- Rutter, Las características individuales y ambientales contribuyen al fenómeno de la Resiliencia, (1985,1987).
- Factores que promueven la Resiliencia, estado del arte en Resiliencia, capitulo 6, <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia6.pdf>
- ELISARDO BECOÑA, RESILIENCIA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, N.3,pp ' . 125-146,2006 ISSN 1136-5420/06, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
- [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned: Psicopat-2006-E3EEFE3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/ Documento.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEFE3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf)
- www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis47.pdf

- www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/download/.../786
- www.academia.edu/4090402/TESIS_suicidio_EJHF
- http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CDoQFjAF&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fbitstream%2Fcybertesis%2F3302%2F1%2Fguzman_gp.pdf&ei=qavnVPm8Ba_IsQSJp4DwCQ&usg=AFQjCNGncWwupL2krMsQDeNNUn52qEDUBw
- <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
- http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.uade.inpsiquiatria.edu.mx%2Fpagina_contenidos%2Ftesis%2Ftesis_isabel_alcantar.pdf&ei=StDnVM7oFcafNqv4gugJ&usg=AFQjCNHlgPjEQJwD_OHcvuYZOJbCt1C4dw
- David Sánchez-Teruel y M^a Auxiliadora Robles-Bello, Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes Universidad de Jaén (2014), Papeles del Psicólogo. Vol. 35(2), pp. 181-192.
- María Elena Rivera Heredia en el artículo “La prevención del suicidio en los adolescentes” (2010), Cuadernos de Divulgación Científica y Tecnológica del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Michoacán, de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

- Cecilia Polo: Factores Protectores En Adolescentes De 14 A 16 Años (2009), Universidad Del Aconcagua Facultad De Psicología Tesis De Licenciatura En Minoridad Y Familia Resiliencia.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
- Formación, autoayuda y consejo online, <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
- Leal Zavala y Vásquez Rodríguez, Ideación Suicida En Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia Y Factores Asociados, (2012) Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Facultad de Psicología, Cajamarca.
- Martín Barrera Cobos y Martha Sarmiento Osma, Ideación suicida en niños con cáncer segundo premio concurso nacional de escritos acofaen (1994), Enfermeros Docentes Facultad de Ciencias de la Salud U.P.T.C.
- Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales, 3º Edicion.
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>
- <http://www.suicidioprevention.com/pdf/RTM3.pdf>
- <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/Capitulo2.pdf>
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
- Marta de la Torre Martí, Protocolo Para La Detección Y Manejo Inicial De La Ideación Suicida (2013) - Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

- Martha Córdova Osnaya, José Carlos rosales Pérez, Brisa Raquel guzmán luna y Gregorio Zúñiga Villanueva, Características Del Estudiante Con Y Sin Ideación Suicida Del Colegio De Bachilleres De San Luis Potosí (2013), Universidad Nacional Autónoma De México, México D.F., México
- <http://alternativas.me/index.php/numeros/28t/29-2-ideacion-suicida-en-estudiantes-de-la-universidad-tecnologica-del-estado-de-tlaxcala-y-variables-asociadas>
- <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>
- <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf> terapia cognitiva y depresión
- <http://www.bdigital.unal.edu.co/20357/1/16461-51407-1-PB.pdf> ideacion suicida en niños con cáncer
- <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/Capitulo3.pdf>

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	Asociación americana de psicología
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM-IV:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales
OMS:	La Organización Mundial de la Salud
OPS:	La Organización Panamericana de la Salud
IMVYS:	El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud

GLOSARIO

1. **Resiliencia:** capacidad emocional, cognitiva y socio-cultural de las personas o los grupos, que permite reconocer, enfrentar y transformar constructivamente situaciones causantes de sufrimiento o daño que amenazan su desarrollo⁶⁵. Es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos los recursos, tanto personales como ambientales.
 2. Satisfacción personal:
 3. Ecuanimidad:
 4. Sentirse bien solo:
 5. Confianza en sí mismo:
 6. **Perseverancia:**
 7. **Situación adversa:** circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos, para la persona, que no permite adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva
 8. **Enfrentamiento efectivo:** Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformado por ellas
 9. **Afrontamiento:**
 10. **Introspección:** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
-

- 11. Independencia:** Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- 12. La capacidad de relacionarse:** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
- 13. Iniciativa:** El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- 14. Humor:** Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.
- 15. Creatividad:** Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- 16. Moralidad:** Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.
- 17. Suicidio:** es todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”
- 18. Deseos de morir:** Representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente.
- 19. Representación suicida:** imágenes mentales del suicidio del propio individuo

20. Ideación suicida: Cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio.

21. Amenaza Suicida: Afirmación verbal de las intenciones o acciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto

22. Gesto Suicida: Ademán de realizar un acto suicida

ANEXOS

ANEXOS A

ESCALA DE RESILIENCIA

Wagnild & Young

Nombres y Apellidos:

Edad: Sexo:

INSTRUCCIONES

A continuación vas a encontrar una serie de oraciones a las que deseamos contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado, como si respondieras a un amigo o amiga.

Cada frase tiene alternativas sobre lo que las personas piensan o creen de sí mismas.

Cada una de dichas frases tiene alternativas que van del 1 al 7. Tú deberás elegir sólo una de esas alternativas y marcar con un aspa (X) el número. Cada número significa lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy medianamente en desacuerdo	A veces	Estoy medianamente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo

Contesta todas las preguntas y recuerda que sólo tú nos puedes decir qué es lo que tú piensas y sientes de ti mismo.

NO OLVIDE RESPONDER A TODAS LAS FRASES

Ítems	En desacuerdo				De acuerdo		
1. Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7

3. Dependo más de mi mismo(a) que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es importante para mí mantenerme interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo estar solo o sola si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo(a) de mi mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido o decidida.	1	2	3	4	5	6	7
10. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado(a) en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7

16. Por lo general encuentro algo de qué reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Revisa si has respondido todas las preguntas.

ANEXOS B

ESCALA DE INTENSIONALIDAD SUICIDA DE BECK

EDAD: SEXO:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presenta una hoja con 20 ítems, el cual tiene por objetivo conocer las características de una persona que ha intentado auto eliminarse.

Lee atentamente y marca con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características.

Te agradecemos responder con total sinceridad.

Tus respuestas deberán expresar lo que más has sentido, experimentado y pensado durante los últimos tiempos. Emplea el tiempo necesario para emitir tus respuestas.

EJEMPLO:

¿Con cuanta seriedad realizaste tu intento suicida?

- a) No intento seriamente poner fin a su vida.
- b) Inseguro.
- c) Intento seriamente poner fin a su vida.

1. ¿Hubo presencia de otros al momento de tu intento?

- a) Alguien presente.
- b) Alguien próximo o en el contacto visual o verbal (Ej. Teléfono).
- c) Nadie cerca o en contacto.

2. ¿Cree que alguien puede haber intervenido después del acto?

- a) La intervención es muy probable.

- b) La intervención es poco probable.
- c) La intervención es altamente probable.

3. ¿Realizaste alguna acción antes del intento para evitar ser descubierto y/o intervenido?

- a) Ninguna.
- b) Toma precauciones pasivas (Ej. Evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar).
- c) Toma precauciones activas (Ej. Cerrando la puerta).

4. ¿Creíste conveniente realizar alguna acción con relación a otra persona, durante o después del intento?

- a) Aviso a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda.
- b) Colaborador potencial contactó, pero no específicamente avisado.
- c) No contacto, ni aviso a nadie.

5. ¿Gestionaste algún documento como seguro o testamento, antes del intento?

- a) Ninguno.
- b) Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.
- c) Hiciste planes definitivos o terminó los arreglos finales.

6. ¿Hiciste alguna preparación para realizar el acto del intento?

- a) Ninguna.
- b) Mínima o moderada.
- c) Importante.

7. ¿Hiciste alguna nota suicida previo al intento?

- a) Ninguna.
- b) Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla.
- c) Presencia de nota.

8. ¿Manifestaste verbalmente ideas, preocupaciones o planes suicidas?

- a) No comunicación verbal.
- b) Comunicación ambigua (Ej. Estoy cansado, pienso que están mejor sin mí).
- c) Comunicación no ambigua (Ej. Quiero morir, siento como si quisiera matarme).

9. Sobre la probabilidad de muerte, ¿Cuáles fueron tus expectativas?

- a) Pensó que era improbable.
- b) Posible, pero no probable.
- c) Probable o cierta.

10. ¿Has intentado seriamente ponerle fin a tu vida?

- a) No intentó seriamente poner fin a su vida.
- b) Inseguro.
- c) Intentó seriamente poner fin a su vida.

11. ¿Al intentar el acto tenías deseos de morir?

- a) No quería morir.

- b) Componentes del punto anterior y del siguiente.
- c) Quería morir.

12. ¿El intento con qué propósito fue realizado?

- a) Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- b) Componentes del punto anterior y del siguiente.
- c) Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.

13. ¿Qué tan seguro estabas sobre la letalidad del método a utilizar?

- a) Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.
- b) No estaba seguro si lo que hacía era letal.
- c) Igualo o excedió lo que pensaba que sería mortal.

14. ¿Te sentías seguro sobre la capacidad de salvamento medico?

- a) Pensó que la muerte seria improbable si recibía atención médica.
- b) Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.
- c) Seguro de morir aunque recibiese atención médica.

15. ¿Premeditaste tu intento?

- a) Ninguno, impulsivo.

- b) Suicidio contemplado por tres horas antes del intento.
- c) Suicidio contemplado por menos tres horas antes del intento.

16. ¿Qué sentiste luego del intento?

- a) Arrepentido/a de haber hecho el intento, sentimientos de ridículo, vergüenza.
- b) Acepta tanto el intento como su fracaso.
- c) Rechaza el fracaso del intento.

17. ¿Qué idea tienes sobre la muerte?

- a) Vida después de la muerte.
- b) Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas.
- c) No concepciones de pensamientos sobre la muerte.

18. ¿En cuántas oportunidades has intentado suicidarte?

- a) Ninguna.
- b) 1 ó 2.
- c) 3 ó más.

19. ¿Cuál fue el propósito de beber alcohol para llevar cabo el intento?

- a) Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo conformado era insuficiente para determinar la capacidad del juicio, evaluando la realidad.
- b) Ingesta suficiente para determinar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
- c) Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento.

20. ¿Cómo ha influido la ingesta de droga en el intento?

- a) Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo conformado era insuficiente para determinar la capacidad del juicio, evaluando la realidad.
- b) Ingesta suficiente para determinar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
- c) Ingesta intencional de droga para facilitar llevar a cabo el intento.