

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud

RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA E IDEACION SUICIDA EN LAS ALUMNAS DE 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 82008 SANTA BEATRIZ DE SILVA, DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA 2015

**Cecill Fiorella Aseijas Silva
Lindsay Marylin Silva Yáñez**

Asesor:

Alex Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Enero – 2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicología de la Salud

**RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA E IDEACION SUICIDA EN LAS
ALUMNAS DE 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA N° 82008 SANTA BEATRIZ DE SILVA, DE LA CIUDAD
DE CAJAMARCA 2015**

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

**Cecill Fiorella Aseijas Silva
Lindsay Marylin Silva Yáñez**

**Asesor:
Alex Miguel Hernández Torres**

**Cajamarca – Perú
Enero – 2016**

COPYRIGHT © 2015 by
CECILL FIORELLA ASEIJAS SILVA
LINDSAY MARYLIN SILVA YÁÑEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO
ESCUELA DE POSGRADO

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA E IDEACION SUICIDA EN LAS
ALUMNAS DE 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 82008 SANTA BEATRIZ DE SILVA,
DE LA CUIDAD DE CAJAMARCA 2015

Presidente:	MBA. Max Cabanillas Castrejón
Secretario:	Mg. Erick Monzón Portilla
Vocal:	Mg. Gabriela Aliaga Zamora
Asesor:	Dr. Alex Hernández Torres

DEDICATORIAS:

A Dios y a Jesucristo mi Salvador, que con su amor infinito siempre están conmigo sosteniéndome y fortaleciéndome en todos los momentos de mi vida....

El esfuerzo y la dedicación que he puesto en esta tesis, va con mucho amor a mis

Padres, especialmente a mi Padre Luis Humberto,

cuyo afecto, ejemplo de lucha y valentía es,

ha sido y siempre será mi inspiración en todo lo que me proponga.

CECILL FIORELLA ASEIJAS SILVA

A Dios, Mi divino padre hacedor porque es parte de mi vida, por acompañarme en la consolidación de mis sueños, conspirar conmigo y por

permitirme llegar a este punto del viaje...

A MI MADRE, A MI PADRE Y A MI HIJO

Porque ellos representan la fuente ideal de mi esperanza,

desarrollo personal y profesional

LINDSAY MARYLIN SILVA YÁÑEZ

AGRADECIMIENTOS:

A nuestro asesor y amigo, Dr. Alex Hernández Torres, por su dedicación, exigencia y apoyo incondicional.

A nuestra Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, a la Escuela de Pos Grado y en especial a nuestro Director de Escuela Mg. Max Cabanillas, por ser la persona que nos motivó en el camino de nuestra formación como Tesistas.

A la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, especialmente al Director por habernos permitido realizar esta investigación en su Centro Educativo, además de brindarnos las facilidades necesarias.

A las adolescentes alumnas de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, por la predisposición y entusiasmo mostrado en la aplicación de los Test, utilizados en la presente investigación.

RESUMEN:

“Los Adolescentes son inherentemente vulnerables, sin embargo, a la vez son fuertes en su determinación a sobrevivir y crecer”

La presente investigación tuvo como propósito abordar la resiliencia y su relación con la ideación suicida, considerando a la primera como recurso protector en adolescentes mujeres cuyas edades oscilan entre los once y diecisiete años de la institución educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, ellas en su mayoría pertenecen a la zona urbano marginal de la Ciudad de Cajamarca y provienen de hogares disfuncionales donde existe violencia familiar y sexual, abuso de sustancias, abandono parental y hacinamiento. Nuestras conjeturas hipotéticas estuvieron orientadas a identificar la relación entre resiliencia e ideación suicida, con la finalidad de confirmar los supuestos planteados. La presente investigación es de tipo aplicada, no experimental de corte transversal y correlacional, cuyo objetivo fue evaluar a las adolescentes estudiantes con dos escalas adaptadas a la realidad peruana y local, como son: La Escala de Wagnild y Young para Resiliencia y la escala de Ideación Suicida de Beck, las mismas que tienen un nivel alto de validez y confiabilidad; el diseño de investigación fue descriptivo correlacional y estuvo orientado a determinar la relación entre las dimensiones que componen la resiliencia y el nivel de ideación suicida, considerando que el problema de la ideación suicida muestra un crecimiento significativo en los últimos años como la fase inicial del proceso de la autodestrucción o muerte entre los jóvenes. Finalmente a través de los hallazgos se buscó hacer una descripción interpretativa de los niveles de riesgo de suicidio según el nivel de ideación que caracterice a la muestra, así como los factores protectores como recursos

personales para recuperarse frente a las situaciones adversas y además, como investigadoras, orientarnos a buscar alternativas de intervención frente a ésta problemática.

Palabras claves: Resiliencia - Ideación Suicida

ABSTRACT:

"Teenagers are inherently vulnerable, however, they are stronger in their determination to survive and grow"

This research has intended to analyze the resilience capacity in teenagers and the relationship with suicidal ideation, considering the first as protector resource in adolescent females aged between eleven and seventeen years of the school 82008 Santa Beatriz de Silva; who are generally from the marginal urban area of the city of Cajamarca and sourced from dysfunctional homes where there is domestic and sexual violence, substance abuse, parental abandonment and overfilling. Our hypothetical conjectures were oriented to identify the relationship between resilience and suicidal ideation, in order to confirm the assumptions made. This research is applicative type, no experimental of cross section and correlational, whose objective was evaluate the teenage students with two scales, which are adapted to the Peruvian and local reality, including: the Wagnild and Young Scale for Resilience; and the Beck's scale for suicidal ideation, thereof which have a high level of validity and reliability; the research design is descriptive correlational, and is focused on determining the relationship between the dimensions that compose the resilience and level of suicidal ideation, due to the problem of suicidal ideation shows a significant increase over recent years as the initial phase the process of self-destruction and death among young people. Finally, through the findings, it sought to make an interpretative description of the risk levels of suicide, according to the level of ideation that characterize the sample as well as protective factors such as personal resources to recover from

adverse situations; also is desired provide guidance in search for alternative for intervention against this problem.

Keywords: Resilience - Suicide ideation

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las problemáticas más directamente relacionadas con el sufrimiento humano. A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), se suicidan casi 1 millón de personas al año. Esto supone una muerte cada 40 segundos. La OMS (2013), subraya que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.

La ideación suicida en los adolescentes constituye un fenómeno prevalente en el ámbito mundial, es un tópico complejo, que puede ser abordado de diferentes ángulos, representa un factor de riesgo para el planeamiento suicida, así como también para un inesperado intento impulsivo, es por ello, que decidimos estudiarla como una aproximación al fenómeno suicida. La ideación suicida constituye un espectro de manifestaciones o cuadros que van en un continuum, desde ideas no específicas como “la vida no vale la pena” a ideas específicas que se pueden acompañar de la intención de morir o de un plan suicida, es decir, comprendería desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planificada; sin embargo, esta continuidad no se da necesariamente. El intento de suicidio, como el acto motor es uno de los más fuertes factores de riesgo para el suicidio consumado y también un importante indicador de aflicción.

Es precisamente la resiliencia una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicancias que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano. Rutter (1985) tomó este término de la física, denotando la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse. Adaptado al ser humano, resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar

de las adversidades. Caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Citado por Rutter, 1993).

En la actualidad, la deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables.

Sin embargo, es en la Psicología donde la resiliencia más ha sido más estudiada, cambiando radicalmente la focalización de conductas de riesgo, desventajas, carencias y déficits, por una óptica de recursos, fortalezas y potencialidades para enfrentar la adversidad y construir a partir de ella una postura positiva frente al dolor y al sufrimiento, precisamente la analizaremos como mecanismo protector frente a la situaciones adversas que las adolescentes deben enfrentar.

Hasta donde sabemos, a la fecha no se ha realizado en el Perú un estudio que investigue la relación entre resiliencia e ideación suicida en muestras no clínicas de adolescentes, y menos aún, a nivel local, por ello nació la imperiosa necesidad de abordar este estudio en una muestra de adolescentes alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la ciudad de Cajamarca, respondiendo a la importancia de orientar como investigadoras con preocupación social las intervenciones en poblaciones vulnerables como lo es la población objeto de estudio, tomando como base el factor de vulnerabilidad; por ser víctimas de abandono, pérdida o distanciamiento

de los padres o familias de origen, comportamiento violento, consumo de alcohol, conductas asociales, estados depresivos, auto agresiones (se cortan los brazos), y alto riesgo de suicidio.

La tesis consta de cinco capítulos:

CAPÍTULO I Problema de Investigación: Se detalló el problema de la investigación relacionado a “Cuál es la relación que existe entre el nivel de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la I.E. N° 82008 Santa Beatriz de Silva, de la Cuidad de Cajamarca 2015”.

CAPITULO II Marco Teórico: Donde se desarrolló el marco teórico relacionado con las variables en estudio como son: Resiliencia e Ideación Suicida

CAPITULO III Método de Investigación: Se desarrolló todo lo relacionado con el marco metodológico.

CAPITULO IV Resultados y Discusión: Se arribó a los resultados y discusión de la presente investigación.

CAPÍTULO V Conclusiones y Recomendaciones: Se desarrolló las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados encontrados en la investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatorias.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS,,,	x
LISTA DE TABLAS.....	xii
LISTA DE GRÁFICAS.....	xiii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2 Formulación del Problema.....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.4 Hipótesis	9
1.5 Justificación e Importancia	12
CAPITULO II: MARCOTEÓRICO	15
1. Fundamentos Teóricos de la Investigación.....	16
1.1 Antecedentes Teóricos.....	16
1.2 Marco Teórico.....	45
1.3 Marco Conceptual.....	98
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	101
3.1 Tipo de Investigación.....	102
3.2 Diseño de Investigación.....	102
3.3 Área de Investigación	103

3.4 Población.....	103
3.5 Muestra.....	104
3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	104
3.7 Técnicas para el Procesamiento y Análisis de Datos.....	113
3.8 Interpretación de Datos.....	113
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	114
4.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	115
4.2 Discusión de los Resultados.....	126
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	131
5.1 Conclusiones.....	132
5.2 Recomendaciones.....	134
REFERENCIAS.....	136
ANEXOS.....	146

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable de Resiliencia.....	11
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable de Ideación Suicida.....	12
Tabla 3. Correlaciones Item Test del instrumento de Ideación Suicida.....	109
Tabla 4. Correlaciones Item Test del instrumento de Resiliencia.....	110
Tabla 5. Baremos del instrumentos de Resiliencia.....	111
Tabla 6. Baremos del instrumentos de Ideación suicida.....	112
Tabla 7. Confiabilidad de los instrumentos.....	112
Tabla 8. Relación entre los niveles de Resiliencia e Ideación Suicida.....	115
Tabla 9. Correlación de Pearson entre Resiliencia e Ideación Suicida.....	116
Tabla 10. Niveles de Resiliencia en las adolescentes.....	117
Tabla 11. Niveles de Ideación Suicida en las adolescentes.....	119
Tabla 12. Relación entre confianza en sí mismos e ideación suicida.....	120
Tabla 13. Relación entre ecuanimidad e ideación suicida.....	121
Tabla 14. Relación entre perseverancia e ideación suicida.....	122
Tabla 15. Relación entre satisfacción personal e ideación suicida.....	123
Tabla 16. Relación entre sentirse bien solo e ideación suicida.....	124
Tabla 17. Relación entre las dimensiones de Resiliencia e Ideación Suicida..	125

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Relación entre los niveles de Resiliencia e Ideación Suicida.....	115
Gráfico 2. Correlación de Pearson entre Resiliencia e Ideación Suicida.....	116
Gráfico 3. Niveles de Resiliencia en las adolescentes.....	117
Gráfico 4. Niveles de Ideación Suicida en las adolescentes.....	119
Gráfico 5. Relación entre confianza en sí mismos e ideación suicida.....	120
Gráfico 6. Relación entre ecuanimidad e ideación suicida.....	121
Gráfico 7. Relación entre perseverancia e ideación suicida.....	122
Gráfico 8. Relación entre satisfacción personal e ideación suicida.....	123
Gráfico 9. Relación entre sentirse bien solo e ideación suicida.....	124

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Realidad Problemática:

La ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado en los adolescentes son aspectos que requieren mucha atención en la sociedad, sobre todo si consideramos que las tasas de incidencia y prevalencia van en aumento, tanto en el Perú como en otros países, Villatoro (2008).

Medina y González (2014) señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida, es decir, con el suicidio consumado, además que la frecuencia de suicidios se da cada vez más en gente joven y que a pesar de su estudio desde diferentes ciencias y desde distintos marcos teóricos, no se ha logrado aclarar porque las personas recurren al suicidio ni que características los hacen proclives al mismo, considerando entonces al suicidio como un problema multifactorial y de Salud Pública.

A lo largo de estos últimos 50 años los índices de suicidios en todo el mundo se han incrementado en aproximadamente un 60%, situándose entre las tres mayores causas de mortalidad entre los segmentos de la población comprendida entre los 15 y los 44 años. Cada año cerca de 900.000 personas mueren a causa del suicidio sólo entre la población adolescente, y durante los últimos 25 años los índices de suicidios se han incrementado en cerca de un 300%. Se estima, además, que por cada muerte existen entre 100 y 120 intentos no consumados. Unas cifras globales que alertarían sobre la magnitud real del problema y su incidencia creciente entre los adolescentes (Esparza, 2007).

Es evidente entonces, que algo está ocurriendo en las grandes ciudades del mundo como Tokio, Nueva York, Brasil donde la gente recurre al suicidio como una forma de escapar de situaciones difíciles, probablemente tiene que ver con la situación económica, pero también tiene un trasfondo social y es la familia donde participa el sujeto que podría ser un disparador o un contenedor de la conducta suicida.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publica su informe mundial con estimaciones sobre el suicidio refiriendo que en el 2012 se suicidaron en todo el mundo 804.000 personas, además que el 75% de suicidios tiene lugar en los países de ingresos medios y bajos.

Además, la OMS recuerda que en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, que por cada suicidio "hay muchos más intentos", que solo 28 países cuentan con estrategias de prevención y que solo 60 recogen datos totalmente fiables sobre ello. Un dato más: el suicidio de los jóvenes entre los 15 y 29 años aumentó en el año 2011 a 2012 en un 25%, de 244 a 305. La OMS apunta en su informe que esta franja de edad tiene, en todo el mundo, el suicidio como segunda causa principal de muerte, por detrás de los accidentes de tráfico.

De otro lado, nuestro país no es un fenómeno ajeno a esta problemática, cuenta con una tasa que se podría considerar baja, 3.1% por cada 100.000 personas, Castillo (2014), Director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, destacó en sus estadísticas que el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de estado de ánimo y depresión: "De cada 20

personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse” (Castillo, 2014), por lo que el problema amerita ser considerado de naturaleza incipiente, es que así resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública en nuestro País.

La atención que la sociedad enfoca al fenómeno del suicidio se explica por el gran impacto que genera en los familiares tanto en las personas cercanas al suicida como a la sociedad en general, por ello es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando desde luego a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo, es evidente que conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso.

Así mismo, en cuanto al suicidio Juvenil, en el País la mayoría de suicidas son varones, sin embargo, en los últimos 20 años la autoeliminación ha crecido entre los adolescentes de 12 a 14 años, sobre todo en las mujeres (18%), igualmente se ha detectado que en el 30% de esos casos la violencia escolar, ‘bullying’ presencial o el ‘ciberbullying’ (a través de internet) están causando el incremento de los intentos de suicidio: “Esto podría deberse a la masificación del quiebre de contactos ocurridos en la familia de hoy en día, la ruptura de los matrimonios, el abandono de los

padres en su rol hacia los hijos, la familia ausente, la violencia y otros problemas específicos” (Vásquez 2014).

Cabe mencionar que el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” realizó un estudio de Salud Mental en la sierra peruana en el año 2014, encontrando que la prevalencia anual de deseos de morir está en 39.3%, y la prevalencia de vida del intento suicida está en 3.1%. Así mismo, se tiene que los pobladores pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 39% y de la planificación al intento en 82%.

De igual manera, a nivel local las cifras son significativas, el jefe de Psiquiatría del Hospital Regional de Cajamarca, Santos (2014) señala que en la región Cajamarca se registra un suicidio diario aproximadamente, es decir, que hasta el momento han fallecido 240 jóvenes, además se presentan tres intentos fallidos cada día, precisa también que, los últimos estudios del área de Salud Mental revelan que los suicidios están relacionados a la depresión, y uno de los aspectos más alarmantes es que el 31% de la población ha tenido en algún momento de su vida la idea de suicidarse, un 2% intenta matarse y el 0.7% logra quitarse la vida. Las causas más frecuentes para la autoeliminación son los conflictos conyugales, familiares y sentimentales, así como problemas mentales, laborales y económicos, además de enfermedades físicas. El suicidio se consume o no debido a que los jóvenes cuyas edades en su mayoría oscilan entre 17 y 20 años tienen una personalidad débil y frágil, además, no han sido educados adecuadamente con valores y no cuentan con las

habilidades sociales requeridas para afrontar de manera adecuada situaciones difíciles.

Además, Santos (2014) sostiene que los métodos más empleados para suicidarse son el veneno en polvo (raticida) y el uso de medicamentos o sustancias tóxicas en cantidades excesivas. A su vez Magan (2014) especialista de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud, sustenta que solo en la ciudad de Cajamarca se registraron un total de 29 casos de suicidio en el año 2014, quienes fueron jóvenes estudiantes que pasaron por cuadros de depresión y que decidieron quitarse la vida, agrega también que existe un número mayor de suicidio pero que no han sido registrados.

De otro lado, es ostensible precisar que muchos adolescentes de las zonas urbano-marginales en nuestro país viven en circunstancias sociales, económicas, familiares y personales desfavorables para lograr un adecuado desarrollo personal lo que podría implicar que no tengan adecuadas habilidades para hacer frente a las situaciones adversas de su vida y piensen en el suicidio como una solución, pero qué hay de aquellos que teniendo la muerte como única salida optan por seguir viviendo a pesar de las adversidades que puedan enfrentar?, se da lugar entonces a preguntarnos que poseen ellos que los otros no?, es acaso una capacidad extra que poseen solo algunos?, ¿Hay que descubrir o adquirir esta capacidad?; preguntas y situaciones como éstas nos hacen pensar en resiliencia, conceptualizada por Grotberg (1995) como: “La capacidad humana, inherente a todas las personas, grupos o comunidades para poder enfrentarse a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser

transformados por ellas”, es decir, que cuando una persona dispone de la capacidad de resiliencia suficiente, aplica una respuesta resiliente a las situaciones adversas y puede continuar con su vida de forma positiva, es por ello que la resiliencia de una persona llega a ser primordial sobre todo cuando surge como una reacción o una respuesta ante las situaciones adversas de la vida, siendo importante por este motivo su estudio además del análisis de los factores que favorecen al desarrollo de ésta capacidad.

Mencionaremos entonces, que el estudio de la relación entre la resiliencia y la ideación suicida de las adolescentes alumnas de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la ciudad de Cajamarca, responde a la importancia de orientar como investigadoras con preocupación social las intervenciones en poblaciones vulnerables como lo es la población objeto de estudio, explicándose ésta vulnerabilidad por ser víctimas de abandono, pérdida o distanciamiento de los padres o familias de origen, comportamiento violento, consumo de alcohol, conductas asociales, estados depresivos, auto agresiones (se cortan los brazos), y alto riesgo de suicidios.

En consecuencia, el presente estudio estuvo orientado en determinar si la resiliencia se relaciona a la ideación suicida en las adolescentes de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, de la Cuidad de Cajamarca 2015.

1.2. Formulación del Problema:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, de la Ciudad de Cajamarca 2015?

1.3. Objetivos:

Objetivo General:

Determinar la relación entre los niveles de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los niveles de resiliencia, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.
2. Determinar los niveles de ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.
3. Identificar la relación entre confianza en sí mismo e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

4. Determinar la relación entre ecuanimidad e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.
5. Identificar la relación entre perseverancia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.
6. Determinar la relación entre satisfacción personal e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.
7. Identificar la relación entre sentirse bien solo e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

1.4. Hipótesis:

Hipótesis General:

HG: Existe relación significativa entre los niveles de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Ho: No existe relación significativa entre los niveles de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

Hipótesis Específicas:

H1: Existe niveles significativos de resiliencia, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

H2: Existe niveles significativos de ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

H3: Existe relación significativa entre confianza en sí mismo e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

H4: Existe relación significativa entre ecuanimidad e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

H5: Existe relación significativa entre perseverancia e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

H6: Existe relación significativa entre satisfacción personal e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

H7: Existe relación significativa entre sentirse bien solo e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Operacionalización de variables:

La medición de las variables resiliencia e ideaciones suicidas en las adolescentes de género femenino, se dió a través de la técnica de investigación por cuestionarios (Ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la Variable Resiliencia:

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	ITEMS	INDICES	INSTRUMENTO
Característica positiva de la personalidad, que permite resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas. Además, puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y a las frustraciones que atraviesa, puede superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.- Wagnild y Young (1993)	1.Confianza en sí mismo 2.Ecuanimidad 3. Perseverancia 4.Satisfacción personal 5.Sentirse bien solo	Confianza en sí mismo: 16,21, 22, 25 Ecuanimidad: 7, 8,11 y 12 Perseverancia: 1,3,5 y 9 Satisfacción personal: 6,10,13,17,18,19 y 24 Sentirse bien solo: 2,4,14,15,20,23	- Bajo - Inferior al promedio - Promedio - Superior al Promedio - Alto	Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Tabla 2. Matriz de Operacionalización de la variable Ideación Suicida:

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	ITEMS	INDICES	INSTRUMENTO
Es el conjunto de percepciones, creencias, pensamientos y eventos que influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas que están orientadas hacia el suicidio. Beck, 1964; Ellis, 1992-.	Actitud hacia la vida / muerte Pensamientos o deseos suicidas Proyecto de intento de suicidio Realización del intento proyectado	Ítems del 1 al 5 Ítems del 6 al 11 Ítems del 12 al 15 Ítems del 16 al 19	- Bajo - Medio - Alto	La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979)

Fuente: Autoras de Investigación Aseijas y Silva (2015)

1.5. Justificación e Importancia:

Esta investigación es necesaria para:

- **Justificación Teórica:** Razones que argumentan el deseo de verificar, rechazar o aportar aspectos teóricos referidos al objeto de conocimiento, que en el presente estudio es determinar la relación entre las variables de la muestra investigada, es decir, la relación entre resiliencia e ideación suicida en las adolescentes alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la ciudad de Cajamarca; basadas en la teoría de Beck (1996) “las ideas suicidas, intentos suicidas y el suicidio consumado forman parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad”; y la teoría de Wagnild y Young (1993), sobre el grado de resiliencia considerado como una característica

de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas.

- **Justificación Metodológica:** Razones que señalan que la investigación propuesta ayudará en la prevención de casos de suicidio en la realidad local y nacional, dando a conocer la importancia de este estudio en nuestra profesión como psicólogas clínicas, ya que consideramos que aporta información relevante, útil y aplicable a nivel multi disciplinario para que pueda ser utilizada por otros colegas o profesionales que muestren interés por el tema.
- **Justificación Practica:** Existe una escasa o nula información al respecto, por ello nace la necesidad de tener información que permita el abordaje multidisciplinario de los diferentes profesionales de la salud y autoridades, para intervenir ante el problema social del suicidio en adolescentes, nuestro estudio aportará con datos relevantes a nivel diagnóstico que permitan describir clínicamente la forma de pensar y los recursos resilientes que poseen las adolescentes, y a su vez nos permitan elaborar programas de intervención fortaleciendo y estimulando su capacidad para actuar de forma resiliente frente a las situaciones adversas a las que puedan estar expuestas.

- **Justificación Psicológica :** La psicología como ciencia desarrolla una serie de estudios sistemáticos en este caso asociados al suicidio y el comportamiento suicida específicamente, siendo la etapa inicial la ideación suicida, por ello, su análisis y estudio brinda el aporte más importante y sustancial además propone un sistema descriptivo y explicativo sincrónico como aporte al diagnóstico, su abordaje terapéutico y prevención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1. Antecedentes Teóricos:

Antecedentes Internacionales:

Polo (2009), en la investigación de Resiliencia, factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años Universidad del Aconcagua de Chile, Facultad de Psicología, tuvo como objetivo general 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 (Chile). La muestra fueron adolescentes seleccionados por conveniencia, considerando la inclusión en el sistema educativo formal y no formal, quienes realizaron la terminalidad educativa en la educación general básica EGB 3 (8° y 9° año); se trata de adolescentes de 14 a 16 años con necesidades básicas insatisfechas, la investigación es de carácter cualitativo-descriptivo, donde se trata de explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas. Método: La observación y la entrevista semi-estructurada, siendo sus conclusiones: Que los adolescentes pertenecientes al Programa de la Esquina a la Escuela, han vivido situaciones difíciles de las cuales han podido salir fortalecidos, lo cual indica la capacidad de resiliencia de estos adolescentes.

El aporte significativo en la investigación se da con respecto a los factores protectores elegidos, como son el adulto significativo, el apoyo social,

autoestima y familia como elemento central que contribuyeron al incremento de la resiliencia de manera significativa.

González y López (2009), en la tesis, resiliencia y salud en niños y adolescentes, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, se tuvo como objetivo la aplicación de un programa de intervención para el fortalecimiento de la resiliencia en niños y adolescentes en contextos considerados de riesgo, para lo cual se parte de la consideración de que la escuela es el medio idóneo para promover la salud y reducir riesgos y fortalecer la resiliencia, se tomó acciones preventivas específicamente en los niños y adolescentes desde el enfoque de la resiliencia puesto que hay un creciente interés en los últimos años por el estudio de la capacidad que pueden tener algunos individuos cuando están expuestos a situaciones difíciles y que logran superar e incluso salir fortalecidos a pesar de la adversidad.

Son evidentes las implicaciones de promover el desarrollo de la resiliencia en lugar de prevenir daños específicos como una forma de mejorar las condiciones de vida en el periodo de la infancia y adolescencia que son grupos particularmente vulnerables para la salud.

González y López (2008), en la tesis, Resiliencia en adolescentes Mexicanos, Universidad Autónoma del Estado de México, el objetivo central de la investigación fue conocer los factores de la resiliencia presentes en adolescentes mexicanos, para lo cual se aplicó el cuestionario

de resiliencia a 200 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de secundaria y preparatoria. El instrumento fue un cuestionario y se desarrolló el análisis factorial obteniéndose seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Los análisis por sexo muestran mayor resiliencia en los varones con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia. Se concluye que la resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a sí mismos y a su realidad adversa.

En ese sentido, la resiliencia abre el camino hacia la salud mental de la persona, teniendo ésta la responsabilidad de la transformación de sí misma y su realidad adversa para lograr superarla y contribuir positivamente a su salud mental.

Al Nacer-Naser y Sandman (2000), en la tesis, Personalidad Resiliente en Kuwait, se intentaron identificar las características de personalidad de personas resilientes que habían estado presentes en la invasión de Irak a Kuwait en 1991. Utilizaron la escala de resiliencia del ego en una muestra de 495 hombres y mujeres, estudiantes de la Universidad de Kuwait y que tenían de 17 años a más; esta muestra se agrupó considerando edad, género y carrera que estudiaban, además tipo de familia, estado social y estado civil.

Dentro de los resultados debemos destacar teniendo en cuenta las conclusiones de los Autores que los hombres son más resilientes que las

mujeres, los que pertenecían a familias extensas eran más resilientes que los que pertenecen a familias nucleares y los que estudiaban carreras de ciencias eran más resilientes que los que estudiaban arte.

Wagnild y Young (1993), en la investigación: Elaboración de la escala de resiliencia Australia, tuvieron como objetivo la validación de la escala de resiliencia, aplicándola a una muestra de 810 personas, adultos mayores residentes en comunidades, la validación psicométrica de la Escala de Resiliencia (ER), con 25 ítems, de los cuales 23, indican los principales factores componentes de la ER y al ser analizados en base a una rotación oblimin, indicaron que la estructura de estos factores representaban a dos factores (competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida) y correlacionaron positivamente en la adaptabilidad (salud física mental y satisfacción por la vida) y negativamente con la depresión.

El aporte a la psicología es altamente significativo para el diagnóstico psicológico de la resiliencia, los resultados obtenidos sustentaron el instrumento como confiable en su consistencia interna y en su validez concurrente.

Hunter y Chandler (1999), en la investigación estudio, la Percepción de la resiliencia en adolescentes, Inglaterra, se investigaron a un grupo de adolescentes sobre su percepción de la resiliencia y el grado en el que la escala de Wagnild y H. Young medía el concepto. El instrumento fue aplicado a una muestra de 51 estudiantes de décimo y onceavo grado de

una escuela técnica vocacional de New England. Los resultados fueron que los estudiantes mostraron características de resiliencia como: El desvincularse de aquellos que no eran confiables, alejarse de sistemas inadecuados y alejarse de aquellas relaciones que son perdurablemente dolorosas.

Entre los resultados destacamos que los niveles altamente significativos y la tendencia a recomponerse a situaciones adversas son características comunes en la muestra investigada en éste estudio.

Tuesca y Navarro (2009), en la investigación, Estudios de los Factores de riesgo asociados al suicidio, ideación e intento de suicidio, Barranquilla – Colombia, tuvieron como objetivo principal identificar los factores de riesgo de suicidio asociados a la población (consumados y no consumados) Barranquilla – Colombia. Se diseñó un estudio de casos y controles de casos incidentes, realizado en la ciudad de Barranquilla. Se consideró caso a todos aquellos suicidios e intentos de suicidio ocurridos durante los meses de abril a diciembre de 1999 en esta ciudad. El cálculo de tamaño de muestra se estimó con una prevalencia de depresión en los controles del 15%, con un poder del 80% y una confianza del 95%, calculada con el software de Epiinfo versión 6,04 en español, se estimaron 57 casos y controles, respectivamente, se analizaron 23 suicidas, 37 intentos de suicidio y 56 controles, así mismo la fuente de información fue de tipo primario a través de encuestas auto administradas por el grupo de investigadores; para clasificar a los participantes se emplearon diversos

test, tales como: APGAR (escala 0 – 20) para medir la funcionalidad familiar y para medir la ansiedad el test de Beck. La media de edad de la población suicida fue de 32.08 (D.E, 17.8) años. El aporte de la investigación se evidencia en los resultados donde se encontró una razón de 4.7 hombres por cada mujer que consumaron el hecho. La proporción de hombres que consumó el hecho suicida fue del 82.6%. El nivel educativo predominante fue secundaria completa 40.9%. Con relación al estado civil, el 47.8% eran solteros y 26.1% casados. En relación con la ocupación, el 21.7% eran empleados y estudiantes, respectivamente, y un 17.4% tenía un empleo informal. Finalmente se concluyó que muchos estudios muestran que el suicidio es un hecho frecuente más en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas; sin embargo, en este estudio al comparar personas con algún vínculo frente a personas sin unión, la razón de disparidad hallada no fue concluyente, OR: 2,13(0,66-6,83). Por otro lado, al comparar el estado civil de los intentos de suicidio con población general, es probable que el matrimonio sea un factor protector para el intento de suicidio, OR: 0,27(0,08-0,92).

El aporte es determinante, el dato demográfico es que el suicidio es un hecho frecuente más en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas; sin embargo, es el hecho quizás que existe la conexión con el sentido de responsabilidad frente a los hijos y el estar conviviendo con otra persona que generan otras situaciones conflictivas dentro de la dinámica de la vida en pareja que favorecen acciones de escape o aislamiento.

Carvajal y Caro (2009), en el Estudio sobre, la Ideación Suicida en la Adolescencia Colombia, tuvo como objetivo determinar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud familiar en adolescentes escolarizados, con y sin ideación suicida; el método de estudio que se utilizó fue descriptivo correlacional comparativo de corte transversal. La muestra se seleccionó en el período comprendido entre febrero y abril de 2009, a través de un muestreo mixto y estuvo constituida por 482 adolescentes escolarizados entre 14 y 17 años. A través del empleo de análisis estadísticos de tipo univariado, bivariado y multivariado se describió el comportamiento de cada una de las variables, se exploraron las relaciones y contrastes entre éstas y se estimó el efecto de las variables independientes en la presencia de ideación suicida. Se siguieron todas las consideraciones éticas para el desarrollo de investigaciones con seres humanos. Entre los adolescentes investigados, el 20% de la muestra informó presencia de pensamientos o deseos suicidas de variada intensidad. Todas las variables estudiadas influyen en la presencia de ideación suicida en los adolescentes a excepción de edad, estrato socioeconómico, localidad y tipo de colegio. Sin embargo a partir de la construcción de modelos de regresión logística, se observó que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.

Entre sus resultados destacamos que los datos sobre ideación e intento suicida obtenidos en este estudio apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de las familias y las escuelas. Además, permitió identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental y construir programas efectivos de prevención y programas de tratamiento siendo éstos una prioridad.

González y Berenzon (2001), en la investigación, Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes, México, su objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida y el perfil sintomático e identificar las características socio demográficas que distinguen a quienes tuvieron mayores puntajes de ideación suicida entre la población adolescente del Distrito Federal: estudiantes y pacientes por intento suicida. El estudio fue transversal y ex-post-facto. Se analizó la información de dos muestras: 1 712 mujeres, estudiantes de enseñanza media –secundaria– y media superior –bachillerato– (muestra escolar representativa en el D.F.), y 30 adolescentes mujeres internadas por intento suicida (muestra clínica). Los resultados refieren que la prevalencia, tanto de presencia como de persistencia de ideación suicida, fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo el 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días. Las características socio demográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntajes de ideación fueron: cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber

interrumpido sus estudios. En la muestra clínica se analizaron las características que distinguieron a las jóvenes con un intento suicida, de aquellas con dos o más intentos; las más significativas fueron: vivir solas o con uno de sus padres y pensar en que su muerte sería posible.

Finalmente destacamos que el aporte de los investigadores se ve reflejado en los resultados y entonces se tiene que la prevalencia de ideación suicida es importante en la población escolar, si se considera que este constructo psicológico tiene una fuerte asociación con el intento suicida y, más aún, con la conducta suicida múltiple, entonces resulta prioritario detectar adolescentes en riesgo y orientar esfuerzos preventivos entre ellos.

Cárdenas y Vinaccia (2011), en la tesis, La Calidad de Vida, Resiliencia e Ideación Suicida en adolescentes víctimas de abuso Colombia; tuvo como objetivo de estudio examinar las relaciones de la resiliencia y la ideación suicida con la calidad de vida en 50 adolescentes víctimas de abuso sexual. El diseño fue ex-post-facto correlacional de corte transversal. Los participantes completaron la escala de resiliencia adolescente (ARS), el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) y el cuestionario de salud y bienestar para niños y adolescentes (KIDSCREEN-52). A nivel descriptivo encontrando moderados niveles de resiliencia, baja calidad de vida y altos niveles de ideación suicida.

En ese sentido diremos que el estudio destaca por su análisis correlacional, mostrando que la resiliencia se relacionaba negativamente

con la ideación suicida y positivamente con la calidad de vida, y la ideación suicida se relacionaba negativamente con la calidad de vida. En conclusión, la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y promueve la calidad de vida en los y las adolescentes víctimas de abuso sexual.

Córdova, Murillo, Ávila y Pérez (2012), en la tesis, Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios y su Asociación con Diversos Aspectos Psico socio demográficos – UNAM – México; tuvo como propósito de investigación evaluar la ideación suicida y su relación con aspectos psico socio demográficos en universitarios, para esto se empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck y una ficha psico socio demográfica, se extrajo una muestra probabilística aleatoria de 521 estudiantes; teniendo como resultados que el 59.9% presentó ideación suicida.

Se destaca que en el estudio, el aporte de los aspectos psico - socio demográficos que se relacionaron significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabajan; el haber vivido la infancia o adolescencia con sólo la madre o un familiar; consumir cigarro, café, alcohol , drogas, percibir que su vida ha sido trastornada por algún evento, contar con familiares cuando el dinero no cubre sus necesidades, el haber recibido atención psicológica; manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos y percibir un futuro difícil e incierto.

Román y Sosa (2012), en la tesis, Relación entre los agentes involucrados en el bullying (víctimas y agresores) y los niveles de depresión e ideación suicida en adolescentes del estado Lara. Colombia, el objetivo del estudio fue examinar la relación entre los agentes del bullying (víctimas y agresores) y los niveles de depresión e ideación suicida en adolescentes. La población estuvo constituida por 315 estudiantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 14 y 16 años, cursantes de 8vo, 9no. y 4to año de bachillerato de un colegio del estado de Lara. Para medir las variables, se utilizaron tres instrumentos de evaluación: Instrumento para la Evaluación del Bullying (INSEBULL) (Avilés y Elices, 2007), Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1985) y Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980). Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico T de Student para muestras independientes ($p < 0,05$) y el coeficiente de correlación de Pearson ($p < 0,01$).

En los resultados obtenidos podemos precisar que se confirmó que: 1) existe asociación entre la victimización e intimidación y el incremento del riesgo de sufrir depresión e ideación suicida, 2) las víctimas presentan mayores niveles de depresión que los agresores y 3) La ideación suicida está presente tanto en víctimas como en agresores.

Alcantar y otros (1997 – 2000), en su estudio prevalencia de ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México dentro de su población, se seleccionaron aleatoriamente escuelas de cada una de las 16 delegaciones políticas de la Ciudad de México. El diseño de la

muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados; el nivel educativo se consideró como la variable de estratificación. Se aplicaron indicadores evaluados previamente con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de veces en la vida, la edad al momento del único o último intento, los motivos y los métodos. En el nivel de bachillerato las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/último intento reportado nos indican que, en su mayoría, los intentos ocurrieron en los años finales de la escuela primaria y/o durante la secundaria. Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos. En los hombres como en las mujeres con reporte de intento, fue similar el perfil de las características del intento suicida.

Vale la pena destacar que los resultados obtenidos y el aporte al fenómeno del diagnóstico que permiten considerar que la conducta suicida en los estudiantes adolescentes de la Ciudad de México no sólo tiende al aumento, sino que también amerita atención por el grado de riesgo que conlleva, lo cual exige orientar esfuerzos de investigación descriptiva y preventiva con una perspectiva multidisciplinaria.

Valdés (2005), en la investigación, Estudio de los Adolescentes con Depresión, Ideación e Intento Suicida en el área de salud años 2002 – 2005 Cuba, es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo cuanti cualitativo, de todos los adolescentes que tuvieron conducta suicida en el período de Enero del año 2002 a Diciembre del año 2005, en el municipio

Guanabacoa. Se trazó el objetivo de identificar la presencia de depresión en los adolescentes con intento suicida en el período de Enero del 2002 a Diciembre del 2005. Se tomó como universo la población entre las edades de 10 a 19 años, se utilizaron los reportes de Enfermedad de Declaración Obligatoria por intento suicida de los años 2002 al 2005, constituyendo un 0.7% de la población total de adolescentes. Los resultados arrojaron que el trastorno depresivo afectó a 37 pacientes; el 60.7% tenían algún nivel de depresión, el sexo masculino un 77.8%, y un grado de depresión mayor en el sexo femenino; con una totalidad de los pacientes deprimidos severamente de 13.5%. Es decir, que a pesar de deprimirse más los varones, lo hicieron con más severidad las mujeres.

El aporte de la investigación se basa finalmente en la correlación entre el trastorno depresivo con la realización del intento suicida y su repetición obteniendo un mayor porcentaje en la repetición del intento suicida, en los 12 pacientes (75%) deprimidos, tres veces más, que en los no deprimidos que lo repitieron, así como los casos con un solo intento y deprimidos (55.6%). Observándose que la presencia de depresión aumenta la repetición del intento suicida.

Pérez-Olmos y otros (2005), en la tesis, Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, sus objetivos fueron: Caracterizar pacientes con intento suicida atendidos en Psiquiatría en la Unidad Primaria de Atención (UPA) entre octubre 2004 y octubre 2005; siendo las características que el 80 % tenía

30 años o menor edad, 66.7% eran mujeres, 24.4% estudiantes y 20.5% desempleados; como desencadenantes: disfunción familiar y conflictos de pareja en 35,2 % cada uno. El 49 % consumió alcohol previo al intento suicida. La persistencia de ideación suicida se asoció con tener 31 años o más, estar desempleados, conflictos sin resolver y disfunción familiar, con más de un intento suicida previo.

Es evidente que la investigadora hace énfasis en los resultados, que arrojaron que la no resolución de conflictos y la disfunción familiar son predictores de la persistencia de ideación suicida en sujetos con intento suicida, además que el consumo de alcohol y otros factores asociados podrían controlarse con programas de prevención y promoción de salud mental.

Antecedentes Nacionales:

Morales (2015), en la investigación, Agresividad y Resiliencia en Adolescentes Infractores, el objetivo fue determinar la relación entre agresividad y las dimensiones de resiliencia en adolescentes infractores del centro Juvenil de Diagnóstico y rehabilitación José Quiñones Gonzales, Pimentel- Chiclayo 2015. Fue un estudio de diseño no experimental, transversal, descriptivo-correlacional, utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Agresión de Buss Y Perry. Para determinar la asociación se hizo uso del coeficiente Gamma de Goodman y Kruskal para el cual se ha utilizado un nivel de confianza del 95%. En los resultados se encontró que no existe relación entre agresividad

y resiliencia, sin embargo existe relación significativa entre Agresividad y la dimensión de resiliencia “sentirse bien solo”.

Es indudable que las autoridades de dicha institución deben promover la realización de programas que estén orientados a la prevención y desarrollo de habilidades que influyan en las actitudes de aceptación de sí mismos y el nivel de tolerancia frente a la frustración en la población objeto de estudio.

Muñoz y Pinto (2005), en la investigación, Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, el objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Estudio transversal analítico realizado en junio de 2005 en Lima, Perú. La población de estudio estuvo conformada por los 4500 estudiantes del Centro Preuniversitario , se elaboró un instrumento estructurado tipo cuestionario para ser auto administrado, constituido por 18 preguntas cerradas, separadas en tres secciones: Datos demográficos que consta de tres preguntas que indagan por la edad del encuestado, el sexo y por las personas con quienes vive; cohesión familiar, evaluada por la sub escala de Cohesión Familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III), desarrollado por Olson et al. en 1986 y validada en español, con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 en

formato auto administrado, consta de 10 ítems; y conducta suicida, consta de cinco preguntas extraídas del cuestionario de salud mental elaborado originariamente en Colombia y adaptado por Perales et al. en 1993 y publicado en 1995. Se consideraron positivos: Deseos pasivos de morir. Ideación suicida. Planeamiento suicida. Intento suicida. Antecedente familiar de intento suicida. De las 1500 encuestas distribuidas 30 no fueron devueltas o fueron devueltas sin contestar (tasa de no respuesta de 2,0 %). Dos terceras partes de los estudiantes viven con ambos padres y 16% con sólo uno de ellos. Del total de estudiantes que viven solos (3,4%), 43% presentó ideación suicida en algún momento de su vida. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y el tipo de convivencia familiar.

Finalmente se destaca en el estudio la prevalencia de vida de los indicadores de la conducta suicida, 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% afirmó haber tenido ideación suicida, del total de los estudiantes que tuvieron deseos pasivo de morir alguna vez en su vida 56% presentó ideación suicida, del total de éstos 46% elaboró un plan suicida, y de éste grupo 45.3% intentó suicidarse alguna vez en su vida.

Landa (2010), en la tesis, Relación entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los hospitales de la ciudad de Piura; la investigación de cuatro variables se realizó con una población que padece algún tipo de enfermedad terminal;

es necesario resaltar, que se trazó como objetivo general, conocer la relación existente entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los Hospitales de la Ciudad de Piura. Por otro lado, dentro del Diseño de Investigación podemos puntualizar que fue Descriptiva – Correlacional, ya que las variables antes mencionadas fueron asociadas, con el objetivo de determinar y conocer si existía una relación significativa entre ellas, el estudio se concentró en una población que tenía la característica peculiar de padecer algún tipo de enfermedad terminal. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión, Escala de Ideación e Intento Suicida de Beck; y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

En el análisis del estudio podemos destacar que las variables también fueron relacionadas con las variables de enfermedad, edad, género y estado civil, de los pacientes evaluados. De acuerdo al estadístico utilizado, lograron determinar que sí existía relación directa positiva y significativa entre la depresión, ideación, intento y riesgo suicida.

Becerra y Vite (2003), en la investigación, Caracterización del paciente con intento suicida atendido en el Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima Perú. Investigación Descriptiva, se revisaron las estadísticas de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa y emergencia con diagnóstico de intento suicida. Obteniendo un total de 301 historias clínicas durante el periodo de junio a diciembre - 2003; los datos recogidos se consignaron en una ficha

previamente validada. Los objetivos fueron: Caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes que intentaron suicidarse atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Con una muestra de 301 Historias Clínicas durante el periodo de junio a diciembre-2003. Los resultados arrojaron que la edad promedio de los pacientes fue de 18 a 25 años (48.8%), predominando el grupo femenino en relación de 3 a 1 al sexo masculino; siendo solteras con estudios secundarios que afrontaban severos problemas de índole familiar y de pareja (34.4%). El mejor uso en el intento suicida fue la sobredosis de benzodiacepinas (46.3%), con más de un intento previo; el lugar de ocurrencia es el hogar; la madre es la primera persona en solicitar la ayuda terapéutica necesaria.

El aporte del perfil del intentado suicida es mujer adulta con estudios secundarios que tiene serios problemas familiares y de pareja con más de un intento previo, siendo el método más usado la ingesta de benzodiacepinas.

Santiago (2011) estudió, el clima social familiar e ideación suicida en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa estatal de Chiclayo, encontrando que el 45% de los estudiantes presentan un nivel medio de clima social familiar, siendo éste el porcentaje más elevado. Así mismo, el 31% se encuentran entre la categoría tendencia buena y muy buena, y el 24% de los adolescentes entre la categoría tendencia media y muy mala.

La conclusión y el aporte encontrado en la investigación destacan que a mayor conflicto mayor ideación suicida entre adolescentes de la muestra.

Eguiluz, y otros (2000), en la investigación, La ideación suicida en estudiantes de las carreras de Salud. Estudio Correlacional; cuyos objetivos fueron: Conocer la prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de las carreras de la salud (Enfermería, Odontología, Medicina, Optometría, Psicología, Biología). Encontraron que el 27% de los sujetos encuestados, habían pensado alguna vez en el suicidio; el 11% lo había intentado al menos en una ocasión, el 78% había conocido al menos a una persona que se había suicidado, el 52% de los jóvenes consideró que el suicidio era una forma aceptable de salir de los problemas, el 60% consideró que recurrir al suicidio es una opción de valentía cuando no hay más opciones.

Es evidente que la ideación suicida aparece alguna vez en la vida de la muestra investigada y el intento suicida al menos una vez y que es una forma de salir de sus problemas empero sin tener una clara intención de morir

Nyeffeler y Chávez (2003), en la investigación, La ideación suicida y Clima Social Familiar en Jóvenes. Chiclayo, es un estudio Correlacional, cuyos resultados señalan que el 51% de los encuestados pensó al menos una vez durante la semana anterior en suicidarse. Al correlacionar los datos de una y otra escala se encontró que a puntajes altos en la escala de

clima social familiar correspondieron puntajes bajos en la escala de ideación suicida. Los puntajes altos de cohesión familiar, expresividad y actuación positiva estuvieron relacionados con puntajes bajos de ideación suicida, lo que indica que cuando el clima en la familia es positivo el joven no piensa en el suicidio. De igual modo se puede observar que cuando en la familia reina el estrés, la discordia, la agresión intrafamiliar, existe la tendencia del joven a pensar en el intento de suicidio.

Finalmente en el análisis de los resultados, se precisa que un ambiente familiar negativo incrementa un clima inapropiado y las personas que viven allí tienen alta probabilidad de pensar en el suicidio como una forma de escapar de ese ambiente.

Olivares y Sánchez. (2009), en la tesis de tipo correlacional, La ideación suicida y Clima Familiar en Jóvenes estudiantes de carreras de Salud. Universidad Santo Toribio de Mogrobejo, Chiclayo; se encontró que el 23% de los jóvenes habían pensado alguna vez en quitarse la vida, este dato fue más alto entre los alumnos de medicina. El 52% dijo que las razones de realizar un intento suicida eran poner fin a los problemas o para escapar de ellos. El 62% dijo que sí ha pensado seriamente las consecuencias que tendría la autodestrucción. Cuando se les preguntó si podrían llevar a cabo un intento, la mayoría dijo que les asustaba la idea y que probablemente no lo harían, sin embargo un 22% dijo que si podrían llegar a hacerlo.

Es evidente que a nivel de profesión, quienes respondieron afirmativamente a este reactivo fueron alumnos de medicina y psicología. Al correlacionar la escala de clima familiar con la ideación suicida se encontró que a mayor expresividad, mayor participación social recreativa y mayor cohesión familiar y por lo tanto menor ideación suicida.

Campos y Cuenca (2009), en la investigación correlacional, La Depresión e Ideación suicida en estudiantes universitarios, tuvo como objetivos: Identificar si existe una correlación entre depresión e ideación suicida en una muestra de 200 estudiantes universitarios, instrumento utilizado la escala de Beck. Los resultados indicaron que el 9% de los alumnos de odontología y el 24% de enfermería presentaron ideación suicida. En odontología el 42% tuvo depresión leve y el 11 % moderada. En enfermería el 41% presentó depresión leve, el 16% moderada y el 1% grave.

Vale la pena precisar que el estudio obtiene un gran aporte sobre las variables en estudio donde se evidencio una correlación significativa entre las variables, por lo que existen evidencias de que la depresión se encuentra relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada.

Peña (2009), en la investigación estudio sobre diferencias entre nivel de resiliencia en adolescentes de Lima y Arequipa Universidad de San Martín de Porres, tuvo como objetivos generales: Identificar y comparar los niveles de Fuentes de Resiliencia que posee un grupo de estudiantes entre

9 y 11 años de edad de colegios nacionales de la ciudad de Lima y la ciudad de Arequipa. La muestra estuvo conformada por 652 estudiantes, 311 de la ciudad de Lima y 341 de la ciudad de Arequipa, de los cuales 332 eran varones y 320 mujeres; el muestreo utilizado fue intencional. Se utilizó el instrumento Inventario de Fuentes de Resiliencia construido y validado por Peña en el 2008. Los datos fueron analizados mediante la distribución de frecuencia, la media aritmética ($\bar{x}$), la desviación estándar (DS) y la prueba U Mann-Whitney.

Entre los principales resultados que hallamos en la investigación, se tiene que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de resiliencia entre los grupos de Lima y Arequipa; por otro lado, sí se encontraron estas diferencias en las fuentes de resiliencia entre los grupos de varones y mujeres.

Prado y Del Águila (2001), en la investigación, los niveles de resiliencia en adolescentes, según género y nivel socioeconómico; la muestra estuvo compuesta por 199 adolescentes. Se utilizó la Escala de Resiliencia para adolescentes (ERA) construida bajo el enfoque de Wolin y Wolin (2000).

El aporte es que se encontró que no había diferencias significativas en las puntuaciones totales de Resiliencia en cuanto a género, ni en el nivel socioeconómico; pero sí se hallaron diferencias significativas en el área de interacción, a favor del género femenino; en el área de interacción y creatividad, en el estrato bajo e iniciativa a favor del nivel socioeconómico alto.

Castro y Morales (2013), en la tesis, Clima social familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo, 2013 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo, investigación científica realizada en una población de 173 adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo-2013, tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y la resiliencia, para ello se utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES), y la Escala de Resiliencia para adolescentes (ERA), hallándose una relación no significativa de 0.1615, según el Coeficiente de Correlación de Pearson. Además, que existe relación no significativa entre el factor insight, independencia, interacción, iniciativa, humor, creatividad; y el clima social familiar. Sin embargo, existe relación significativa entre el factor moralidad y el clima social familiar en los adolescentes.

Finalmente en el análisis de la investigación acotamos que la mayoría de adolescentes presentan un nivel medio de Clima Social Familiar y además que la población en estudio en su mayoría evidencia un nivel alto de resiliencia.

Flores (2008), en la investigación, Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL, muestra de Estudiantes de escuelas secundarias - Perú - Lima - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ, tuvo como objetivo

fundamental de investigación determinar si existe relación entre los niveles de resiliencia y el grado de definición del proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de colegios nacionales y particulares de la UGEL 03. La técnica de muestreo ha sido no probabilística, se seleccionó una muestra de estudiantes de ambos sexos (Varones igual a 200; Mujeres igual a 200). La investigación es de tipo descriptivo correlacional, se emplearon como instrumentos de investigación la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) y la Escala para la Evaluación del Proyecto de Vida de García (2002). Los resultados permiten llegar a la conclusión de que existe relación altamente significativa ($p < 0,0001$) entre el grado de resiliencia y el grado de definición del proyecto de vida, tanto en la muestra de estudiantes varones como en la de mujeres.

La resiliencia como mecanismo protector del adolescente tiene una relación significativa con el proyecto de vida, con una incidencia en las mujeres más que los varones

Gil (2010), en la tesis, Relación entre Resiliencia y Desajuste del Comportamiento Psicosocial en estudiantes de 5° y 6° grado de primaria de la I.E. Víctor Rosales Ortega, Piura, la muestra estuvo constituida por 150 estudiantes de ambos sexos a quienes se aplicó el Inventario de Resiliencia para niños y el Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial para niños, los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete de análisis estadístico para la investigación en ciencias sociales

SPSS (versión 9.0) mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la ecuación de análisis de regresión.

Es evidente que los autores validan sus constructos en la muestra investigada, encontrándose una relación significativa entre la resiliencia y el desajuste de comportamiento.

Velásquez y Montgomery (2009), en la tesis, Resiliencia y Depresión en Estudiantes de Secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en actos violentos UNMSM, realizaron un estudio correlacional entre resiliencia y depresión en instituciones educativas de Lima, con alumnos del 3ro-5to de secundaria, de género masculino y femenino, de los cuales una parte no ha participado en actos violentos y otra sí. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron la Escala de Resiliencia y el Inventario de Depresión en la Adolescencia. Los resultados muestran que existen correlaciones positivas en los componentes internos de ambas pruebas, mientras que al correlacionarlas entre ellas la relación es más diversa. Se identificaron diferencias entre los alumnos violentos y no violentos en cuanto a los factores de confianza, autoritarismo e ideas suicidas.

En el análisis de la investigación, en la comparación inter sexo, se identificaron diferencias entre mujeres y varones respecto al grado de control emocional, toma de decisiones, autocrítica, propensión al llanto y otras variables. El lugar de residencia de los alumnos también marca algunas diferencias en los componentes de los instrumentos de resiliencia y depresión.

Arana y Quispe (2008), en la tesis, la relación entre funcionamiento familiar y la resiliencia, en un grupo de adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Guadalupe, departamento de la Libertad, hallaron que un 56,5% de la población presenta un buen funcionamiento familiar, y que el 79% de adolescentes muestran un nivel alto de resiliencia. Además encontraron una correlación significativa de 0.8542, es decir, a mayor funcionamiento familiar, mayor nivel de resiliencia.

Esta investigación deja notar que la familia, a través de modelos parentales adecuados incentivan la capacidad de afrontar, de manera óptima, situaciones adversas y promueven la práctica de comportamientos saludables.

Aguirre (2002), en la investigación, la resiliencia y factores asociados, tales como factores protectores y de riesgo UNMSM (familia, escuela y comunidad), en 214 alumnos de 14 a 16 años en un centro educativo nacional de Lima, en la cual obtuvo que el 35% poseen una capacidad de resiliencia alta y el 63% se encuentra en el nivel medio; de los cuales el 54 % presentan más factores protectores y el 44% presentan factores de riesgo. De ellos, el 32% considera a la comunidad como el factor protector más importante para el desarrollo de la capacidad de resiliencia, y el 22% considera a la familia.

Es evidente que en el estudio se encontró un alto nivel de resiliencia además de altos recursos protectores frente a las situaciones adversas entre los adolescentes.

Castañeda y Benjumea (2005), en el estudio, de caso sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos; teniendo como objetivo identificar cuáles son los factores de riesgo y de protección que caracterizan a seis niños y siete niñas adolescentes declarados en situación de abandono, se utilizaron, la observación participante, el test de factores resilientes de Grotberg y la entrevista semi estructurada. Los menores cuentan con edades entre los diez y diecisiete años. Los hogares sustitutos están contratados por el Centro San Jerónimo.

El análisis se hizo por medio de descripción interpretativa y de las teorías de la resiliencia. Los resultados indicaron que la mayoría de la población se encuentra entre el nivel de resiliencia regenerativa y adaptativa, indicando así que el hogar y el colegio no obstaculizan el desarrollo de la resiliencia. Se encontró además que los sujetos ubicados en una etapa de desarrollo resilientes media o alta, se destacan por la existencia de unas metas definidas y que tienen como característica proporcionar la independencia económica necesaria y la no repetición de patrones de maltrato ejercida sobre ellos.

Antecedentes Regionales – Locales:

Huamán y Jauregui (2015), en la investigación, Relación entre el nivel de Resiliencia e Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios de la Universidad Nacional de Cajamarca, el objetivo fue determinar la relación existente entre las variables en los y las jóvenes de la Universidad Nacional de Cajamarca, utilizaron la escala de resiliencia de Wagnild y Young y la escala de Ideación Suicida de Beck, es una investigación no experimental, de corte transversal, el tipo de investigación es descriptivo correlacional. La ideación suicida tiende a presentarse en un porcentaje menor al 10% en los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Cajamarca, principalmente acompañada de desesperanza y estado emocional negativo, con señalamiento de mayor riesgo de desarrollo de comportamiento suicida en hombres que en mujeres.

En la investigación, se observa una diferencia entre los modelos de relación por sexo, encontrando mayor cantidad de variables descriptivas en los hombres que en las mujeres y antecedentes de intentos suicidas, lo cual sugiere mayor riesgo de continuidad del comportamiento suicida en hombres que en mujeres.

Vásquez y Pajares (2015), en la investigación, Relación entre resiliencia y Bienestar Psicológico en las adolescentes tuteladas del Hogar Belén de la ciudad de Cajamarca, su objetivo fue determinar la relación entre las variables, fue un estudio correlacional, se aplicó el Cuestionario de Ideaciones Suicidas de Reynolds y Mazza (SIQ) y la Escala de Bienestar

Psicológico de Ryff a una población de veintinueve adolescentes. El procesamiento de los datos se realizó a través de una matriz de tabulación, construida mediante el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 20), los análisis de los datos fueron realizados mediante la utilización de estadísticas descriptivas univariada y bivariada. Los hallazgos indican que alrededor de un tercio de las adolescentes tuteladas del Hogar Belén de Cajamarca presentan ideaciones suicidas de riesgo; asimismo identificaron que cerca de la mitad de las adolescentes evaluadas presentan un bajo o muy bajo nivel de bienestar psicológico.

Estos resultados podrían deberse a que las adolescentes presentan condiciones de abandono tanto parental como emocional y sus necesidades afectivas no son cubiertas por el personal de tutoras quienes las tienen a su cargo, situación que no les permite desarrollar las habilidades sociales necesarias que contribuyan a su bienestar psicológico.

Leal y Vásquez (2012), en la investigación, Ideación Suicida En Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia y Factores Asociados, se concluyó que la ideación suicida presentó un porcentaje significativo en los adolescentes quienes manifestaron que alguna vez en sus vidas experimentaron o tuvieron deseos de estar muertos (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 varones.

De acuerdo a la investigación, se concluye que existe mayor vulnerabilidad en las adolescentes mujeres que en los varones y que un porcentaje significativo de los entrevistados presentan deseos de estar muertos, siendo prevalentes los pensamientos de desesperanza y deseos de muerte.

2.2 Marco Teórico:

Resiliencia:

Definiciones de Resiliencia:

El vocablo resiliencia tiene su origen en el término latín “resilio”, que significa volver en un salto y rebotar. Claramente este término fue adaptado para caracterizar a las personas que a pesar de vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. (Mauricio, 2010).

Aguirre (2004) refiere que la resiliencia es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida tanto significativa como productiva. Además señala que puede darse en dos situaciones: la resiliencia frente a la destrucción, es decir protegiendo la integridad, y por otra parte, la resiliencia más allá de la resistencia, forjando un comportamiento vital positivo, pese a situaciones difíciles.

Así mismo, Smith (1992) la define como una historia de adaptaciones exitosas, en donde el individuo se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes. Según este autor, el concepto incluye, la capacidad de una persona de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

Rutter (2005) expresa que la resiliencia es un “fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales, caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano” (p.30).

Wolin y Wolin (1993) quienes refieren que la resiliencia es la capacidad de sobreponerse, soportar las penas y enmendarse uno mismo. Sostienen que el desarrollo de la resiliencia depende de la etapa de evolución, haciéndose más fuerte y consistente a medida que se desarrolla el individuo.

Para el estudio, se asume la definición de Wagnild y Young (1993) definen a la resiliencia como una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o

fibra emocional que se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

Modelos Teóricos de la Resiliencia:

La resiliencia es un término que se ha podido abordar desde diversos enfoques psicológicos, basándose en características de personas, que supieron enfrentar con éxito eventos traumáticos de su vida, al igual que lograron explicar los factores que influyeron para el desarrollo de esta capacidad.

1) Modelo del Desarrollo Psicosocial de Grotberg:

Esta teoría está relacionada con la teoría del desarrollo de Erikson, el cual afirma que la resiliencia es una respuesta ante la adversidad que se mantiene a lo largo de la vida o en un momento determinado y puede ser promovida durante el desarrollo del niño. Así mismo, el autor refiere que la resiliencia es efectiva, no sólo para enfrentar adversidades, sino también para la promoción de la salud mental y emocional de las personas. (Grotberg, 1996).

Infante (2002), explica que el término adversidad designa una constelación de factores de riesgo (pobreza, muerte de un familiar, entre otros), además refiere que la adversidad es subjetiva, pues para algunos, el enfrentarse a un contexto adverso resulta más complicado que para otros.

2) Modelo de Resiliencia de Richardson:

Richardson (2011), explica en su modelo de resiliencia, que es el proceso por el que una persona puede hacer frente a la adversidad, es decir, que al enfrentarse ante una situación problemática, no hay una única respuesta posible, ya que no todos reaccionamos de la misma manera.

Así mismo Saavedra (2004) refiere que ante esto, uno de los términos fundamentales de este modelo es la reintegración. Cuando la situación adversa llega, se enfrenta con los factores protectores que todos tenemos, tales como familia, la escuela y la comunidad; en función a estos factores y del grado en el que amortigüen la adversidad, la persona puede elegir consciente o inconscientemente cuatro opciones de reintegración:

Reintegración disfuncional, es cuando una persona no es capaz de asumir la situación adversa, por ello acaba realizando conductas destructivas o de riesgo consigo mismo (consumo de drogas, por ejemplo) o con los demás. Luego encontramos la *reintegración con pérdida*, en este caso, tras la ruptura, el individuo tiene motivación para superarla, sin embargo sufre pérdidas como, por ejemplo, de autoestima, estamos por tanto, ante una situación en la que el positivismo por salir adelante no evita el desajuste emocional de la persona. Como otra opción, está la *reintegración a zona de bienestar*, ésta se caracteriza por el regreso del individuo al momento vital anterior a la adversidad, pues la persona recupera el equilibrio. Y por último, se encuentra la *reintegración con resiliencia*, es decir, cuando la persona,

tras la ruptura, es capaz de experimentar un crecimiento positivo como resultado del aprendizaje realizado de la situación adversa.

3) Modelo Teórico de Wagnild y Young;

En la presente investigación se asume este modelo, en el que Wagnild y Young (1993), refieren que la resiliencia es una característica positiva de la personalidad, la cual permite resistir, tolerar la presión, los obstáculos que pueda enfrentar una persona y pese a ello hacer las cosas correctas. Además, puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y a las frustraciones que atraviesa, puede superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.

Wagnild y Young (1993), desarrollaron y evaluaron psicométricamente la Escala de Resiliencia (ER). Describieron la evolución y la evaluación inicial de los 25 ítems de la escala de Resiliencia en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades (Citado por Del Aguila 2003). El análisis de los principales factores componentes de la Escala fue llevado a cabo siguiendo una rotación oblimin, indicando que la estructura de estos factores era representativa de dos factores: Competencia Personal y Aceptación de Sí Mismo y de la vida, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia:

Factor I: Competencia personal, indicaban: auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia

Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida, representan: Adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Éste factor refleja aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos dos factores toman en consideración las siguientes dimensiones o características de la resiliencia:

- Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y un “esperar tranquilo”, tomar las cosas como vengan y por ende se moderan respuestas extremas ante la adversidad.
- Perseverancia: Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y permanecer involucrado, así como practicar la autodisciplina.
- Confianza en sí mismo: Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

- Satisfacción personal: Está referida a comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones, además del sentimiento de haber logrado algo valioso y habernos convertido en alguien valioso por la consecución de nuestros objetivos.
- Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solos; el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

Según Pesce, Assis, Santos y Oliveira (2004), es uno de los pocos instrumentos usados para medir niveles de adaptación psicosocial positiva frente a eventos de vida importantes.

4) Modelo del Desafío de Wolin y Wolin:

En el cual Wolin y Wolin (1993) manifiestan que resiliencia implica ir desde el enfoque de riesgo hasta el enfoque del desafío, donde cada desgracia o adversidad que representa un daño o una pérdida puede significar una capacidad de afronte o un escudo de resiliencia, que no permitirá a estos factores adversos dañar a la persona, sino por el contrario, beneficiarla, para luego transformarla positivamente, lo cual constituye un factor de superación, y apoyo para los adolescentes.

Prado y del Águila (2000), asumen siete factores para elaborar la escala de resiliencia en adolescentes, estos componentes están basados en la

teoría de Wolin y Wolin, denominándose “la mandala de resiliencia”; estos elementos son nombramos a continuación:

1) Insight:

Es la habilidad para saber y entender las situaciones, verse diferentes de los padres tanto en fortalezas como en oportunidades y no sentirse culpables por problemas del pasado.

Se considera al insight como un acto propiamente cognitivo, pues implica un proceso de conocimiento y resolución de problemas, que se desarrolla mediante la confianza en las virtudes y la aceptación de las debilidades, logrando liberarse de suposiciones erradas, permitiendo un desarrollo personal, equilibrado y sano. (Bowden & Jung-Beeman, 2007)

2) Independencia:

Se define, como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; es la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

Así mismo se considera como la capacidad de distanciarse de las situaciones adversas, estableciendo para ello límites físicos o emocionales que permitan hacer la distinción sobre qué es la situación y la persona, se manifiesta durante la adolescencia, mediante el hecho de emplear estrategias de afrontamiento frente a las situaciones desagradables. (Kroger, 1993)

Además, Toledo (1998) refiere que las relaciones personales, los amigos y el grupo, son un medio de socialización prioritario después de la familia, donde se aprende con los pares a forjar la independencia, a tomar y poner en marcha tanto las pequeñas como grandes decisiones.

3) Interacción:

Es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento; si es baja, se suele dar por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia.

4) Iniciativa:

Es el gusto de exigirse, ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes y ejercer control sobre los problemas.

Mitchell (2010) menciona que la iniciativa se desarrolla durante la adolescencia a través de experiencias de dominio y del establecimiento de relaciones de apoyo con sus iguales y el mundo adulto, asimismo depende de la motivación intrínseca y extrínseca, para lograr los objetivos a medio y largo plazo.

5) Humor:

Es encontrar lo cómico en la propia tragedia, permitirse ahorrar sentimientos negativos, aunque sea transitoriamente y soportar

situaciones adversas. Así mismo, el humor ayuda a una aceptación madura de la desgracia común y facilita cierta distancia con el problema, favoreciendo la toma de decisiones para resolverlo. (Suárez, 2002).

Burnham (2009), refiere que esta cualidad se desarrolla en la adolescencia, siendo el producto de los grandes cambios físicos y psicológicos e influido por sus relaciones intrapersonales. Así mismo Vásquez y Picardi (s.f) refieren que para poder fortalecer la capacidad del sentido del humor es necesario encontrar un lugar donde se pueda ser uno mismo y donde se pueda expresar.

6) Creatividad:

Es la capacidad para imponer orden y belleza al caos de las experiencias adversas, así como moldearse en el esfuerzo y disciplina para convertir el caos en arte.

Serrano (2005), afirma que es sumamente importante la capacidad de creatividad en los adolescentes activando defensas protectoras como mecanismos personales a través de las organizaciones extra familiares.

7) Moralidad:

Entendida como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores.

Munist (1998), refiere que la resiliencia es una capacidad que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales y morales en las que él se desenvuelve. Además, Cordini (2005), refiere que la participación en grupos sociales, sean de carácter religioso, de estudio o de entretenimiento, son importantes en el desarrollo de la identidad resiliente del adolescente.

Dentro de las investigaciones adelantadas, se ha establecido que estos atributos o factores se conforman al operar integradamente un sistema de protección, que fortalece el análisis y la toma de decisiones (en el sentir, pensar y actuar) pero que sobre todo crea una plataforma o un mapa para enfrentar la crisis que se enriquece permanentemente.

Importancia de la Resiliencia:

Wolin y Wolin (1993), sostienen que la resiliencia es importante cuando se desarrolla dependiendo de la etapa de evolución de la persona, pues hace individuos más fuertes y consistentes a medida que atraviesan diferentes ciclos en su vida. Además no consideran el desarrollo de la resiliencia en singular, sino en plural, pues identifican siete factores significativos para formar una persona resiliente, como ya se explicó anteriormente, éstos factores son: insight, independencia, interacción, iniciativa, humor, creatividad y moralidad.

Además, Baldwin (1992) señala la importancia que tiene la resiliencia para los hogares que se desenvuelven en ambientes de alto riesgo.

Señala también que la iglesia, como grupo de apoyo social, refuerza las políticas parentales de crianza y provee influencias con pares que refuerzan los valores familiares, constituyéndose por tanto, un elemento relevante dentro del desarrollo positivo.

Por otro lado, Meyer (1957) refiere que la resiliencia es una característica que se desarrolla en relación a su importancia, puesto que en las personas, se puede observar las distintas formas en que éstas enfrentan las situaciones de vida, así como las experiencias claves o los momentos de transición. Debido a esto, muchas de ellas logran alcanzar su desarrollo y sobre todo su satisfacción personal.

De igual manera, Werner (1989) plantea que el tema de la resiliencia resulta importante, en tanto que a partir de su conocimiento, es posible diseñar políticas de intervención. Según esta autora, la intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de ayudar a la persona a encontrar el equilibrio en medio de condiciones que tienden hacia la vulnerabilidad.

Resiliencia y Adolescencia:

La adolescencia es una etapa de cambio continuo, rápido desarrollo, adquisición de nuevas capacidades y lo más relevante es que se empieza a elaborar un proyecto de vida personal. Por todo esto, es un momento oportuno para fortalecer el desarrollo, potenciar los factores protectores y prevenir conductas de riesgo.

Zabalo (2004) encontró como características de los adolescentes resilientes: el optimismo, la autoestima, la autoconfianza, la introspección, la independencia, la creatividad, el sentido del humor, la curiosidad, y la moralidad.

Así mismo Wolin y Wolin (1993) señalan la importancia que tienen los factores de resiliencia en la adolescencia, por ejemplo; el insight en los adolescentes, permite la autoevaluación o auto examinación de sus capacidades; la independencia, les ayuda a no involucrarse en situaciones conflictivas; la interacción, les favorece el establecimiento de redes sociales de apoyo con el fin de encontrar nuevas formas de superar las adversidades; la iniciativa, aparece como un factor importante para proyectar los objetivos a través de la inclinación al estudio, práctica de deportes y actividades extraescolares como hobbies y trabajos voluntarios además, la creatividad favorecen el desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar y bailar; la moralidad, que a través de los valores propios busca que ellos establezcan juicios de forma independiente de los padres, igualmente desarrollan la lealtad y la compasión; por último, el sentido del humor, que con la capacidad de reír, moldea los sentimientos negativos que pueden provocar un conflicto.

Además, Lazaru y Folkman (1986) afirman que el adolescente es un ser deseoso de independencia, es por ello que busca el camino para afrontar la adversidad teniendo como base sus relaciones interpersonales, por lo tanto no necesitan de la familia indispensablemente para poder hacer

frente a problemas, lo que podría deberse al aprendizaje social en otros entornos donde se desarrolle.

Resiliencia y Violencia Sexual:

La felicidad y el bienestar del niño no son un efecto de la casualidad o la suerte, es una producción humana nunca individual, ni siquiera familiar, sino el resultado del esfuerzo de la sociedad en su conjunto. La protección y la defensa de los derechos de los niños constituyen la tarea de todos los que se reconocen como seres humanos. El maltrato es humillante e impone un sentimiento de inutilidad, desamparo, desesperanza, incompetencia social y culpa en los niños que para escapar de él, deben realizar un extraordinario esfuerzo, para controlar el resto de sus vidas o emplear la fuerza para victimizar a otros. Sin embargo, la capacidad de muchas personas que han sufrido situaciones indeseables para llevar unas vidas normales es un testimonio claro de la elasticidad del espíritu humano, de su capacidad de resiliencia. Los que han tenido que superar una gran prueba describen, el encuentro con una persona significativa, la comprensión el amor, la fantasía, el optimismo, el humor, el afecto, la aceptación de sí mismo, la ilusión, la alegría, la generosidad, la esperanza, la creatividad, el gusto por la vida, el trabajo, etc. como factores de resiliencia. Somos los adultos quienes debemos disponer alrededor del niño las guías de desarrollo que les permitirán tejer su resiliencia.

El abuso sexual puede trascender y vulnerar la percepción de calidad de vida del niño o adolescente incluso hasta la vida adulta. La calidad de vida en la infancia (CVI) es la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales (Quiceno, 2007), este constructo se viene estudiando en niños y adolescentes desde los años 80s y a partir del año 2000 en adelante hay un aumento paulatino de investigaciones en el área centradas especialmente en el ámbito de la pediatría, pero en el ámbito educativo y en salud mental las investigaciones son pocas (Quiceno y Vinaccia, 2008).

Por el contrario a la mirada tradicional adversidad versus comportamiento perturbador en la vida adulta, otros estudios han encontrado que algunos niños y adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual cuando son adultos llegan a ser personas psicológicamente estables, con un funcionamiento normal en su vida diaria y sin resentimientos por su agresor, encontrando en éstos como factor común de protección la resiliencia (Collishaw et al., 2007; DuMont, Widom y Czaja, 2007). Según Becoña (2006), la resiliencia tiene como origen etimológico la palabra latina «resilio» que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En la infancia se define como la capacidad de responder y desarrollarse ante la experiencia de eventos vitales estresantes (Markstrom, Marshall y Tryon, 2000). Una explicación de

cómo la resiliencia operaría frente a un evento vital estresante de abuso sexual en la infancia se daría a partir de la resiliencia psicobiológica que indica que un niño abusado presentaría una regulación epigenética, es decir, adaptación cerebral al medio violento, desarrollando además la plasticidad cerebral, todo esto explicaría los mecanismos psicobiológicos de la resiliencia frente a episodios traumáticos (Pereda y Gallardo-Pujo, 2011)

Ideación Suicida:

La Ideación Suicida como primer eslabón del suicidio:

Existe el consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inician con la ideación suicida (Pérez 1999; Dias de Mattos 2010). Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. Consideramos que estas dos concepciones sobre la ideación suicida tienen como característica similar el ser

conceptualmente inespecíficas, ya que tienen problemas para su operacionalización.

Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte. El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios siendo uno de los más importantes la ideación suicida.

Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., (2009) señalaron cinco etapas del suicidio aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales:

- 1) Ideación suicida pasiva,
- 2) Contemplación activa del propio suicidio,
- 3) Planeación y preparación,
- 4) Ejecución del intento suicida, y
- 5) El suicidio consumado.

Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que, de acuerdo a los cánones tradicionalistas en Psicología se le atribuye una relación causal reduccionista-determinista (Mondragón, et al., 1998). Aun y cuando diversos autores señalan que el suicidio es un fenómeno multi determinado y que la ideación suicida está contemplada como uno de los factores principales, se sigue

destacando su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005).

Desde una perspectiva de campo en psicología en donde la naturaleza o propiedades de los factores no son necesarias en la explicación de los fenómenos, la ideación suicida sería considerada como una variable latente. Las variables latentes, son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Sin embargo el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas transespaciales (Kantor, 1969). Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas (Corral, 1995). En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino (Kantor 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos).

La ideación suicida:

No es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio. Por otra parte, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcuá, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal. En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito. Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves. De acuerdo a datos proporcionados por McIntosh, et al. (1994), el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas

mayores. Estos investigadores estimaron que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1-2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1-100-200. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Moscicki, 1995). La tasa elevada de prevalencia entre los jóvenes de comportamiento suicida no mortal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento que dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, nos llevan a incursionar en el análisis de la ideación suicida en adolescentes como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio. De lo anteriormente expuesto, la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio.

Pérez (2006) Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría en su estudio; La idea suicida. Semiología y Semiología Concepto y variedades clínicas, refiere que la idea suicida consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia y puede manifestarse de las siguientes maneras:

A.- Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo

hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.

B.- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.

C.- Idea suicida con un método específico pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.

D.- Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de

desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

Los seres humanos poseemos una habilidad única para procesar información; es decir, para combinarla, transformarla, relacionarla y llegar con esto a nuevas ideas. Esta habilidad tan exquisitamente humana, de la cual el hombre se ha beneficiado enormemente para dar solución a los problemas presentados a lo largo de nuestra existencia, puede, en algunos casos, volverse en nuestra contra (Durante, 2003). Tal es el caso de las ideas suicidas, lo cual hace énfasis a pensamientos autodestructivos que surgen a partir de un suceso el cual es percibido como triste, desesperanzador, estresante o simplemente irresoluble. Este tipo de pensamientos guían al hombre, finalmente hacia el suicidio o a un intento del mismo. Una muerte prematura es un hecho lamentable y dramático, más si se trata del suicidio y decidir morirse a los 14 años, cuando falta tanto por vivir, es un ejemplo de ello.

Es así que, si desglosamos el comportamiento de los sujetos suicidas, es inevitable encontrar que todo se desprende de un suceso generador de ideas distorsionadas sobre la realidad, por lo cual, la persona se ve envuelta en una incapacidad de solucionar sus dificultades, ideando una mal llamada “solución” a todo ello, denominada suicidio. Es así, como (Gallardo 2002) postula que, el comportamiento suicida, se inicia con ideas autodestructivas, en las cuales el objetivo final es acabar con una dura existencia.

Existen teorías que intentan explicar esta problemática presentada por el ser humano, pero en este caso se han tomado en cuenta 2, las cuales se encuentran implícitas en la producción de ideas suicidas: La Teoría Social y La Teoría Cognitivo – Conductual:

1. La Teoría Social de Durkheim (1987), ésta teoría afirma que las ideas suicidas son de naturaleza no psicológica o no psiquiátrica. Se trata de la ideación de una muerte que sería resultado de un acto causado por la percepción positiva o negativa que tiene la víctima de la muerte. Esta definición imparcial fue un enfoque científico que puso al suicidio fuera de la categoría de la locura o demencia y fue paradigma durante el siglo XIX. Además de esto, Durkheim comprendió a las ideas de suicidio como un síntoma de ausencia de involucramiento que el individuo no pudo establecer con la sociedad. Según la relación del individuo con el grupo social, se establecen 4 tipos de suicidio, los cuales previamente han sido ideados, pensados. Entre ellos, se menciona el suicidio egoísta, el cual engloba a individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social. En segundo lugar tenemos el suicidio altruista, dentro del cual encontramos individuos que están fuertemente integrados en el grupo social, pero sufren falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados), otro de ellos es el suicidio anónimo que lo ejecutan sujetos con la integración en el grupo alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida). Suicidio Fatalista: Como resultado de un exceso de

reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

Durkheim destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento de las ideas suicidas. Afirmó además, que la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

En conclusión, Durkheim afirma que las ideas suicidas son producto de una alteración en la integración del sujeto con el medio en el que se desenvuelve a diario, ya sea la escuela, la universidad, su barrio, iglesia, etc. Los cuales servirán como factores protectores o de riesgo al momento de resolver problemas cotidianos y tomar decisiones.

2. La teoría Cognitivo Conductual de Aaron Beck. Beck realizó contribuciones importantísimas en cuanto a las ideas suicidas, su origen e intervención. Por ello, la presente investigación se ha guiado en esta línea de estudio, bajo la teoría del Dr. Beck, (1969) quien asume que las ideas suicidas tienen origen en ciertos “esquemas mentales” (conjunto de significados idiosincrásicos con los cuales la persona va dando sentido a lo que va viviendo). Estos esquemas se van formando teniendo en cuenta la cultura y la educación que recibe la persona a lo largo de su vida, los mismos que permanecen latentes, hasta el momento en que un suceso que parece desesperanzador, los activa, generando ideas autodestructivas. Estos mismos alteran la percepción de 3 aspectos fundamentales, Beck (1970) afirma que la Triada

Cognitiva es la responsable de este tipo de pensamientos. Esta misma está conformada por:

- 1) Visión negativa de sí mismo,
- 2) Del entorno,
- 3) Del futuro.

La persona que presenta ideas suicidas tiene un concepto de sí mismo desvalorizado, despreciado. Resalta sus aspectos negativos, siendo difícil ver aspectos positivos de su persona, resalta aspectos negativos de su medio ambiente, incluyendo las personas que los rodean, siendo el estado emocional de pesimismo lo que los caracteriza, ya que creen que en su futuro nada cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimientos.

Dentro de la triada cognitiva, este pesimismo se conoce con el nombre de Desesperanza aprendida. La persona con desesperanza aprendida presenta pensamientos automáticos (corto plazo) que adoptan la forma de frases tales como “soy inútil”, “no valgo nada”, “soy tonto(a)”, “nunca podré”, etc. Las mismas que repercuten de manera negativa en la forma de actuar del individuo, pues es bien sabido que, nuestro actuar y nuestras emociones, tienen origen en nuestros pensamientos sobre una determinada experiencia (Beck, 1969).

Sabemos además que, en la actualidad, este tipo de pensamientos autodestructivos se presentan no solo en personas adultas o ancianos, las exigencias de la vida diaria, la competencia constante y los estilos

de crianza contribuyen que tanto niños y adolescentes presenten ideas suicidas.

Sobre todo, la etapa de la adolescencia encierra una serie de transformaciones, tanto físicas como psicológicas, desde una perspectiva cognitiva, se afirma que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no solo realidades concretas, por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia.

Morirse es en esta etapa del ciclo vital una metáfora potente de situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano alude a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas (“me muero de ganas”) como de soledad y frustración (“me muero de aburrimiento). Kastenbaum (1986), afirma la validez de la expresión “muero, luego existo” para esta etapa del desarrollo. La reconstrucción de la identidad, en la adolescencia incorpora las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.

De acuerdo a este modelo Cognitivo Conductual, se han realizado diversas investigaciones que intentan conocer los efectos de Programas dirigidos a poblaciones similares a la del presente estudio con la misma problemática. Entre ellos tenemos:

Duarte y otros (2011), que tras llevar a cabo su investigación, concluyeron que el Programa Cognitivo Conductual al inicio no tuvo

efectos significativos, pero al finalizar el total de sesiones, hubo una gran diferencia en los resultados, puesto que el 34,8% evidenció un cambio confiable y el 75,2% cambios clínicos significativos en cuanto a la disminución de presencia de ideas suicidas.

Stark, March y otros (2011), encontraron que la terapia cognitivo conductual, llevada a cabo en 516 adolescentes, de manera grupal 1 hora semanal, dieron los efectos esperados luego de 8 meses. Generando que los participantes, quienes habían sido diagnosticados con depresión mayor, disminuyan significativamente uno de los síntomas principales y potencialmente peligrosos, las ideas suicidas.

Yache y Beardslee (2013), encontraron que luego de haber aplicado un programa basado en técnicas cognitivo conductuales, a un grupo de 316 adolescentes hijos de padres depresivos y no depresivos, solo obtuvieron resultados favorables o significativos en el grupo de adolescentes hijos de padres sin depresión. El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales.

¿Qué es la ideación suicida para los cognitivos?

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.

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal) Para poder prevenir cualquier tipo de conducta suicida, es de gran importancia que el especialista sea capaz de reconocer los signos de inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir y detectar la presencia de ideación suicida de su cliente. Es aconsejable considerar la posibilidad de que el cliente niegue la ideación suicida cuando sea entrevistado para evitar que se descubra su plan, por temor a que genere ansiedad en el terapeuta o porque crea que pone la relación terapéutica en riesgo. También es posible que sienta cierto alivio transitorio en la consulta del terapeuta y no perciba la posibilidad de verse alicaído después, o puede darse la situación de que esté tan desconectado de su experiencia interna que ni siquiera lo perciba. En general, y aunque en ocasiones resulte difícil preguntar directamente a la persona sobre sus ideas

suicidas, si el terapeuta tuviera la más mínima duda ha de proceder considerando que tales indicios existen y el cliente pudiera encontrarse en riesgo.

Algunas ideas sobre el funcionamiento de la Ideación Suicida:

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida, si bien explicarlas en el texto sobrepasa los objetivos de este estudio. No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa.

Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos para determinar más claramente las condiciones y factores relevantes en el proceso de suicidio, y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos sino que son particulares a la historia de cada persona.

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). Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis (por ejemplo, apoyo social). Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (adaptado de Williams y Pollock, 2001; citado en Palmer, 2007)

Factores de riesgo asociados a la Ideación Suicida:

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, et al. 2009). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio.

Ideación suicida y factores psicológicos: El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. Por lo que consideramos importante realizar un breve análisis de cada uno de estos factores de riesgo. Cabe destacar que en una perspectiva de campo como la que se adopta en esta investigación, las variables psicológicas se consideran como una descripción del comportamiento psicológico como organización funcional y no se preocupa en buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen. Por tal motivo, a continuación se realiza una breve descripción de las variables psicológicas asociadas a la ideación suicida, así como la re conceptualización en términos de campo de dichas variables:

a) Ideación Suicida y Depresión:

Diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Lau y Lee, 2009; Garlow et al. 2008; McLaren y Challis, 2009; Sánchez-Sosa al 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011). Krug (2003) en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS se señala que aproximadamente el 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos. Inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se

debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka 2009). En una investigación realizada por Sánchez-Sosa (2010) con población adolescente, encontraron mediante un análisis de modelamiento estructural que la sintomatología depresiva presenta una relación significativa, directa y positiva con la ideación suicida. Señalándose como la variable que mejor predice la ideación suicida al constituirse como el factor con el coeficiente estructural más alto. La APA (2002) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por desesperanza y tristeza aunado a una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Coffin, Álvarez y Marín (2011) plantean que la depresión ocurre en las esferas psíquica, somática y conductual reflejándose en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo de pertenencia. Ésta es una concepción de la depresión como entidad causal propia de la tradición intelectualista en Psicología que, además de adoptar una postura unicausal enfatiza que lo psicológico es producto de entidades internas subjetivas. Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos. Generando con esto una confusión conceptual respecto a este factor.

Desde una perspectiva de campo las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también están presentes en otros organismos. Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (alegría, tristeza, euforia, nostalgia, coraje, etc.) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren, ya que la situación está mediada por experiencias previas de aprendizaje. Así, en base a este concepto se debe considerar a la emoción como un comportamiento biológico-funcional producto de interacciones complejas con el medio ambiente físico y social. Por su parte, la depresión constituiría un comportamiento emocional disfuncional. De tal forma que una concepción de campo de la depresión se deberá centrar en el ámbito interactivo y no en supuestas características y/o propiedades, sobre todo cuando dichas propiedades son subjetivas e inespaciales.

b) Ideación Suicida y Autoestima:

La autoestima, es también una variable psicológica relacionada con la ideación suicida. Miranda (2009) encontraron diferencias significativas en donde observaron que el grupo con ideación presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación. La autoestima se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; mediante este constructo se expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio que tiene de sí mismo una persona; es decir es un evento privado pero no en el sentido internalista sino de unicidad, por lo que debe de conceptualizarse como un evento personal y no subjetivo. De tal manera que, el concepto de autoestima es considerado como un tipo de aprendizaje social de auto descripción (Epling y Pierce, 1992) producto de la interacción y la historia comportamental del individuo. La evidencia empírica con respecto a la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida ya que mientras en algunas investigaciones se observa que la autoestima no se relaciona significativamente con la ideación suicida (Jiménez, Mondragón y González, 2007), en otras se constata una relación directa y significativa entre estas variables (Yoder y Hoyt, 2005). Asimismo, Wilburn y Smith (2005) proponen en otro estudio que una baja autoestima predispone al adolescente a la depresión y por ende a las

ideas suicidas. La falta de consenso encontrada en la literatura especializada en torno a la relación entre autoestima e ideación suicida, podría encontrar explicación en los resultados obtenidos en una investigación, realizada por Sanchez-Sosa (2011) en donde se plantearon tres modelos explicativos de ideación suicida (uno general y dos en base a sexo), encontrando que la relación directa estimada entre la autoestima social y la ideación suicida en el contraste empírico no fue significativa tanto para el modelo general como para el modelo de mujeres. Sin embargo, en el modelo de hombres se expresa una relación directa y significativa entre autoestima social y la ideación suicida, además de una relación indirecta entre estas a través del efecto directo de la autoestima social con la sintomatología depresiva. Este Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida en hombres propuesto en esta investigación se encuentra en la misma línea que en el modelo estructural propuesto por Sun, Hui y Watkins (2006), quienes observaron una relación directa de variables contextuales con la autoestima la cual, a su vez, tenía una relación directa con la depresión que finalmente predecía a la ideación suicida. Estos resultados sugieren que la relación entre autoestima social e ideación suicida esta mediada por el sexo, por lo que consideramos que en futuras investigaciones se tome en cuenta esta variable.

c) Ideación Suicida y Consumo de Drogas:

El consumo abusivo de drogas legales, específicamente el alcohol y las drogas ilegales son variables que frecuentemente son asociadas a la ideación y el comportamiento suicida. Murphy y Wetzel, (1990) informaron que en los Estados Unidos de Norteamérica una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol llegando incluso a considerar que el riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos. Esto resulta particularmente relevante si tomamos en cuenta que el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (OMS, 2004), lo cual representa una grave amenaza para la salud pública ya que genera consecuencias negativas en todos los niveles: biológico, físico y psicológico no solamente en quienes lo consumen, sino también en las personas con las que interactúan. Asimismo, los problemas asociados al alcohol como los accidentes de tráfico, la violencia en sus diferentes acepciones incluyendo al suicidio han adquirido proporciones alarmantes, hasta el punto que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios y sociales más importantes en el mundo (Elzo, 2010; Fernández y Marco, 2010; Ministerio de Sanidad, 2010). Esta condición se agrava si se toma en cuenta que tanto en México como en los países nórdicos y del mediterráneo el patrón de consumo se caracteriza por una alta

ingesta en un período corto de tiempo -al menos cinco copas por encuentro cada fin de semana y, en los casos graves, a diario (Choquet, 2010; Elzo, 2010). Si a esto añadimos el hecho de que el 64% de los adolescentes cree que beber es normal y que la edad de inicio en el consumo sea de 14 años (Elzo, 2010; Hernández, 2009) conlleva un importante peligro tanto para la salud individual como para la salud pública, con el agravante de que bajo ciertas condiciones, aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema y por ende los problemas asociados al consumo (como lo es el suicidio) durante la vida adulta (Villarreal et al., 2010; La espada, 2010).

d) Ideación Suicida y Desórdenes Alimenticios:

Estudios recientes han encontrado una relación importante entre variables asociadas a problemas alimentarios y la ideación suicida. Goldney (2009) realizó un estudio para determinar la relación entre índice de masa corporal, salud mental e ideación suicida en el cual concluye que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida. En una investigación con adolescentes coreanos, Don, Sik (2009) encontraron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociada a desórdenes alimenticios. En relación a este supuesto, Sánchez y Sosa (2010) encontraron una relación directa y

significativa de las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida.

e) Ideación Suicida y otras formas de Violencia:

Como mencionamos al principio del capítulo tanto el suicidio como la ideación suicida son considerados como violencia auto-infringida, por tal motivo su relación con otras formas de violencia como la violencia escolar, violencia entre la pareja y violencia intrafamiliar, son variables que comúnmente están presentes en estas problemáticas. Serrano y Flores (2005) en una investigación realizada con adolescentes enfatizan la importancia de la dimensión de la pareja en la vida de los adolescentes, la cual, al ser caracterizada por relaciones agresivas, influye en la aparición de rasgos suicidas. Respecto a la relación de pareja en los adultos, Krug (2003) señala que los estudios sobre la relación entre el estado civil y las conductas suicidas revelan que las tasas más altas de este fenómeno se dan entre las personas separadas o divorciadas, incrementándose este porcentaje entre los hombres, especialmente en los primeros meses de la pérdida o separación. Pérez y Olmos (2007) en un estudio realizado en una clínica de Colombia durante el periodo 2003-2005 encontraron que los eventos estresantes familiares fueron los que más se relacionaron con ideación e intento suicida.

f) Ideación Suicida y Violencia de Género:

La violencia de género está entendida como aquella en la que se manifiesta como el trato desigual entre hombres y mujeres, donde predomina la dominación de la mujer por el hombre, en la que a la mujer se le ponen obstáculos que impiden el pleno desarrollo de sus capacidades, por su sola condición de género. Ésta violencia comprende la discriminación hacia la mujer en todos los ámbitos en los que desarrolla su vida: Laboral, institucional, académico, político, emocional y sexual. Además el tráfico de mujeres y niñas, prostitución forzada, acoso sexual, discriminación religiosa, violencia física, sexual y psicológica tolerada por el Estado son formas de Violencia de Género.

En el mundo occidental en general, el estereotipo masculino típico presenta al hombre como dominante, independiente, competitivo, confiado, seguro en sí mismo, auto afirmativo, y lógico; y a las mujeres como sometidas, dependientes, emotivas, conformistas, tiernas y maternales; estos estereotipos han perdurado a través de las décadas. Skrypenek y Snyder (1986). Una posible causa de esta persistencia es que a la hora de interactuar hombres y mujeres utilizan guías un tanto estereotipadas para la interacción mutua, limitando en forma recíproca sus conductas de manera tal que todas sus conductas se adecuen a las respuestas sexuales convencionales. Ambos están atravesados (hasta atrapados en) por un sistema

simbólico que orienta su *ser en el mundo*, pero que ellos mismos reproducen y mantienen de manera sutil y permanente.

Los estereotipos pueden tener mayor o menos claridad respecto a lo que se espera; por lo general, en las sociedades occidentales hay una mayor definición de lo esperado para los hombres que para las mujeres. Esto podría estar directamente vinculado con el par actividad / pasividad que suele adjudicarse al hombre y la mujer, respectivamente. Vander, menciona algunos estudios que dejan entrever cuáles son las expectativas entorno a los hombres: existiendo 3 expectativas predominantes, todas vinculadas con el “deber ser”: cómo deben vivir (activos, valientes, aventureros, ambiciosos, independientes, competitivos, dinámicos, orientados a la acción), cómo deben manejarse con los demás (dominantes, autoafirmativos y demostrar poder) y cómo deben manejar sus emociones Cicone y Ruble (1978). Este último aspecto es el más relevante desde el punto de vista de salud mental ya que se espera que sean equilibrados y controlados, manifestado una actitud realista, y a veces hasta distante y fría.

Cualquier muestra de ternura o emocionalidad suelen ser interpretados como un signo de debilidad o incluso como un rasgo femenino. Las mujeres suelen ser vistas como irracionales, emocionales, exageradas y cercanas a la naturaleza. Es de esperar que a la hora de comunicar su malestar subjetivo y hasta buscar ayuda profesional o contactarse con personal de salud mental haya

una trazada diferencia entre ambos. (Mind Information Factsheet, 2008). Estos estereotipos, tanto femeninos como masculinos, son esenciales al momento de estimar factores de riesgo específicos para cada género.

Estas definiciones más o menos claras respecto a las expectativas se desprenden de las nociones de masculinidad y feminidad existentes.

Al respecto se debe especificar que existen factores de riesgo específicos, vinculados con aquellos roles, estereotipos, y expectativas de género, y forma de significar y comportarse en la vida, que pueden predisponer a hombres y mujeres a padecer ciertos trastornos mentales. No se trata sólo de lo que socialmente se espera que haga un hombre o una mujer, sino es la forma en la cual cada uno significa su experiencia y vivencias, y en especial, los modos de afrontamiento de eventos estresantes o dificultades vitales, que pueden predisponer en mayor o menor medida a padecer trastornos mentales.

En los intentos de explicar la razón del mayor riesgo a desarrollar trastornos vinculados con la ansiedad y la depresión en mujeres que en hombres, se han mencionado factores genéticos, hormonales, psicológicos y socioculturales (Bonet, 2007).

Definitivamente se han descrito los efectos perjudiciales del abuso sexual en la niñez, la privación socioeconómica, la violencia física, emocional y sexual en la salud de las mujeres. Bonet distingue dentro de los factores de riesgo aquellos que son específicos de

género para la depresión en la mujer, como la ausencia de un confidente, menor educación secundaria, la presencia de niños pequeños en el hogar, la dificultad para trabajar fuera de la casa, el matrimonio inestable y la sensación de desamparo.

Según un estudio citado en un informe impulsado por la OMS y realizado por Piccinelly y Gomez Halen (1997) respecto a diferencias de género en la prevalencia de ciertas enfermedades psiquiátricas, los factores de riesgo se vinculan en forma estrecha con la forma en que los agentes de socialización y los estereotipos de género afectan la construcción de la identidad de género de un niño. En general, los padres tienen a incitar conductas dependientes y actitudes de cuidado y protección en las niñas, mientras que los niños son incentivados a desarrollar cierta independencia y a involucrarse en actividades físicas y activas. Esto estaría de acuerdo con ciertos estereotipos y mandatos culturales que enfatizan la autoconfianza y competencia en los hombres en oposición a la pasividad, el desamparo y la dependencia en las mujeres. El tipo de socialización acorde a los estereotipos de género también enfatiza mayor preocupación respecto a la autoevaluación y expresión de emociones en las mujeres que en hombres; favoreciendo la aparición de cuadros depresivos en las primeras. Parecería que la mayor preocupación por parte de la mujer por complacer a otros puede a veces generar la sensación de no ser o hacer lo suficiente en relación a estándares externos; generando sentimientos de pérdida de dominio y control de

sí mismo. Este estudio, tras un análisis extenso en cuanto a patrones de conducta de género, halló que en términos generales las adolescentes mujeres tendían a tener menores expectativas, auto atribuciones negativas y menor tolerancia al error que el hombre. Sin embargo, la evidencia de que existen diferencias significativas de rasgos de personalidad tales como seguridad, y autoconfianza y pasividad es insuficiente para explicar la diferencia en la prevalencia psiquiátrica; más bien se trata de ciertas formas en las cuales los hombres y las mujeres tienden a responder a estados de ánimo deprimidos, que aumentarían la vulnerabilidad de la mujer a padecer depresión e ideación suicida. Ambos géneros poseen patrones de respuesta diferentes frente a sus propios sentimientos de depresión. Los hombres se involucran en actividades que los distraigan de su estado de ánimo por ejemplo, actividad física y las mujeres responden con menor actividad y cierta tendencia a la reflexión o pensamiento rumiante respecto a las posibles causas de su estado de ánimo deprimido, como así también las posibles consecuencias de su episodio depresivo. En relación a una respuesta activa como la de los hombres, la respuesta más rumiante puede amplificar episodios depresivos e interferir con conductas resilientes, llevando a una serie de fracasos en diversas esferas y una sensación global de indefensión. Esto, a su vez, facilita el acceso a recuerdos negativos que aumentan el malestar subjetivo y tienden a perpetuar el estado de ánimo deprimido.

g) Ideación Suicida y Violencia Sexual:

La violencia y la ideación suicida en los adolescentes constituyen fenómenos prevalentes en el ámbito mundial. A partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1996, la violencia comienza a considerarse como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo.

El abuso sexual está asociado con una gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia y en la edad adulta. Si se consideran las diferencias entre los dos sexos, destaca que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil problemas tales como el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros. En los hombres hay menos estudios al respecto y los resultados son poco congruentes; sin embargo, se han encontrado, entre otros efectos, la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión y la obsesión-compulsión, así como baja autoestima, ideación e intento suicidas y el abuso de sustancias.

Por la posible relación entre el abuso sexual y el intento suicida que documenta la literatura internacional, y la presencia de estas problemáticas en la población adolescente estudiantil, resulta

fundamental conocer no sólo su perfil epidemiológico sino también sus características para orientar los esfuerzos para prevenirlos. No basta con detectar la asociación entre el abuso sexual y el intento suicida, que pudieron haber experimentado los adolescentes, sino que resulta imperativo evaluar su impacto sobre el estado emocional actual, en particular en términos del malestar depresivo y la ideación suicida, ya que dichos acontecimientos pueden ser factores de riesgo emocional a corto y a largo plazo para desarrollar otros problemas de salud mental.

h) Ideación Suicida y Factores Sociales (Contextuales)

Otro grupo de factores asociados a la ideación suicida tiene que ver con los diversos contextos sociales de interacción sobre todo cuando se trata de adolescentes como serían el contexto familiar y escolar. En este periodo de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia, por lo que resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas. Siendo la familia y la escuela los principales referentes de desarrollo para el adolescente,

es prioritario el análisis de la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos en la ideación suicida.

i) Ideación Suicida y Contexto Familiar:

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables. Por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona. Musitu y Cava (2003) determinaron mediante una investigación la gran importancia que el apoyo de los padres tiene para el ajuste del adolescente. Estos investigadores encontraron que en el caso del ánimo depresivo, éste es menor en los adolescentes que perciben mayor apoyo del padre y de la madre. El apoyo familiar se plantea de esta forma como, un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de

afrontamiento y la autoestima) (Musitu, et al., 2001). En relación al contexto familiar, Lai y Shek (2009) en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong reportan correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar y la ideación suicida. Por su parte, Van Renen y Wild (2008) en un estudio comparativo encontraron que el grupo que reporto ideación suicida también informo una menor comunicación y conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez y Amezcua (2010) concluyeron que los estudiantes que refirieron tener poco apoyo familiar tienen un 69% más posibilidad de presentar ideación suicida. Sánchez-Sosa (2010) encontraron que a menor funcionamiento familiar, mayor sintomatología depresiva, lo que incrementa a su vez el riesgo de ideación suicida.

j) Ideación Suicida y Contexto Escolar:

La escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo y ajuste, ya que estos pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con sus iguales y profesores. Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades valiosas para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y el establecimiento de relaciones positivas, pero también pueden

constituir un terreno fértil para el desarrollo de conductas desadaptativas. Desde esta perspectiva, Musitu y Cava (2003) conceptualizaron que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con el objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida. Sánchez-Sosa (2010) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Perez y Amezcua, et al. (2010) refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida. Sánchez - Sosa (2011) estimaron un Modelo Explicativo Psicosocial de la Ideación Suicida en el que los problemas de integración escolar se relacionan directa y significativamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar y estas dos variables a su vez se asocian directa y significativamente a la ideación suicida. Lo cual ratifica el hecho de que la simple escolarización de los adolescentes no es un factor de protección, como comúnmente se cree, sino que por el contrario, los problemas de integración escolar se constituyen como factores de riesgo de conductas desadaptativas en los adolescentes. Lo que implica que los sistemas educativos deberán centrarse en modelos centrados en el aprendizaje y el desarrollo integral de los educandos, dejando a un lado los métodos tradicionales basados en la

instrucción y la enseñanza, que son promotores de criba y retraso académico, así como desintegración escolar. En México, la Dirección General de Prevención al Delito de la Procuraduría General de la República (2011) informó que en el 2009, las agresiones a compañeros de escuela la ejercen 8.8% de los niños de primaria y 5.6% de los estudiantes de secundaria. Asimismo, reportaron que el saldo fatal del bullying durante ese año fue de 190 suicidios de adolescentes lo que representa que uno de cada seis jóvenes víctimas terminó suicidándose. Sin embargo, no solo las víctimas de bullying están expuestas al suicidio. En un estudio de más de 16,000 adolescentes realizado en Finlandia, los investigadores encontraron mayor prevalencia de depresión e ideación suicida grave tanto entre los que eran intimidados en la escuela como entre los autores de la intimidación (Kaltiala-Heino1999).

A modo de resumen, consideramos tres aspectos que nos parecen de interés destacar que son:

- 1) El suicidio como un continuo,
- 2) El suicidio como un fenómeno multi determinado y,
- 3) El planteamiento psicosocial de campo de las variables psicológicas asociadas al suicidio

En cuanto al primer punto ya hemos planteado al suicidio como un continuo que en términos generales se inicia con una idea, pasa por

una etapa de intento suicida, para finalmente consumir el acto suicida propiciando la muerte del individuo. El hecho de que la ideación suicida sea considerada como la etapa inicial de dicho continuo y no como un factor de riesgo independiente del comportamiento suicida, implica que la investigación desarrollada en ideación suicida, sea particularmente importante para el diseño e implementación de programas preventivos de esta problemática mundial. Respecto al carácter multifactorial del suicidio, éste conlleva desde nuestro punto de vista un planteamiento holístico de índole metateórico que enriquece substantivamente lo hasta ahora planteado por la Comunidad Científica Internacional, en el sentido de que al adoptar esta postura holística se trascienden las explicaciones fatalistas que centran la causalidad en variables de naturaleza interna, para adentrarnos en otros escenarios en los que participa activamente el adolescente, como la familia (funcionamiento familiar), la escuela (problemas de integración escolar y victimización escolar), además de las variables psicológicas algunas comúnmente estudiadas como la depresión y autoestima y otras que empiezan a cobrar relevancia como las conductas alimentarias de riesgo. Asimismo, cabe destacar que la multideterminación de la conducta suicida, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que contribuyan a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como consecuencia de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas

desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la consumación del suicidio. Finalmente consideramos que el planteamiento de campo psicosocial de las variables psicológicas asociadas al comportamiento suicida, específicamente en la etapa de ideación es el aporte más importante y sustancial de este capítulo. La concepción de campo Psicosocial propone un sistema descriptivo y explicativo sincrónico al poner de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones, a diferencia del esquema causal clásico el cual es lógicamente diacrónico (Ribes, 2004). Contrario a las posturas teóricas clásicas, la propuesta de campo destaca como objeto de análisis la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, y López, 1985). Esta postura acorde con el concepto multifactorial del suicidio sirve de base para que en futuras investigaciones se analicen variables que integren aspectos sociales (contextuales) y psicológicos con la finalidad de construir modelos con mayor poder heurístico. Un ejemplo de esto se puede observar en el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida en adolescentes (MEPIS) en el que Sánchez (2011) estudió las relaciones entre variables contextuales y personales con la ideación suicida. Los autores de este trabajo encontraron una relación directa y significativa de la victimización escolar y de las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida, además de relaciones indirectas del contexto familiar (funcionamiento familiar) y escolar (problemas de integración

escolar) a través de las variables psicológicas. Asimismo, estos investigadores encontraron que la relación entre autoestima social e ideación suicida se encuentra moderada por el género.

Factores que influyen al comportamiento suicida:

Incluyen no solo la personalidad y las constelaciones psicosomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida. Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez. Por lo tanto se considera al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios, etc. sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo miembros de su familia, A veces, puede ocurrir que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad.

Se pueden hallar motivaciones para el suicidio entre personas de todas las sociedades, aunque predominan en personas jóvenes y de mediana edad. Su estado emocional es de dependencia, falta de madurez, impulsividad, etc. Con su conducta suicida expresan rabia o sus sentimientos de repulsión para forzar un cambio en la persona que los rechaza o le provoca sentimientos de culpa.

Es menos frecuente la explicación o la necesidad de expresar el remordimiento que la persona siente por haber hecho algo en sus relaciones con otros, y con respecto a la muerte, no obstante su comportamiento suicida por lo general la persona no quiere morir.

La acción suicida del individuo quiere dar a entender las presiones y tensiones interiores y satisfacer necesidades internas (lo típico es que esto ocurra después de haber sufrido la pérdida de un ser querido, o que se sienta incapaz de hacer trabajo alguno). Su estado anímico de depresión, retraimiento, agotamiento físico y emocional; puede presentarse como necesidad de explicación y penitencia por su sentimiento de culpa.

Causas que lleven al suicidio:

a) La influencia de los medios de comunicación en el suicidio:

Los medios de comunicación forman una parte sumamente importante en la recepción de información y de datos que constituyen nuestro bagaje cultural. Los medios masivos, influyen en su comportamiento y en sus actitudes ante la vida misma, ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar sus pautas de comportamiento a través de estereotipos o por la información que se le proporciona al individuo. Un caso muy común es la gran influencia que ejercen los noticieros ya que éste es un medio de comunicación masivo por excelencia y

presenta una imagen del mundo deteriorada y muchas veces de modo morboso, solo para atraer la atención del público.

b) Otras Causas:

Desde el punto de vista sociológico poco se sabe de las causas: Para algunos sería a causa de una dificultad de integración social por parte del suicida; para otros se debe a desórdenes mentales, incapacidades físicas, etc.

El suicidio en la juventud ha aumentado y algunos se lo atribuyen al abuso de las drogas y el alcohol.

Es más acertado afirmar que los mismos factores que llevan a las personas al alcohol o a las drogas, las lleven a intentos de cometer actos suicidas. Los factores de aislamiento social o psicológico y los estados depresivos tienen una mayor importancia en momentos de cometer el suicidio. El aislamiento psicológico producido a veces por la ruptura de los lazos afectivos, por las carencias endémicas de afecto o por la frustración de determinadas expectativas.

2.3 Marco Conceptual:

2.3.1 Definiciones operacionales:

Resiliencia: Es una característica positiva de la personalidad, la cual permite resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas. Además, puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y las

frustraciones que atraviesa, puede superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.- Wagnild y Young (1993)

Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y un “esperar tranquilo”, tomar las cosas como vengan y por ende se moderan respuestas extremas ante la adversidad.

Perseverancia: Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y permanecer involucrado, así como practicar la autodisciplina.

Confianza en sí mismo: Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

Satisfacción personal: Está referida a comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.

Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo; el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

Ideación suicida: Es el conjunto de percepciones, creencias, pensamientos y eventos que influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas que están orientados hacia el suicidio. Beck, (1964); Ellis, (1992). Son representaciones mentales que consisten en pensamientos asociados a terminar con la propia existencia. Pueden adoptar diferentes formas: La idea suicida sin un método específico o el plan suicida o idea suicida planificada, en la que la persona 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. González, (2010)

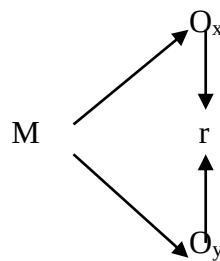
CAPÍTULO III
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación:

La presente investigación es de tipo aplicada, no experimental, de corte transversal y correlacional, porque asume una perspectiva teórica para describir y explicar un problema y al mismo tiempo los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación, se abordará una población vulnerable; en la que se tratará dos temas resiliencia e ideación suicida, que son considerados de importancia para la salud mental en nuestra región.

3.2. Diseño de Investigación:

Para confirmar la hipótesis de investigación se utilizara un diseño de investigación correlacional; el que nos permite evaluar el grado de relación entre las variables en estudio.



Donde:

M = adolescentes mujeres entre 15 a 17 años.

O_x = Niveles de resiliencia

O_y = Ideación suicida

r = Relación entre O_x y O_y.

3.3. Área de Investigación:

La presente investigación está enmarcada en el campo de la psicología clínica, ya que se aborda el análisis de pensamientos relacionados a sintomatología clínica (ideaciones suicidas) y de emociones relacionadas a variables que indican una salud mental positiva (resiliencia).

3.4. Población:

La población de estudio está conformada por 336 alumnas de la institución educativa de la ciudad de Cajamarca:

Secundaria	Sección	Cantidad
1°	A	41
	B	43
2°	A	39
	B	41
3°	A	35
	B	38
4°	A	29
	B	31
5°	A	39
Total de alumnas		336

Fuente: Dirección de educación de Cajamarca – Nomina de matrícula 2015

3.5. Muestra:

El criterio de selección de la muestra fue de tipo no Probabilística por conveniencia, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%; se seleccionó a 99 alumnas del nivel secundario (4to y 5to) aproximadamente, que cursan dicho nivel en la Institución Educativa.

3.5.1. Criterios de Inclusión:

Se aplicaron las escalas a 99 alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N°82008 Santa Beatriz de Silva de la ciudad de Cajamarca, que aceptaron participar voluntariamente según nuestra muestra.

3.5.2. Criterios de Exclusión:

Se excluyeron a las alumnas que no cursan el 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N°82008 Santa Beatriz de Silva de la ciudad de Cajamarca.

3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Respecto a la técnica de recolección de datos se utilizó el Test cuyo instrumento es la batería, usando la evaluación psicométrica como procedimientos sistematizados, los instrumentos o test psicométricos que usaremos poseen alta validez y confiabilidad; vale la pena precisar que como parte de la investigación se validó los instrumentos en muestras Cajamarquinas, en el contexto en el que se baremó la prueba en uso, según

el tamaño de muestra y tipo de muestreo utilizado. En la ficha técnica especificaremos la calificación e interpretación de los instrumentos.

Instrumentos de Investigación:

Instrumento I:

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG (ER)

NOMBRE:	ESCALA DE RESILIENCIA
AUTORES:	WAGNILD Y YOUNG
ADMINISTRACION:	INDIVIDUAL Y COLECCTIVA
DURACION:	VARIABLE (20 A 30 MIN.)
APLICACIÓN:	ADOLESCENTES Y ADULTOS
SIGNIFICACIÓN:	EVALUA NIVELES DE RESILIENCIA
ADAPTACIÓN:	NANCY SALGADO 2004 - Lima

Descripción de la ER:

Fue construida por Wagnild Young, en 1988, y revisada por los autores en 1993, consta de 25 ítems, todos los cuales son puntuados en una escala de formato tipo likert de 7 puntos, donde 1 significa en desacuerdo, hasta 7 que significa máximo acuerdo. A los participantes se les pide que indiquen su grado de conformidad con el ítem, todos los que son calificados positivamente, variando el rango de puntaje entre 25 a 175 puntos, siendo los más altos puntajes indicadores de mayor Resiliencia.

Confiabilidad de la ER

El formato piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna, con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.89, en estos estudios citados por Wagnild Young en 1993 las confiabilidades dadas por este mismo método fueron: 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. Por otro lado la confiabilidad estimada con el método test- re test fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas, antes y después del parto. Se les advirtió la ER a las mujeres sobre un periodo de 18 meses (durante el embarazo y 1, 4, 8 y 12 meses después del parto) y se obtuvieron correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales con respetadas y sugieren que la Resiliencia es estable en el tiempo.

Validez de la ER

La validez de contenido es a priori, ya que mientras se construía fueron seleccionados los ítems que reflejaban las definiciones usualmente aceptadas de Resiliencia y fueron obtenidas a través de entrevistas efectuadas por los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Pese a que la redacción positiva de los ítems puede inducir a respuestas esperadas, los investigadores prefirieron dejarlos así para no cambiar el significado de las expresiones dadas por las participantes. Asimismo, las respuestas de sus ítems están formuladas en una escala de medición de intervalo según el modelo Likert. 25 ítems puntuados en una escala de formato como 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”.

Instrumento II:

LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Descripción:

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. No se han realizado estudios de validación en nuestro país, y sólo disponemos de algunas adaptaciones o traducciones al castellano.

Existe también una versión autoadministrada, de menor difusión y de la que no conocemos adaptación al castellano.

Es una escala de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. En un estudio realizado en nuestro país ⁷, la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 (6.9) y 11.6 (6.8) respectivamente.

Validación de los instrumentos de Ideación Suicida y Resiliencia en la muestra de alumnas de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa 82008 santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Tabla 3. Correlaciones Item Test del instrumento de Ideación Suicida

Items	Correlaciones
I1	,547(**)
I2	,426(**)
I3	,332(**)
I4	,561(**)
I5	,369(**)
I6	,352(**)
I7	,432(**)
I8	0,169
I9	,576(**)
I10	,555(**)
I11	,490(**)
I12	,343(**)
I13	,447(**)
I14	,220(*)
I15	,535(**)
I16	,502(**)
I17	,538(**)
I18	,305(**)
I19	,529(**)

Fuente: Test de idealización suicida

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados dejan en claro que hay un solo ítem (ítem 8) que muestra una correlación baja ($r=0.169$) y no significativa ($\text{Sig.}>0.05$). El resto de correlaciones son significativas, confirmando así la validez del instrumento.

Correlaciones

Tabla 4. Correlaciones Item Test del instrumento de Resiliencia

En este caso se calculó las correlaciones entre cada ítem y la dimensión a la que pertenece.

Items	Correlaciones
R1	0,225(*)
R2	0,792(**)
R3	0,749(**)
R4	0,174
R5	0,914(**)
R6	0,912(**)
R7	0,900(**)
R8	0,878(**)
R9	0,218(*)
R10	0,018
R11	0,338(**)
R12	0,075
R13	0,201(*)
R14	0,181
R15	0,170
R16	0,871(**)
R17	0,820(**)
R18	0,892(**)
R19	0,912(**)
R20	0,921(**)
R21	0,893(**)
R22	0,740(**)
R23	0,859(**)
R24	0,923(**)
R25	0,156

Fuente: Test de Resiliencia

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las correlaciones encontradas entre los ítems y sus indicadores, en la mayoría de casos son altas y significativas; no obstante se observa que hay ítems que guardan

poca correlación con sus dimensiones, como el ítem 4, 10, 12, 14, 15 y 25. También se encontró dos ítems cuya correlación con su indicador es significativa, 9 y 13, pero débil. Estos resultados muestran que en general el instrumento es válido, aunque hay ítems que no aportan mucho a dicha validez y necesitan mayor investigación.

Baremos de la tipificación de los instrumento en la muestra de alumnas de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa 82008 santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Tabla 5. Baremos del instrumento de Resiliencia

Percentiles	Resiliencia	Confianza en sí mismo	Ecuanimidad	Perseverancia	Satisfacción personal	Sentirse bien solo	CATEGORIA
1 – 5	25 – 78	4 – 12	4-Nov	4 – 10	7 – 21	6 – 16	Bajo
5 – 25	79 – 95	13 – 15	12 – 14	11 – 13	22 – 26	17 – 21	Inferior al promedio
25 – 75	96 – 126	16 – 22	15 – 21	14 – 18	27 – 38	22 – 28	Promedio
75 – 95	127 – 147	23 – 26	22 – 24	19 – 21	39 – 42	29 – 32	Superior al promedio
95 – 100	148 – 175	24- 28	25 - 28	22 - 28	43 - 49	33 – 42	Alto

Fuente: Escala de Resiliencia y de Idealización suicida

Tabla 6. Baremos del instrumento de Ideación Suicida.

Percentiles	Ideación suicida	Categoría
1 -25	0 – 17	Bajo
25 – 75	18 – 30	Medio
75 – 100	30 – 36	Alto

Fuente: Escala de Resiliencia y de Ideación suicida

La tabla anterior da cuenta de los baremos correspondientes a los dos instrumentos, calculados en base a los percentiles. En la Resiliencia los baremos también se han calculado para cada una de sus dimensiones, mientras que la Ideación suicida, los cálculos se han hecho a nivel de la variable.

Confiabilidad de los instrumentos aplicados a la muestra de alumnas de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el índice de consistencia y coherencia interna Alfa de Cronbach, cuyos resultados se muestran a continuación:

Tabla 7. Confiabilidad de los instrumentos

Variable / Dimensión	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Ideación Suicida	0.747	18
Resiliencia	0.933	25
Confianza en sí mismo	0.778	4
Ecuanimidad	0.478	4
Perseverancia	0.481	4
Satisfacción Personal	0.847	7
Sentirse bien solo	0.612	6

Fuente: Escala de Resiliencia y de Ideación suicida

†: Excluyendo el ítem 7

Los valores del índice Alfa de Cronbach, caen en el rango de confiabilidad alto, lo que garantiza la aplicación de ambos instrumentos.

3.7. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de Datos:

La recopilación de datos se realizó a través de una matriz de tabulación y construida mediante el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS20). Los análisis de los datos fueron realizados mediante la utilización de estadísticas descriptivas univariada y bivariada. Entre estas tenemos el análisis de frecuencia, medias, y desviaciones estándar; así como correlaciones, donde se aplicó la prueba de PEARSON.

3.8. Interpretación de Datos

Después del trabajo estadístico, se sistematizó y analizó la información que permitió que los datos sean interpretados a través de las tablas de doble entrada, gráficos y figuras de frecuencia como diagramas de dispersión.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados:

Objetivo General:

Determinar la relación entre los niveles de resiliencia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

Tabla N° 8: Relación entre los niveles de resiliencia e ideación suicida.

Nivel de Ideación Suicida								
Nivel Resiliencia	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	0	0%	2	2%	2	2%	4	4%
Inferior al promedio	0	0%	20	20%	0	0%	20	20%
Promedio	23	23%	25	25%	0	0%	48	48%
Superior al promedio	22	22%	0	0%	0	0%	22	22%
Alto	5	5%	0	0%	0	0%	5	5%
Total	50	51%	47	47%	2	2%	99	100%
p-valor = 0.000								

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

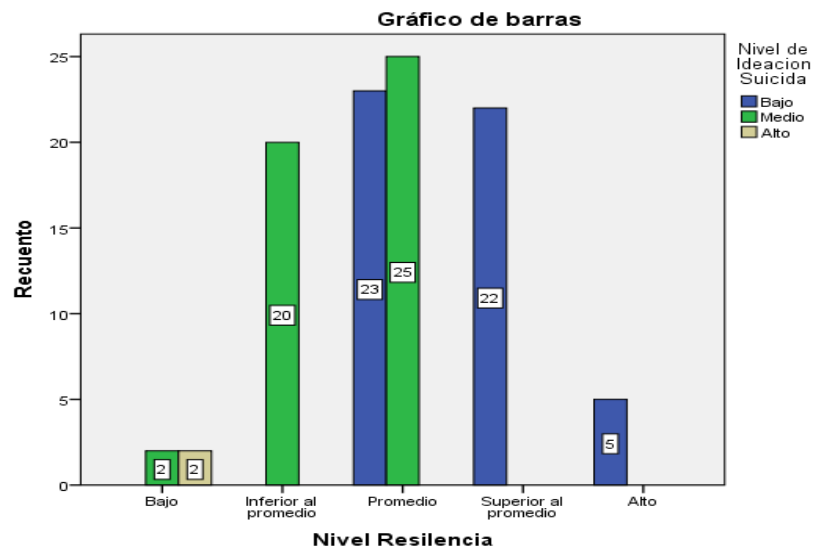


Gráfico N° 01: Relación entre niveles de Resiliencia e Ideación Suicida

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

De acuerdo a la tabla N° 8, se puede apreciar que existe una relación entre resiliencia e ideación suicida hacia un nivel superior promedio teniendo un porcentaje de 70%, explicándose que la resiliencia influye sustancialmente en la ideación.

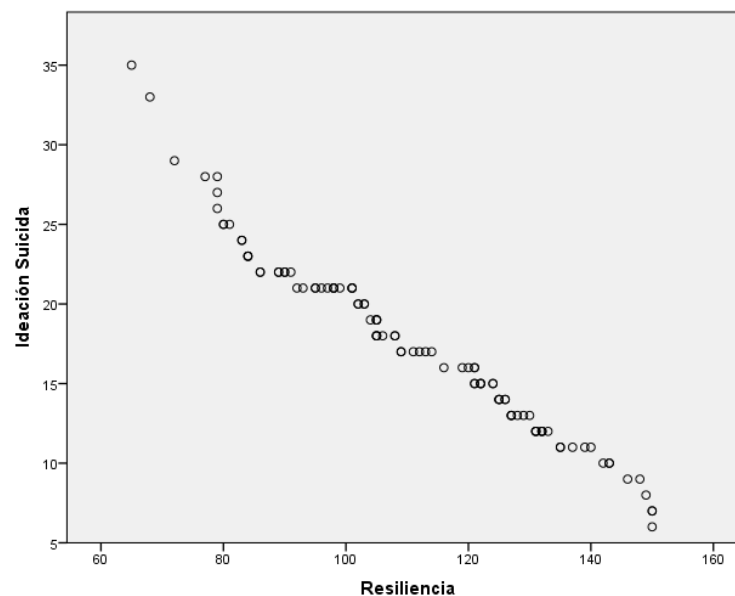
Tabla N° 9: Correlación de Pearson entre Resiliencia e Ideación suicida

		Ideación Suicida
Resiliencia	Correlación de Pearson	-0,982**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suceda

Grafico N° 2: Correlación de Pearson entre Resiliencia e Ideación Suicida



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta significancia estadística entre la relación de los niveles de resiliencia y los niveles de ideación suicida ($p < 0.05$), observándose una alta correlación negativa de Pearson ($r = -0.982$), lo cual señala que a mayor nivel de

resiliencia menor ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca.

Objetivos Específicos:

Objetivo 1:

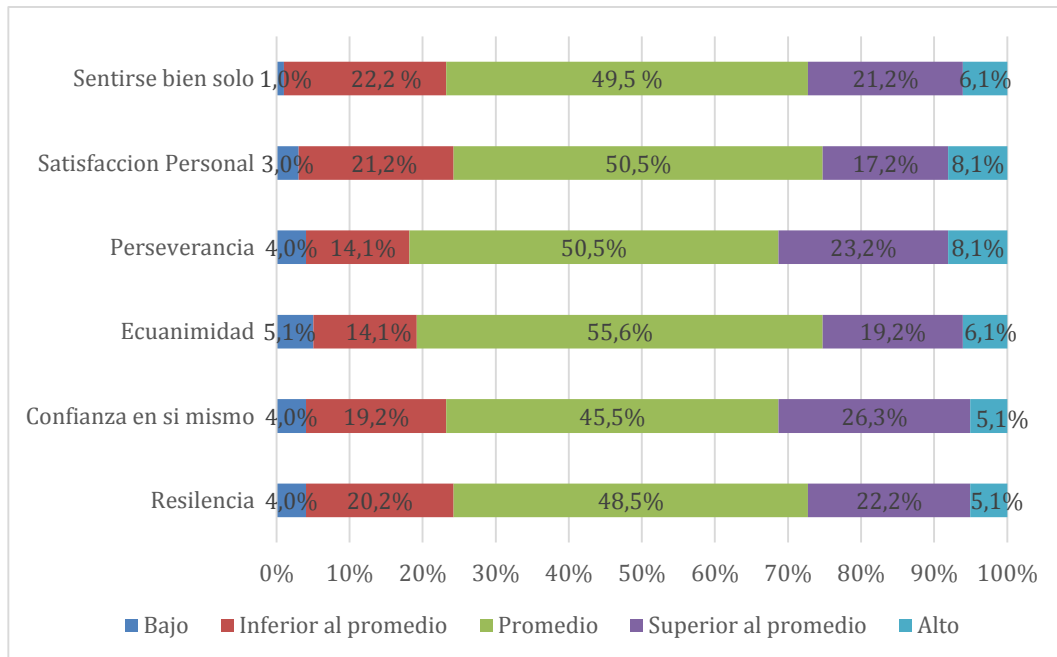
Identificar los niveles de resiliencia, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

Tabla 10. Niveles de resiliencia de las adolescentes

Nivel	Bajo		Inferior al promedio		Promedio		Superior al promedio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resiliencia	4	4.0	20	20.2	48	48.5	22	22.2	5	5.1	99	100.0
Confianza en sí mismo	4	4.0	19	19.2	45	45.5	26	26.3	5	5.1	99	100.0
Ecuanimidad	5	5.1	14	14.1	55	55.6	19	19.2	6	6.1	99	100.0
Perseverancia	4	4.0	14	14.1	50	50.5	23	23.2	8	8.1	99	100.0
Satisfacción Personal	3	3.0	21	21.2	50	50.5	17	17.2	8	8.1	99	100.0
Sentirse bien solo	1	1.0	22	22.2	49	49.5	21	21.2	6	6.1	99	100.0

Fuente: Escala de Resiliencia aplicada a las alumnas

Gráfico 3. Niveles de resiliencia de las adolescentes



Fuente: Escala de Resiliencia aplicada a las alumnas

El estudio da cuenta que la mayoría de las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca, presentaron nivel promedio, superior al promedio y alto de resiliencia; el 48.5% presenta un nivel promedio, el 27.3 % niveles superiores al promedio, mientras que el 24.2%, presentan niveles inferiores.

En cuanto a la confianza en sí mismo, el 45.5%, reflejaron un nivel promedio, el 24.2% nivel inferior a dicho promedio, el resto, es decir el 27.3%, reflejaron niveles superiores al promedio; por otro lado en lo respecta a la ecuanimidad, el 55.6% presentaron nivel promedio, mientras que el 23.2%, niveles inferiores al promedio y el 31.4%, presenta niveles superiores al promedio.

En la dimensión de perseverancia tenemos que el 50.5% de la muestra presentó nivel promedio, mientras que el 18.1% niveles inferiores al promedio, además, el 31.3% niveles superiores al promedio; la satisfacción personal de las alumnas

muestra un 50.5% a nivel promedio, 25.3% niveles superiores al promedio mientras que el 24.2% de ellas, niveles inferiores al promedio.

Finalmente, en la dimensión sentirse bien solo, las alumnas mostraron un 49.5% de nivel promedio, el 27.3% de niveles superiores al promedio, mientras que el 23.2% presenta niveles inferiores al promedio.

Objetivo 2:

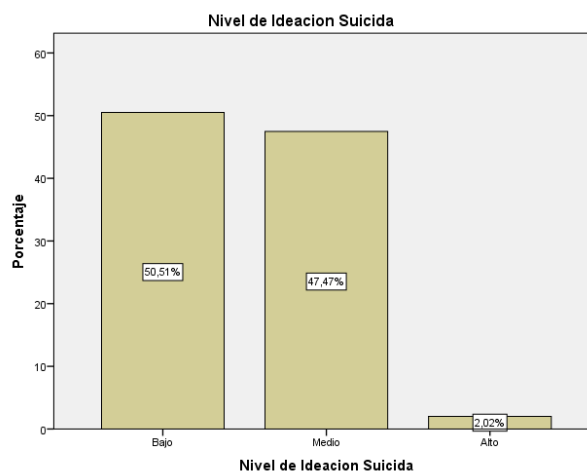
Determinar los niveles de ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

Tabla N° 11: Nivel de Ideación Suicida en las adolescentes

Nivel de Ideación Suicida	N	%
Bajo	50	50.5
Medio	47	47.5
Alto	2	2.0
Total	99	100.0

Fuente: Escala de Ideación Suicida aplicada a las alumnas

Grafico N° 4: Nivel de Ideación Suicida en las adolescentes



Fuente: Escala de Ideación Suicida aplicada a las alumnas

El estudio deja en claro que el 2.02% de las estudiantes presentaron niveles de ideación suicida altos; el 47.47%, presentó nivel medio y las demás, es decir, el 50.51%, presentó niveles bajos.

Objetivo 3:

Identificar la relación entre confianza en sí mismo e ideación suicida, en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

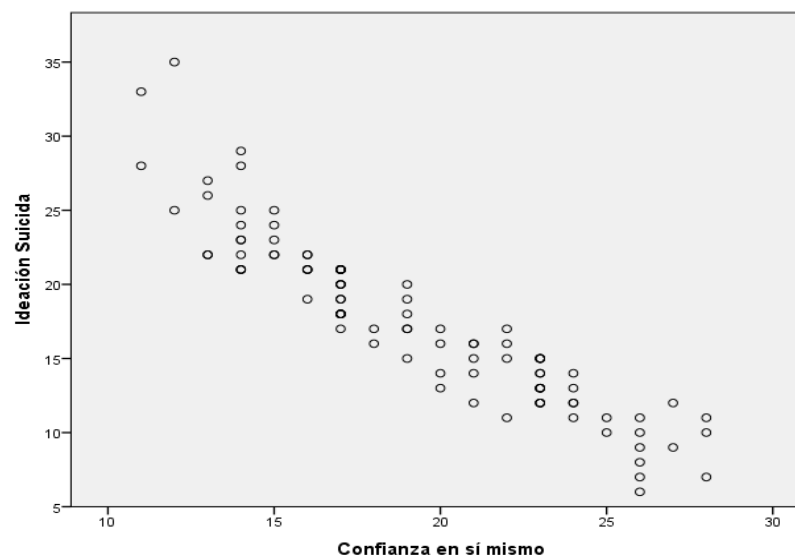
Tabla N°12: Relación entre Confianza en sí mismo e Ideación Suicida.

		Ideación Suicida
Correlación de Pearson		-,928**
Confianza en sí mismo	Sig. (bilateral)	.000
N		99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Grafico N° 5: Relación entre Confianza en sí mismo e Ideación Suicida.



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta correlación negativa entre la dimensión de confianza en sí mismo e ideación suicida ($r = -0.9287$; $p < 0.05$) en las alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de Cajamarca.

Objetivo 4:

Determinar la relación entre ecuanimidad e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca 2015.

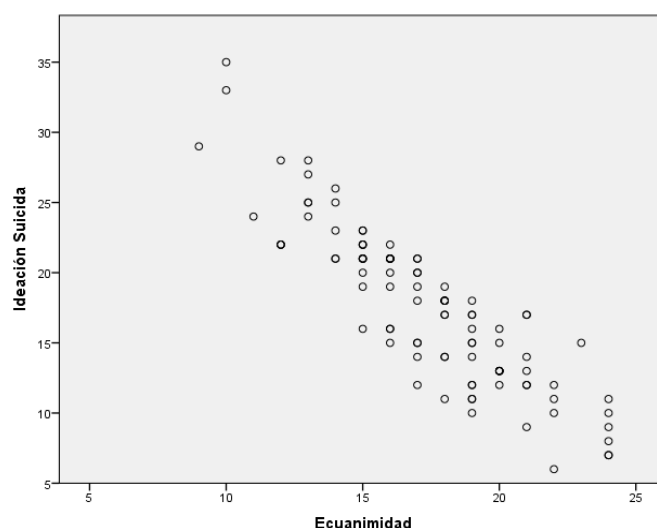
Tabla N°13: Relación entre Ecuanimidad e Ideación Suicida.

		Ideación Suicida
Correlación de Pearson		-,887**
Ecuanimidad	Sig. (bilateral)	.000
N		99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Grafico N° 6: Relación entre Ecuanimidad e Ideación suicida



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta correlación negativa entre la dimensión de la variable Resiliencia: Ecuanimidad e Ideación suicida ($r = -0.887$; $p < 0.05$) en las alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de Cajamarca.

Objetivo 5:

Identificar la relación entre perseverancia e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

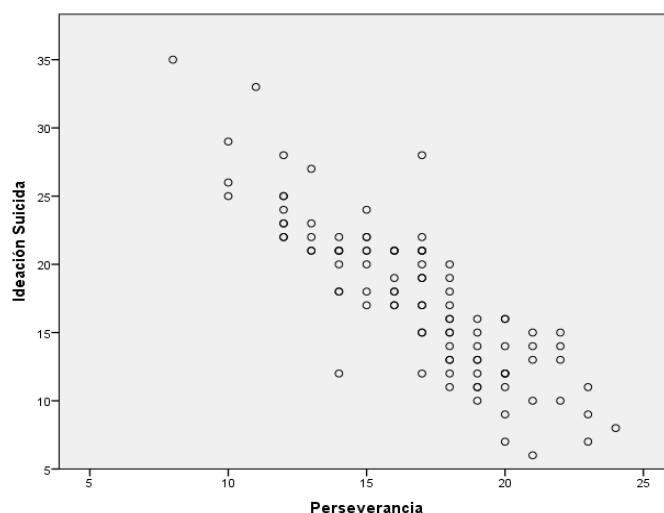
Tabla N°14: Relación entre Perseverancia e Ideación Suicida.

		Ideación Suicida
Correlación de Pearson		-,848**
Perseverancia	Sig. (bilateral)	.000
N		99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Grafico N° 7: Relación entre perseverancia e ideación suicida



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta correlación negativa entre la dimensión Perseverancia de la variable Resiliencia e Ideación Suicida y ($r = -0.948$; $p < 0.05$) en las alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de Cajamarca.

Objetivo 6:

Determinar la relación entre satisfacción personal e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

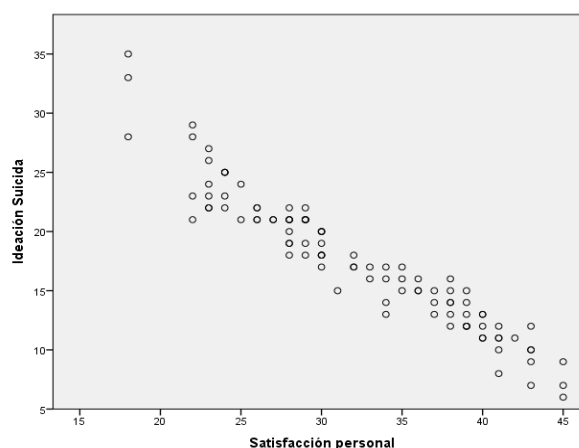
Tabla N°15: Relación entre Satisfacción Personal e Ideación Suicida.

		Ideación Suicida
Correlación de Pearson		-,953**
Satisfacción personal	Sig. (bilateral)	.000
N		99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

GraficoN° 8: Relación entre Satisfacción Personal e Ideación Suicida



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta relación negativa entre la dimensión satisfacción personal de la variable de Resiliencia e Ideación Suicida ($r = -0.953$; $p < 0.05$) en las alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de Cajamarca.

Objetivo 7:

Identificar la relación entre sentirse bien solo e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Cuidad de Cajamarca 2015.

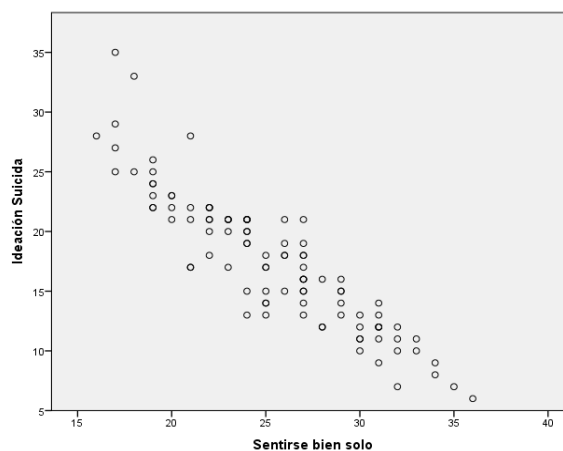
Tabla N°16: Relación entre Sentirse bien solo e Ideación Suicida.

		Ideación Suicida
Correlación de Pearson		-,905**
Sentirse bien solo	Sig. (bilateral)	.000
N		99

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las
alumnas

Grafico N° 9: Relación entre Sentirse bien solo e Ideación Suicida



Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

Existe una alta relación negativa entre la dimensión sentirse bien solo de la variable de Resiliencia e Ideación suicida ($r = -0.905$; $p < 0.05$) en las alumnas de 4° y 5° de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de Cajamarca.

Tabla N°17: Relación entre las Dimensiones de la Resiliencia e Ideación Suicida

		Ideación Suicida
Resiliencia	Correlación de Pearson	-,982**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99
Confianza en sí mismo	Correlación de Pearson	-,928**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99
Ecuanimidad	Correlación de Pearson	-,887**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99
Perseverancia	Correlación de Pearson	-,848**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99
Satisfacción personal	Correlación de Pearson	-,953**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99
Sentirse bien solo	Correlación de Pearson	-,905**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	99

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Escalas de Resiliencia e Ideación Suicida aplicadas a las alumnas

4.2. Discusión de los Resultados:

De acuerdo a las Hipótesis planteadas se pudo evidenciar que existe una alta significancia estadística entre variable de resiliencia e ideación suicida ($p < 0.05$), observándose correlación negativa de -0.982, utilizando la correlación de Pearson, la cual señala que a mayor nivel de resiliencia menor ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca. Así mismo, de acuerdo a los resultados descriptivos se da cuenta que la mayoría de las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca presentan nivel promedio, superior al promedio y alto de Resiliencia; el 48.5% nivel promedio, el 27.3% niveles superiores al promedio, mientras que el 24.2%, presenta niveles inferiores al promedio. En cuanto a la confianza en sí mismo, el 45.5% reflejaron un nivel promedio, el 24.2% nivel inferior a dicho promedio, el 27.3% niveles superiores al promedio; por otro lado en lo que respecta a la ecuanimidad, el 55.6% presentaron nivel promedio, mientras que el 23.2% niveles inferiores al promedio, y el 31.4% niveles superiores al promedio. En la dimensión de perseverancia tenemos que el 50.5% de la muestra presentó nivel promedio, mientras que el 18.1% niveles inferiores al promedio, además el 31.3% niveles superiores al promedio; la satisfacción personal de las alumnas mostró un 50.5% a nivel promedio, 25.3% niveles superiores al promedio, mientras que el 24.2% de ellas, niveles inferiores al promedio. Finalmente en la dimensión sentirse bien solo, las alumnas mostraron un 49.5% del nivel promedio, el 27.3% de nivel superior al promedio, mientras que el 23.2% presentó niveles inferiores al promedio.

La investigación coincide con lo planteado por González y López (2009), en la tesis, resiliencia y salud en niños y adolescentes cuyo objetivo fue la aplicación de un programa de intervención para el fortalecimiento de la resiliencia en niños y adolescentes en contextos considerados de riesgo, para lo cual se parte de la consideración de que la escuela es el medio idóneo para promover la salud y reducir riesgos y fortalecer la resiliencia, en la investigación propusieron tomar acciones preventivas específicamente en los niños y adolescentes desde el enfoque de la resiliencia puesto que hay un creciente interés en los últimos años por el estudio de la capacidad que pueden tener algunos individuos cuando están expuestos a situaciones difíciles y que logran superar e incluso salir fortalecidos a pesar de la adversidad. De la misma manera, al baremar la investigación en Cajamarca, encontramos coincidencia fuerte con lo planteado por Wagnild y Young (1993), en la investigación: Elaboración de la escala de resiliencia Australia, que tuvieron como objetivo la validación de la escala de resiliencia, aplicándola a una muestra de 810 personas, adultos mayores residentes en comunidades, la validación psicométrica de la Escala de Resiliencia (ER), con 25 ítemes, de los cuales 23, indican los principales factores componentes de la ER y al ser analizados en base a una rotación oblimin, indicó que la estructura de estos factores representaban a dos factores (competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida) y correlacionaron positivamente en la adaptabilidad (salud física mental y satisfacción por la vida) y negativamente con la depresión. Igualmente, se concuerda con lo planteado por González y Berenzon (2001), en la investigación, Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes, México, cuyos resultados refieren que la prevalencia, tanto de

presencia como de persistencia de ideación suicida, fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo el 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días. De la misma forma, concordamos con la investigación de Nyeffeler y Chávez (2003), en la investigación, La Ideación Suicida y Clima Social Familiar en Jóvenes, cuyos resultados señalan que el 51% de los encuestados pensó al menos una vez durante la semana anterior en suicidarse; al correlacionar los datos de una y otra escala se encontró que a puntajes altos en la escala de clima social familiar correspondieron puntajes bajos en la escala de ideación suicida, los puntajes altos de cohesión familiar, expresividad y actuación positiva estuvieron relacionados con puntajes bajos de ideación suicida, lo que indica que cuando el clima en la familia es positivo el joven no piensa en el suicidio. De igual modo se puede observar que cuando en la familia reina el estrés, la discordia, la agresión intrafamiliar, existe la tendencia del joven a pensar en el intento de suicidio.

Por otro lado, en el tema de resiliencia se concuerda con la investigación de Peña (2009), sobre diferencias entre nivel de resiliencia en adolescentes de Lima y Arequipa Universidad de San Martín de Porres, la que tuvo como objetivos generales: Identificar y comparar los niveles de Fuentes de Resiliencia que posee un grupo de estudiantes entre 9 y 11 años de edad de colegios nacionales de la ciudad de Lima y la ciudad de Arequipa, la muestra estuvo conformada por 652 estudiantes, 311 de la ciudad de Lima y 341 de la ciudad de Arequipa, de los cuales 332 eran varones y 320 mujeres; el muestreo utilizado fue intencional, se utilizó el instrumento Inventario de Fuentes de Resiliencia construido y validado por Peña en el 2008, los datos fueron analizados mediante la distribución de

frecuencia, la media aritmética ($\bar{x}$), la desviación estándar (DS) y la prueba U Mann-Whitney, así mismo, podemos coincidir con lo planteado por Flores (2008), en la investigación, Resiliencia y Proyecto de Vida, cuyos resultados permiten llegar a la conclusión de que existe relación altamente significativa ($p < 0,0001$) entre el grado de resiliencia y el grado de definición del proyecto de vida, tanto en la muestra de estudiantes varones como en la de mujeres.

Por otro lado, discrepamos con Vásquez y Pajares (2015), en la investigación, Relación entre Bienestar Psicológico e Ideación Suicida en las adolescentes tuteladas del Hogar Belén de la ciudad de Cajamarca, en la que los hallazgos encontrados indican que alrededor de un tercio de las adolescentes tuteladas del Hogar Belén de Cajamarca presentan ideaciones suicidas de riesgo; asimismo identificaron que cerca de la mitad de las adolescentes evaluadas presentan un bajo o muy bajo nivel de bienestar psicológico.

Igualmente, concordamos con Leal y Vásquez (2012), en su investigación Ideación Suicida de Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia y Factores Asociados, en la que concluyeron que la ideación suicida presentó un porcentaje significativo en los adolescentes quienes manifestaron que alguna vez en sus vidas experimentaron o tuvieron deseos de estar muertos (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 a los varones.

Podemos concluir entonces que todas las investigaciones encontradas concuerdan con nuestra investigación, por lo que la validan de manera significativa.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

El presente estudio de acuerdo a los objetivos de la investigación revela los siguientes datos determinantes o conclusiones:

1. Existe una alta significancia estadística entre la relación de los niveles de resiliencia y los niveles de ideación suicida ($p < 0.05$), observándose una alta correlación negativa de Pearson ($r = - 0.982$), lo cual señala que a mayor nivel de resiliencia menor ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca.
2. El estudio da cuenta que la mayoría de las alumnas de 4to y 5to de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva de la Ciudad de Cajamarca, presentan nivel promedio, superior al promedio y alto de Resiliencia; el 48.5% presenta un nivel promedio, el 27.3% niveles superiores al promedio, mientras que el 24.2%, presenta niveles inferiores al promedio.
3. En cuanto al nivel de Ideación Suicida en las alumnas de 4to y 5to de Secundaria, el 50.5% de ellas presentan un nivel bajo, por lo que se puede concluir que la mayoría de ellas no presentan ideaciones suicidas a pesar de ser una población vulnerable, por el contrario que poseen habilidades adecuadas para hacer frente a las adversidades que se presenten en su vida.
4. Con respecto a la relación entre confianza en sí mismo e ideación suicida, se aprecia que existe una correlación negativa significativamente alta (-0.982), a un nivel de significancia de 0.01, es decir, las alumnas creen en sus propias capacidades y habilidades pudiendo reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

5. La correlación entre ecuanimidad e ideación suicida, es negativamente alta (-,887), a un nivel de significancia de 0.01, concluyendo que las alumnas tienen una perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias.
6. Existe una correlación negativa alta de - ,848 entre perseverancia e ideación suicida, a un nivel de significancia de 0.01, es decir, las alumnas presentan un fuerte deseo de lucha para concretar sus metas.
7. En cuanto a la dimensión satisfacción personal de resiliencia e ideación suicida, las alumnas de 4to y 5to de secundaria presentan una correlación negativa alta de -,953, a un nivel de significancia de 0.01, es decir, las alumnas le dan un significado positivo a su vida y sienten que pueden lograr cosas valiosas conforme consigan sus objetivos.
8. Existe una correlación negativa alta de -,905 a un nivel de significancia de 0.01 entre la dimensión de sentirse bien solo e ideación suicida en las alumnas de 4to y 5to de Secundaria, quienes muestran un sentido de libertad en momentos en los que tienen que vivir experiencias solas, sintiéndose únicas y auténticas.
9. Finalmente concluimos que existe relación negativa alta entre las dimensiones de la resiliencia en general y la ideación suicida en las alumnas de 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa N° 82008 Santa Beatriz de Silva, es decir, que las alumnas, poseen adecuados niveles de confianza en sí mismas, perseverancia para lograr sus objetivos, son ecuanímes, se sienten satisfechas consigo mismas y se sienten bien al estar solas.

5.2. Recomendaciones:

A la Institución Educativa, Alumnas y Padres de Familia:

1. Es evidente que si bien en la muestra investigada los resultados revelan un alto nivel de resiliencia a nivel promedio, por las características de las adolescentes (población vulnerable), se sugiere elaborar programas de fortalecimiento de los recursos protectores que presentan las adolescentes.
2. Ante los resultados y la presencia de ideación suicida aunque éste represente a un nivel bajo en la muestra, se recomienda a las autoridades y docentes de la Institución Educativa derivar la sensibilización y desarrollo de programas a nivel preventivo a profesionales de la salud mental, además de que realicen evaluaciones diagnósticas para hallar causales explicativas y desarrollar programas de intervención de alta efectividad en las alumnas en las que puedan detectar ideaciones suicidas, evitando así la posibilidad de que puedan planificar y querer concretar la muerte auto infringida.
3. Capacitar a los docentes en cuanto a la identificación de signos de estados de ánimos depresivos para que ellos puedan indagar sobre la posible presencia de ideación suicida pudiendo realizar su debida derivación, esto permitirá minimizar el riesgo de episodios depresivos y posibles suicidios en las alumnas de la Institución Educativa,.
4. Implicar en el trabajo preventivo a los Padres de Familia o Tutores de las alumnas, ya que ellos son un contenedor o disparador de las conductas suicidas que ellas puedan presentar, esto puede lograrse a través de la implementación de la Escuela para Padres y entrevistas Tutoriales.

5. Se recomienda la implementación del área de psicología contando con un profesional capacitado o internos de la carrera en su último año de estudios para que realice las funciones inherentes a la profesión.

REFERENCIAS:

- Arellano, N. (2008). *Violencia entre pares escolares (Bullying) y su abordaje a través de la mediación escolar y los sistemas de convivencia*. Revista Informe de Investigaciones Educativas. 22 (2), 211-230.
- Beck, A. y Col. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee de Brower.
- Caballo, V. (2008). *Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Vol.2.España: Siglo XXI.
- Caballo, V. y Simón, M. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, Trastornos Generales*. España: Pirámide.
- Chavarri, A. (1979). *Estudio psicológico comparativo sobre ajuste y adaptación en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana comprendido entre los 13 y 17 años*. Lima:Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Escuela de Psicología.
- Calderón, N. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México: EDAMEX.
- Cano, P., Gutiérrez, C. y Nizama, M. (2009). *Tendencia a la Violencia e Ideación Suicida en adolescentes escolares en una Ciudad de la*

Amazonia Peruana. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 175-81. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2>,
(visitada el 13/01/2016).

Castillo, W. Director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2014),
<http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullyingsis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
(visitada el 18/09/15, 19/09/15).

Dughi, M. (2003). *La violencia contra la mujer en el Perú*. Lima: Americana.

Ellis, A. (1981). *Manual de Terapia Racional – Emotiva*. 9na Edición. New York: Desclée de Brouwer.

Eguiluz, L. en el área de Terapia Familiar y Clínica de Educación y Desarrollo Ideación suicida Artículos "on line"(visitada el 30/09/15). (2014) UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala)

Farberow y Shneidman. (1996) *Necesito ayuda. Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: Prensa Médica Mexicana; 1969:123-32.

Freeman, M. y Reinecke, A. (1995), *Terapia Cognitiva aplicada a la Conducta Suicida*. Editorial Desclée De Brouwer, España.

García-Vesga, M. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). *Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (1), pp. 63-77.

Gómez, A. (2000). *Escuela Saludable en Emergencia: El juego como fomento de la resiliencia y los jóvenes como agentes de resiliencia: Manual Guía*. Santa Fe de Bogotá, D.C.; OPS. Resumen recuperado el 20 de Julio del 2004 de la base de datos Lilacs.

Gonzales, C., Ramos, L., Vignau, L.E. y otros (2001). *El Abuso Sexual y El intento Suicida Asociados con el malestar depresivo y la Ideación Suicida de los adolescentes*. Salud Mental, Vol. 24, No. 6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016c.pdf>, visitado el 13/01/2016.

Grotberg. (2002). *Introducción a Nuevas Tendencias en Resiliencia. En Resiliencia. Descubriendo las nuevas fortalezas*. Melillo A, Suárez Ojeda. Ed. Paidós. Buenos .Argentina.

Guerrero, P. y Zavala (1988). *Redes sociales en sujetos depresivos y no depresivos: Un estudio descriptivo comparativo. Tesis para optar el título de Psicólogo.* Escuela de Psicología .Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gunilla, E. (2002) *Relaciones entre intento de suicidio, vulnerabilidad temperamental y delitos violentos en una población psiquiátrica forense sueca.* Eur Psychiatry Ed. Esp.; 9: 98-107. Disponible en: <http://www.medynet.com> (visitada el 30/09/15).

Gutiérrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2006) *El suicidio, conceptos actuales.* Salud mental, Vol. 29, No. 005, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México DF, pp. 66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.com> (visitada el 23/09/15).

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw- Hill Interamericana.

Henderson, M. y Milstein, MM. (2007). *Resiliencia en la escuela.* Ed. Paidós. Buenos Aires. Barcelona y México.

Huamán y Jauregui (2015) *Relación entre el Nivel de Resiliencia e Ideación Suicida en jóvenes universitarios de la Universidad <nacional de Cajamarca.* Cajamarca. Perú

- Infante, F. (2002). *La Resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.* Melillo A, Suárez Ojeda EN. En (comp.). Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Martínez, J. (1997) *Psicología y Psico biología de las diferencias individuales según Eysenk.* Anales de psicología, vol. 13, número 002. Universidad de Murcia, España, pp. 111-117. Disponible en: <http://www.redalyc.com> (visitada el 31/09/15).
- Martínez, P. (2004). *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital.* Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 22, 215-249.
- Medina, M. y Rojas, E. (1994). *La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta estudiantil.* Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría, 5, 7-14.
- Muñoz J., Pinto V., Callata H., Napa, N. & Perales, A. (2006) *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años.* Rev Peru Med Exp Salud Pública 23(4), Lima. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe> (visitada el 21/09/15).

Muñoz, V., Sotelo, F., (2005) *Educación para la Resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social*. Revista Complutense de Educación Vol. 16 Núm. 1 (2005) 107-124
Disponble en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/16914>,
(visitada el 13/01/2016).

Novara, W., Sotillo, L. y Waeron, J. (1985). *Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la Depresión en Lima metropolitana*. Lima. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado M. Noguchi.

Lamas, H. (2000). *Salud: Resiliencia y Bienestar Psicológico*. Lima, Perú: Colegio de Psicólogos del Perú (Paper).

Lara, E., Martínez, C; Pandolfi, M; Penroz, K y Díaz, F. (2000). *Resiliencia: La esencia Humana de la transformación frente a la adversidad*. Recuperado el 12 de Julio del 2005.

Leal y Vásquez (2012) *Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia y Factores Asociados*. Cajamarca. Perú

López, L. (2000). *Nociones Básicas de una Propuesta de Estimulación Temprana de Humor*. Seminario Internacional: Resiliencia y sus

aplicaciones prácticas en el Perú y otros países de América y del Sur. Octubre.

Loza, G., Lucio, E. y Durán, P. (1998). *Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento suicida y sin intento suicida*. La Psicología Social en México. AMEPSO, VIII, 80-85.

Panez, R. (2002). *Bases Teóricas del Modelo Peruano de Promoción de resiliencia Andina. En por los caminos de la Resiliencia*. Lima: Panez y Silva consultores.

Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila D. (2004). *Adolescencia y Depresión*. Revista Colombiana de Psicología, de la Universidad Nacional de Colombia, 13, 17-32. Extraído el 12 de Febrero del 2008 de www.humanas.unal.edu.co/publicaciones/publicaseriadas/psicologia/numero13/articulos_13/adolescencia_depresion.pdf. (visitada el 17/09/15, 22/09/15).

Pérez, S. (2000). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* Miembro del Grupo de la OMS para la Prevención del Suicidio recuperado de: <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/suicidio/index.shtml> (vistada 05/10/2015)

Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M. y otros (2013) *Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, Nº 2, pp. 107-117, 2013. Univ. de San buenaventura, Bogotá, Colombia .Disponible en:

http://www.aepcp.net/arc/02_2013_n2_quiceno_mateus_cardenas_villareal_vinaccia.pdf visitada el (13/01/2015).

Raffo B (2002) *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. Universidad Mayor de San Marcos

Reyes, C (1996) *Estudio inter conductual sobre el desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de Lima y Huancavelica*. Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología de la Universidad Ricardo Palma. 01.

Ribés, E. (2002).*Técnicas de Modificación de Conducta*. 2da Edición. España: Trillas.

Sánchez, H. (1993) *Elaboración y validación del inventario de desajuste del comportamiento psicosocial (INDACPS)*. Revista de Psicología, Facultad de Psicología, de la Universidad Ricardo Palma, 01, 31-51.

Santos, E. (2014), *en el Día Mundial de la Prevención Contra el Suicidio*,
<http://www.panoramacajamarquino.com/noticia/en-cajamarca-hay-un-suicidio-todos-los-dias> (visitada el 15/09/15, 23/09 15).

Shafer, D y Pfeffer, C. (2001) *Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida*.
Revista de Psiquiatría del Uruguay

Tarazona, D. *Breve revisión de la teoría de la personalidad de Hans Jurgen Eynsek*. Disponible en: <http://www.monografias.com> (visitada el 30/09/15).

Terroba, G., Heman, A., Saltijera, M. y Martínez, P. (1986). *Factores Clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado*. Salud Mental, 9(1),74-80.

Universidad Santos Tomas. Madrid, Recuperado el 17 de Octubre del 2003 de
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicología>. (visitada el 23/09/15).

Vanistendael, S. (1994) *Cómo crecer superando los percances: Resiliencia. Capitalizar las fuerzas de lindividuo*. Ginebra. Suiza: oficina internacional católica de la infancia. (BICE).

Vásquez y Pajares (2015) *Relación entre Resiliencia y Bienestar Psicológico en las Adolescentes Tuteladas del Hogar Belén de la ciudad de Cajamarca*. Cajamarca. Perú.

Zorreguieta, I. (2010). *Las Diferencias de Género y su Relación con el Suicidio y las Conductas Vinculadas*. Disponible en www.facico-uaemex.mx/2014-2018/descargas/genero-suicidio.pdf (visitada el 16/01/2015)

ANEXOS

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG (ER)

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Escala de Resiliencia.

Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993).

Procedencia: Estado Unidos.

Adaptación peruana: Novella (2002).

Administración: Individual o colectiva.

Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.

Aplicación: Para adolescentes y adultos.

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.

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 frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

OBETIVOS 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	5, 3, 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). 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 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).

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 1. Coeficiente de correlación ítem-test (r_{it}) o índice de discriminación

Ítem	Correlación ítem-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
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
22	0.25	0.82
24	0.49	0.80
25	0.13	0.81
	Mediana = 0.39	

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).

II. Calidad global de la 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:

Tabla 2. Consistencia interna de la Escala de Resiliencia

	Escala total	Ecuanimidad	Sentirse bien solo	Confianza en sí mismo	Perseverancia	Satisfacción personal
<i>Media aritmética</i>	127.24	19.55	14.95	37.14	34.76	20.85
<i>Desviación estándar</i>	17.92	3.68	3.84	6.30	7.06	3.75
<i>Ítems</i>	25	4	3	7	7	4
<i>Coeficiente Alfa</i>	0.81	0.54	0.46	0.68	0.54	0.26

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 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). 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

Tabla 3. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young: Análisis factorial con la técnica de componentes principales y rotación oblimin

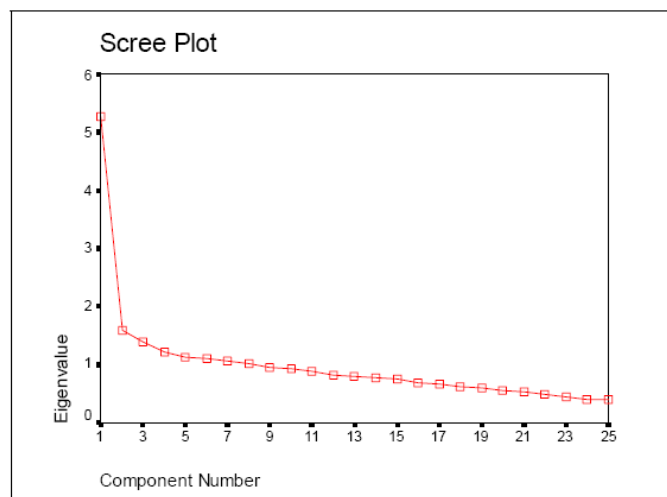
Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado sin Rotación			Suma de las saturaciones al cuadrado con Rotación Oblimin		
	Total	% de la varianza	% acum.	Total	% de la varianza	% acum.	Total	% de la varianza	% acum.
1	5.279	21.118	21.118	5.279	21.118	21.118	3.777	21.118	21.118
2	1.577	6.309	27.427	1.577	6.309	27.427	1.939	6.309	27.427
3	1.394	5.576	33.002	1.394	5.576	33.002	2.718	5.576	33.002
4	1.213	4.851	37.855	1.213	4.851	37.855	1.522	4.851	37.855
5	1.126	4.504	42.358	1.126	4.504	42.358	1.414	4.504	42.358
6	1.098	43.392	46.751	1.098	43.392	46.751	1.691	43.392	46.751
7	1.066	4.263	51.014	1.066	4.263	51.014	1.194	4.263	51.014
8	1.004	4.018	55.032	1.004	4.018	55.032	1.797	4.018	55.032

(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.

Figura 1. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young: Criterio Scree Plot de Cattell



En la figura 1 se aprecia, de forma gráfica, la manera como los autovalores o *eigen value* de cada uno de los componentes o factores disminuyen a lo largo del análisis. A partir de esta gráfica, decidimos retener cinco factores que se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Escala de Resiliencia de Wignald y Young: Estructura factorial después de aplicado el criterio Scree Plot de Cattell

Ítems	Componentes o Factores				
	I	II	III	IV	V
1	0.492				
6	0.591				
8	0.569				
10	0.632				
14	0.536				
18	0.597				
21	0.664				
24	0.666				
5		0.399			
13		0.666			
16		0.475			
17		0.505			
19		0.586			
20		0.564			
23		0.31			
4			-0.737		
7			-0.519		
9			-0.574		
15			-0.763		
12				0.445	
22				0.414	
25				0.669	
2					0.601
3					0.464
11					-0.403

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kayser.

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.

ESCALA DE RESILIENCIA DE AGNILD Y YOUNG
(Versión traducida final)

ITEMES	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 mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7	
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7	
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7	
8.- Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7	
9.- Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	
10.- Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7	
11.- 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 las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7	
14.- Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7	
15.- Me mantengo interesado en los 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 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	

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

FICHA TÉCNICA:

- *Nombre de la prueba:* Escala de ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).
- *Autor:* Aarón Beck (1970)
- *Año de Publicación:* Beck (1979)
- *Adaptación:* Eugenio y Zelada (2011)
- *Administración:* Individual y colectiva

Descripción de la prueba: La escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de Ideación Suicida consta de 18 ítems con respuesta SÍ y No; de las cuáles su puntuación oscila entre 1 y 2.

- *Indicadores de la Escala*

Actitud hacia la vida / muerte

Pensamientos / deseos

Proyecto de Intento de Suicidio

Desesperanza

- *Interpretación de la Prueba:* El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el

momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES
INDICADORES	NIVELES	
Ideación Suicida	“ideación suicida es cuando la persona persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio”	Actitudes hacia la vida/muerte
		1, 2, 3, 4, 5
		0 - 17
		(Bajo)
		Pensamientos
		deseos de suicidios
		6, 7, 8, 9
		18 - 30
		(Medio)
		Proyecto de intento Suicida
		10, 11, 12, 13
		31 – 36
		(Alto)
		Desesperanza
		14, 15, 16, 17, 18

- *Baremos de la adaptación realizada por Eugenio y Zelada (2011):*

	NIVELES		
	BAJO	MEDIO	ALTO
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0 - 17	18 – 30	31 - 36
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0 - 4	5 – 8	9 - 10
PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS	0 - 5	6 – 8	9 - 12
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0 -3	4 – 5	6 - 8
DESESPERANZA	0 - 2	3 – 4	5 - 6

- *Propiedades Psicométricas de la adaptación de la prueba real*

Validación: Se aplicó una prueba piloto a 105 pacientes viendo con VIH del GAM “Somos Vida” del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima, procedieron a determinar los índices de discriminación de cada uno de ellos, mediante el método de correlación ítem-test, lo que les permitió conocer la validez de los ítems, obteniendo como resultado índices de discriminación que oscilan entre 0.39 hasta 0.57. Posteriormente procedieron a determinar la validez del instrumento haciendo uso del método de contrastación de hipótesis T Students con los puntajes (ordenados de mayor a menor y considerados los más altos contra los más bajos) de la Escala de Ideación Suicida de Beck y con sus indicadores, obteniendo como resultado que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0,01 ($p < 0,01$). Como se muestra en la siguiente tabla:

VALIDACIÓN DE LA ESCALA IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

ESCALA	PRUEBA T STUDENTS	1% NIVEL SIGNIFICANCIA
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0.000	P < 0.01
INDICADOR		
	STUDENTS	SIGNIFICANCIA
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0.000	P < 0.01
PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS	0.000	P < 0.01
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0.000	P < 0.01
DESESPERANZA	0.000	P < 0.01
	PRUEBA T	1% NIVEL

Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad de IDEACIÓN SUICIDA, se utilizó el índice de consistencia interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), obteniéndose los siguientes índices como indica la siguiente tabla:

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

ESCALA	ALFA DE CRONBACH	RESULTADO
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0.79	Confiable
INDICADOR	ALFA DE CRONBACH	RESULTADO
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0.81	Confiable
PENSAMIENTOS/ DESEOS SUICIDAS	0.78	Confiable
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0.72	Confiable
DESESPERANZA	0.88	Confiable

Por lo tanto el Instrumento es Confiable

Apendice D
Cuestionario SSI

Edad: _____

Nº:.....

Sexo : ☐ F ☐ M

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. ACTITUDES HACIA LA VIDA /
MUERTE

- ☐ Moderado a Intenso
 - ☐ Débil
 - ☐ Ninguno

1). Deseo de vivir.

2). Deseo de morir.

- ☐ Ninguno
 - ☐ Débil
 - ☐ Moderado

3). Razones para vivir/morir

- ☐ Las razones para vivir son superiores a los de morir
 - ☐ Iguales
 - ☐ La razones para morir son superiores a las de vivir

4). Deseo de realizar un intento de suicidio activo

- ☐ Ninguno
 - ☐ Débil
 - ☐ Moderado a intenso

5). Intento pasivo de suicidio

- ☐ Tomaría precauciones para salvar su vida
- ☐ Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
- ☐ Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

II. PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

6). Dimensión temporal: Duración

- ☐ Breves, periodos pasajeros.
- ☐ Periodos más largos
- ☐ Continuos (crónicos), o casi continuos.

7). Dimensión temporal: Frecuencia

- ☐ Rara, ocasionalmente
- ☐ Intermitente
- ☐ Persistentes o continuos

8). Actitud hacia los pensamientos/deseos

- ☐ Rechazo
- ☐ Ambivalente, indiferente
- ☐ Aceptación

9). Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- ☐ Tiene sensación de control
- ☐ No tiene seguridad de control
- ☐ No tiene sensación de control.

10). Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible).

- ☐ No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene
- ☐ Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.
- ☐ Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11). Razones de pensar en el proyecto de intento.

- ☐ Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- ☐ Combinación de ambos.
- ☐ Escapar, acabar, salir de problemas.

III. PROYECTO DE INTENTO SUICIDA

12) Método: Especificación/planes

- ☐ No lo ha considerado.
- ☐ Lo ha considerado, pero sin detalles específico.
- ☐ Los detalles están especificados/bien formulados.

13). Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- ☐ Método no disponible, no hay oportunidad.
- ☐ El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- ☐ Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14). Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- ☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- ☐ Inseguridad de su coraje, competencia.
- ☐ Seguro de su competencia, coraje.

15). Expectativa/anticipación de un intento real.

- ☐ No.
- ☐ Incierto, no seguro.
- ☐ Si.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO O DESESPERANZA

16). Preparación real

- ☐ Ninguna
- ☐ Parcial (ejemplo: Empezar a recoger píldoras)
- ☐ Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17). Notas acerca del suicidio

- ☐ No escribió ninguna nota
- ☐ Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla
- ☐ Completa

18). Preparativos finales: Anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- ☐ Ninguno
- ☐ Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados
- ☐ Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado