



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO**

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN  
SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL  
COLEGIO DE BACHILLERATO "BEATRIZ CUEVA DE  
AYORA" DEL CANTÓN LOJA.”**

Tesis previa a la obtención del  
título de Psicóloga Clínica

**AUTORA**

Thalía Marisol Loaliza Jiménez

**DIRECTORA**

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2018

## Certificación

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS.

### **CERTIFICA:**

Que la señorita: Thalía Marisol Loaiza Jiménez ha trabajado bajo mi dirección y revisión la presente tesis, denominada “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "BEATRIZ CUEVA DE AYORA" DEL CANTÓN LOJA” previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, la misma que cumple con los procedimientos legales que exige la institución, así como lo programado en el proyecto de tesis; por consiguiente autorizo su presentación.



Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Loja, 19 de octubre del 2018

## Autoría

Yo Thalía Marisol Loaiza Jiménez declaro ser la autora del presente trabajo de Tesis “Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 a 16 años del colegio de bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora" del cantón Loja”, en cuanto a su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación y eximiendo a la Universidad Nacional de Loja de toda responsabilidad.

De igual manera, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.



---

Thalía Marisol Loaiza Jiménez

C.C. 1105779274

Dirección electrónica: [thalia.loaiza@unl.edu.ec](mailto:thalia.loaiza@unl.edu.ec)

Loja, 19 de octubre del 2018

## Carta de Autorización

Yo, **Thalía Marisol Loaiza Jiménez**, declaro ser autora de la tesis titulada “**Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 a 16 años del colegio de bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora" del cantón Loja**”, como requisito para obtener el grado de: PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de esta Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diecinueve días del mes de Octubre del dos mil dieciocho.

**Firma:** 

**Autor:** Thalía Marisol Loaiza Jiménez

**Cédula:** 1105779274

**Dirección:** Ciudadela Las Peñas. Calles Manuel Espinoza y Maximiliano Rodríguez.

**Correo electrónico:** [thalia.loaiza@unl.edu.ec](mailto:thalia.loaiza@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0960460939

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de Tesis:** Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

**Tribunal de grado:**

**Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

**Vocal:** Psc. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

A Dios, por el don de la vida.

A mis padres Carmen y Wilfrido, a mis hermanos Alex, Jorge y José y a mi hermana Karen, por estar junto a mí siempre, han creído en mis sueños y me han considerado una persona capaz.

A mi familia, que me han apoyado.

A mis amigos y amigas, que han estado presentes en el trayecto de mis estudios.

## **Agradecimiento**

Antes que nada quiero agradecer a Dios por su infinita bondad, a mis padres y a toda mi familia por el gran apoyo que he recibido durante todo este tiempo.

También quiero agradecer a las autoridades del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, por permitirme realizar mi trabajo de investigación, y de manera especial al Departamento de Consejería Estudiantil.

A mi tutora de tesis Dra. Susana González García, por su guía para el desarrollo y culminación de este trabajo investigativo.

Finalmente, quiero agradecer a mis amigas por la amistad brindada; a mis profesores que me han apoyado a lo largo de mi carrera universitaria.

Thalía Loaiza.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de Autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos .....	vii
Índice de tablas .....	ix
Índice de figuras.....	ix
a. Título .....	1
b. Resumen.....	2
Summary .....	3
c. Introducción .....	4
d. Revisión de literatura .....	8
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>8</b>
1 Adolescencia.....	8
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>10</b>
2 Ideación suicida.....	10
2.1 Indicadores de ideación suicida. ....	11
2.1.1 Actitud hacia la vida/muerte. ....	11
2.1.2 Pensamientos / deseos suicidas. ....	12
2.1.3 Proyecto de intento suicida. ....	12
2.1.4 Desesperanza.....	12
2.2 Formas de presentación.....	12
2.2.1 Deseo de morir. ....	12
2.2.2 Representación suicida.....	13
2.2.3 La idea suicida sin un método determinado. ....	13
2.2.4 La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico.....	13
2.2.5 La idea suicida con un método determinado sin planificación.....	13
2.2.6 La idea suicida planificada o plan suicida.....	13
2.3 Niveles de riesgo.....	14
Nivel Bajo .....	14

Nivel Medio, .....	14
Nivel Alto,.....	14
2.4 Adolescencia y conducta suicida. ....	14
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>15</b>
<b>3 Afrontamiento</b> .....	<b>15</b>
3.1 Teoría de Afrontamiento de Erica Frydenberg. ....	17
3.1.1 Estrategias de afrontamiento .....	18
3.2 La adolescencia y el afrontamiento.....	21
e. Materiales y métodos .....	23
f. Resultados.....	31
g. Discusión.....	81
h. Conclusiones .....	85
h. Recomendaciones .....	86
i. Bibliografía.....	87
j. Anexos .....	98



## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Población estudiada dividida por género.....	31
<b>Tabla 2.</b> Edad de los adolescentes de la población estudiada. ....	32
<b>Tabla 3.</b> Nivel de riesgo de Ideación Suicida de los adolescentes. ....	34
<b>Tabla 4.</b> Estrategias de afrontamiento en adolescentes con ideación del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”. ....	45

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Población estudiada dividida por género.....	31
<b>Figura 2.</b> Edad de los adolescentes de la población estudiada.....	32
<b>Figura 3.</b> Nivel de riesgo de Ideación Suicida de los adolescentes.....	34
<b>Figura 4.</b> Estrategias de afrontamiento en los adolescentes participantes. ....	36

**a. Título**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES  
ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "BEATRIZ CUEVA DE  
AYORA" DEL CANTÓN LOJA.

## **b. Resumen**

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes con ideación suicida. Se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo, cualitativo, de tipo descriptivo, con diseño no experimental, de corte transversal, con una muestra de tipo intencional conformada por 257 adolescentes (71,6% mujeres y 28,4% hombres), a quienes se les aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) adaptación de Bobadilla (2004) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydemberg y Lewis, 1993) adaptación de Canessa (2002). En cuanto a los resultados se encontró que los adolescentes con ideación suicida, en su mayoría en el nivel de riesgo bajo (91,1%), y, en nivel de riesgo medio (8,9%), utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento que corresponden a, buscar diversiones relajantes, preocuparse, esforzarse y tener éxito, y fijarse en lo positivo; mientras que con menor frecuencia utilizan: falta de afrontamiento, seguido de ignorar el problema, acción social, y reducción de la tensión. Finalmente, se recomienda desarrollar el plan que se propone en este trabajo de investigación, con el fin de que sirva de herramienta de apoyo para la prevención del suicidio en adolescentes.

**Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento, ideación suicida, adolescencia, prevención.

### Summary

The present study aims at determining the coping strategies employing teens with suicidal ideation. It was carried out under the quantitative, qualitative, descriptive, non-experimental design, cross-sectional approach, with a sample of intentional type comprised 257 teens (71,6% women and 28,4% men), who applied to the scale for suicide ideation of Beck (1979) adaptation of Bobadilla (2004) and the coping scale for adolescents (Frydemberg and Lewis, 1993) adaptation of Canessa (2002). The out comes found that teens with suicidal ideation, mostly on the level of risk low (91.1%) and in average risk (8.9%), use coping strategies that correspond to find fun relaxing, worry, most frequently strive and succeed, and look at the positive; while less frequently used: lack of coping, followed by ignoring the problem, social action, and stress reduction. Finally, is recommended to develop the plan that is proposed in thisresearch work, in order to serve as a support tool for the prevention of suicide in teenagers.

**Key words:** Coping strategies, suicidal ideation, adolescence, prevention.

### **c. Introducción**

El suicidio es considerado la segunda principal causa de defunción en el grupo etario comprendido entre 15 a 29 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma que reconoce al suicidio como una prioridad de salud pública. Anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, lo que no solo afecta a países desarrollados sino que es un fenómeno de índole global, es así que en el año 2015 se constataron que más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de bajos ingresos (OMS, 2018).

Según datos de la OMS (2004), en el Ecuador (al igual que en gran parte de América Latina), la tasa de suicidio en relación al resto del mundo es relativamente baja, representando una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004, lo cual se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea (15.74 en el mismo año) (citado en Organización Panamericana de Salud (OPS), 2014); sin embargo se puede notar un aumento en la tasa de suicidios en Ecuador, siendo la tasa de 6,4 en el 2015, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos/INEC (INEC, 2015; Betancourt, 2008).

La idea de muerte forma parte de la adolescencia, debido a que es en esta etapa donde se inicia con el proceso de identidad, la percepción de sí mismos, verse como diferentes de los demás, y crisis existenciales con respecto a preguntas del tipo “que voy hacer en mi vida”, “que papel voy a desarrollar en la misma”, lo que conlleva al adolescente a preguntarse del sentido de la vida (Moya, 2007). Mientras que la ideación suicida son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos relacionados con la muerte auto infringida, de las formas de morir y sobre los objetos, circunstancias en que se propone morir (Luz, 1983 citado en Eguiluz, 1995).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

Serrano y Flores (2005) en su estudio reconocen que la relación entre la forma como se enfrentan los problemas y el desarrollo de ideas suicidas, cobran importancia debido a que puede influir en la aparición de conductas de mayor riesgo, como es el intento suicida, particularmente en una etapa como la adolescencia. Y de acuerdo al modelo cognitivo, se indica que no son las situaciones las que causan malestar o estrés en los sujetos, sino, es la interpretación, o la percepción de cómo estos afrontan los eventos, lo que genera malestar.

Existen varios estudios dirigidos a conocer los factores predisponentes, de riesgo y precipitantes de la conducta suicida, pero muy pocos enfocados a conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que generalmente utilizan los adolescentes con ideación suicida.

Por ende, se plantea la presente investigación titulada: “Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 a 16 años del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” del cantón Loja. Teniendo como objetivo general establecer las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes que presenten ideación suicida en las edades comprendidas entre 14 a 16 años; y como objetivos específicos: identificar ideación suicida y su nivel de riesgo; determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor y menor frecuencia por los adolescentes que presenten ideación suicida y por último elaborar un plan de prevención basado en estrategias de afrontamiento adaptativas siguiendo las líneas de la problemática mediante los resultados de la investigación.

El presente estudio posee el enfoque cuanti-cualitativo, de corte transversal, con diseño no experimental, de tipo descriptivo, puesto que posee valores cuantificables y persigue medir objetivamente una realidad social, sin manipular variables sino más bien la descripción de las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en un determinado rango de edad que presenten ideación suicida durante un periodo determinado.

En lo que respecta a la población investigada, se utilizó una muestra conformada por 257 adolescentes entre 14 y 16 años del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, a quienes se les aplicó, la Escala de Ideación Suicida de Beck adaptación Bobadilla (2004) para identificar ideación suicida y su nivel de riesgo; y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydemberg y Lewis adaptación Canessa (2002), para indagar las estrategias de afrontamiento que con mayor y menor frecuencia utilizan los adolescentes.

Los datos obtenidos a partir de la aplicación respectiva de las escalas psicológicas, fueron interpretados mediante la corrección respectiva para cada prueba y analizados mediante el programa estadístico Statical Product and Service Solutions volúmen 25 (IBM SPSS Statistics vol. 25) para determinar las variables del estudio y desarrollar los objetivos del estudio; los cuales se presentan en los resultados, donde se indica inicialmente datos informativos con respecto a la edad, y el género; seguido lo relacionado a la ideación suicida y su nivel de riesgo y finalmente las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor y menor frecuencia por los adolescentes de la muestra.

De igual manera, es importante contar con la revisión literatura, la cual se encuentra dividida en tres capítulos; en el primer capítulo se señala la etapa de la adolescencia; en el segundo capítulo se realiza la revisión teórica de ideación suicida, sus formas de presentación, los niveles

de riesgo de ideación suicida, los indicadores de ideación suicida y la relación teórica encontrada en la literatura entre ideación suicida y adolescencia; y un tercer capítulo donde se aborda la teoría de afrontamiento de acuerdo a Erica Frydenberg y Lewis, las estrategias de afrontamiento propuestos en su estudio (Escala ACS), estudio basado en lo descrito por Lazarus y Folkman, y como último información concernida a la relación entre adolescencia y el afrontamiento.

En conclusión, se determina que las estrategias de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia los adolescentes que presentan ideación suicida, corresponden a la búsqueda de diversiones relajantes, seguida por preocuparse, esforzarse y tener éxito, y, fijarse en lo positivo; mientras que las utilizadas con menor frecuencia son la falta de afrontamiento, ignorar el problema, acción social y reducción de la tensión. En base a esto se recomienda desarrollar el plan de prevención psicoeducativo del suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento dirigido a adolescentes con ideación suicida y a su familia; que se propone en este trabajo de investigación, con el fin de brindar una herramienta de apoyo a la institución de estudio, la misma que debe ser aplicada en conjunto con el grupo de Salud Mental para el respectivo apoyo.



## **d. Revisión de literatura**

### **CAPÍTULO I**

#### **1 Adolescencia**

La adolescencia es una etapa significativa, que es considerada como un periodo de transición de la niñez hacia la adultez temprana, en la que incurren sustanciales cambios emocionales, sociales y físicos. Igualmente en este periodo se dan modificaciones o cambios en la personalidad, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida con una variedad de cambios en sus metas (OMS, 2018a).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales (OPS, 1990). En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador (2011) reconoce que la adolescencia está comprendida desde los 12 a los 18 años.

Desde la perspectiva psicoanalítica, se hace referencia que en la etapa de la adolescencia se atraviesa por “duelos”; que de acuerdo a Aberastury, y Knobel, (2000) (como se citó en Ortiz, Duelos y Ceruelo, 2013), son tres duelos por los cuales atraviesan fundamentalmente:

1. El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia.
2. El duelo por el rol y la identidad infantil que le obliga a la renuncia de la dependencia y la aceptación de responsabilidades que muchas de las veces ignora.
3. El duelo por los padres de la infancia a los que intenta retener en su personalidad buscando refugio y protección.

Desde el punto de vista cognitivo, la adolescencia se ha caracterizado por la aparición de profundos cambios en la estructura del pensamiento. Piaget (1964), refiere que en esta etapa se da la conquista del pensamiento, y que además es ahí donde comienza la configuración de un razonamiento social, procesos de identidad, individual, colectivo y social.

Sin embargo, a pesar que el adolescente es capaz de considerar y analizar el punto de vista de los demás, la característica egocéntrica, el pensar mucho en sí mismo, hace que crean que están muy pendientes de ellos y que les preocupe que los demás descubran sus deficiencias, haciendo que reaccionen de manera exagerada a opiniones ajenas; de igual manera creen que son únicos, que nadie va a comprender lo que sienten porque nadie sintió lo mismo que ellos; se sienten invulnerables e inmortales y sobre todo en creencia del poder de la reflexión, como si el mundo debería someterse a los sistemas y no los sistemas a la realidad (Piaget, 1964). Cuando la reflexión comprende que su característica no es contradecir, sino preceder e interpretar la experiencia, se alcanza el equilibrio.

En la adolescencia, quizás la vulnerabilidad más característica es la relativa fragilidad ante el estrés psicosocial, es decir ante la presión derivada de sus relaciones personales o de las tensiones propias de éstas; como el encontrar su lugar en el grupo de pares, o tener que conformarse con un espacio no deseado, los fracasos amorosos, el enfrentamiento cotidiano con los padres, tensiones con profesores o con los compañeros de estudio, etc.; que según Borrás, (2014), a los adolescentes se les hace más difícil afrontar estas situaciones estresantes, no solo por encontrarse en una fase de importantes cambios biológicos y de carácter, sino porque les faltan herramientas para afrontar los problemas, en relación a las que usan los adultos.

De acuerdo a Perez, V. (2006) las vulnerabilidades propias de la adolescencia actual son,

- Embarazos no deseados y abortos,

- Enfermedades de transmisión sexual y promiscuidad,
- Adicciones a drogas y alcohol,
- Fracaso escolar, y,
- Conductas suicidas.

## **CAPÍTULO II**

### **2 Ideación suicida**

Según Luz (1983) es posible definir la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos relacionados con la muerte auto infringida, de las formas de morir y sobre los objetos, circunstancias en que se propone morir (como se citó en Eguiluz, 1995).

La ideación suicida consiste en pensamientos de matarse, planeación de las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como el posible impacto del propio suicidio en los demás. Tratándose de un fenómeno frecuente en la población adolescente, requiriendo un adecuado tratamiento y seguimiento por profesional entrenado (Shaffer, Pfeffer, y Gustein, 2003 citado en Gelder, Lopez y andreasen, 2003).

Beck, Steer y Ranieri (1988) refieren que las personas que cometen suicidio tienen un estilo cognoscitivo diferente de las personas “normales”, y también de aquellos con perturbaciones emocionales que no comenten suicidio.

Como dijo Beck:

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros

trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados (Beck, Kovacs, Weissman, 1979; como se citó en Medina, Herazo, Barrios, Rodelo, y Salinas, 2017, p.52).

Por último se entiende que estas ideas acerca del suicidio responden al querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables, y estos a su vez se derivan de la tríada cognitiva negativa (un yo imperfecto, un mundo hostil y despiadado, y un futuro desesperanzador) (Rush y Beck, s.f.; como se citó en Toro, Grajales y Sarmiento, 2016).

## **2.1 Indicadores de ideación suicida.**

Beck, Weissman y Kovacs, en su teoría mencionan que existen indicadores a ser evaluados relacionados con la ideación suicida, basándose en que “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, p.5).

### **2.1.1 Actitud hacia la vida/muerte.**

El ser humano es la única especie de los seres vivos, que realiza ante la muerte un ritual funerario lleno de símbolos; quien ha podido creer y que a menudo cree en el renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única especie para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada como hecho de la cultura. Las actitudes cambian con el transcurrir del tiempo, a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales;

en la cual se reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria e individual de la muerte (Guevara, como se citó en Santiago, 2012).

### **2.1.2 Pensamientos / deseos suicidas.**

Los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o señales de no poder afrontar las situaciones problemáticas. Las problemáticas pueden ser familiares o personales, las cuales en su momento le parecen insoportables (Santiago, 2012).

### **2.1.3 Proyecto de intento suicida.**

Es la disposición que el sujeto se ha formado para realizar o poder llevar a cabo un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida (Beck, como se citó en Santiago, 2012).

### **2.1.4 Desesperanza.**

Bobadilla (2004a) afirma: “La desesperanza es el sentimiento de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida” (p. 40).

## **2.2 Formas de presentación.**

De acuerdo a Perez, B. S. (como se citó en Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, J., 2007), la ideación suicida puede presentarse en distintas formas de pensamiento:

### **2.2.1 Deseo de morir.**

Es la puerta de entrada a la ideación suicida. Siendo este considerado como el primer eslabón de disconformidad de la persona con su manera de vivir. Es común la expresión “No merece la

pena vivir”, “Yo debería morirme”, “Para vivir así mejor estar muerto”, “Desearía estar muerto y no pasar por esto”, etc.

### **2.2.2 Representación suicida.**

Son fantasías o imaginaciones pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado, cómo sería la vida sin él, etc.)

### **2.2.3 La idea suicida sin un método determinado.**

Es la idea de autodestrucción o suicidio sin tener pensado que mediante que método llevarlo a cabo. En este caso el sujeto desea suicidarse pero no tiene pensado un método para hacerlo.

### **2.2.4 La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico.**

Es cuando el sujeto desea suicidarse sin tener un método específico, por ejemplo, al preguntarle el cómo, responde que de cualquier forma; diversas posibilidades sin mostrar preferencia.

### **2.2.5 La idea suicida con un método determinado sin planificación.**

El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una planificación de como ejecutarlo.

### **2.2.6 La idea suicida planificada o plan suicida.**

El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumir el suicidio con éxito.

### 2.3 Niveles de riesgo.

Existen niveles en cuanto a ideación suicida, de los cuales se pueden identificar tres niveles (Bobadilla, 2012; Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Durán, s.f., p.67):

**Nivel Bajo**, presencia de ideación suicida, sin planificación. Rectifica conducta, hay autocrítica. Ha tenido algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no tiene ningún plan.

**Nivel Medio**, ideación y existencia de planificación suicida, no inmediata o clara, factores de riesgo adicionales, posibles intentos previos. Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.

**Nivel Alto**, plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo, intentos previos, existencia de factores de riesgo. Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.

### 2.4 Adolescencia y conducta suicida.

La etapa de la adolescencia es una etapa en sí de extrema fragilidad, para lo cual los adolescentes se defienden, bien mediante la depresión o por medio de un estado de negativismo que agrava aún más su debilidad (Dolto, 2004; Reinherz, Giacona, Silverman, Friedman, Pakiz, y Frost, 1995).

Sin embargo, hay que recalcar que los problemas o la fase de turbulencia no se presentan en todos los adolescentes (Muuss, 1999), ya que esto depende de factores tanto personales y ambientales.

Mingote, Jiménez, Osorio, y Palomo (2004), refieren que en la adolescencia se puede facilitar la conducta suicida debido a:

- La propensión a tener sintomatología depresiva y cuadros de abatimiento agudos. Relacionados con los duelos por los padres de la infancia.
- Los cambios corporales, que pueden dar lugar a un sentimiento de descontrol y focalizar hacia él sus tendencias agresivas y destructivas, y,
- La tendencia a reaccionar impulsivamente ante situaciones que les frustran o decepcionan.

## **CAPÍTULO III**

### **3 Afrontamiento.**

El afrontamiento son todos aquellos esfuerzos o respuestas que las personas realizan para poder manejar, neutralizar o solucionar los problemas de la vida cotidiana y los efectos estresantes que dichos problemas causan. Es decir es un proceso que incluye intentos del individuo para resistir y superar las demandas excesivas que se le plantean y reestablecer la homeostasis (Rodríguez, López, y Pastor, 1990). Frydenberg (1997) concibe al afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas que son puestas en acción con el fin de lograr una transición y adaptación efectiva; en su trabajo con adolescentes, define al afrontamiento adolescente como:

Un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta a una preocupación en particular. Ellas representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo. Esto puede hacerse resolviendo el problema, es decir, cambiando el



estímulo, o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución (Frydenberg, 1993, p.255).

El modelo fenomenológico cognitivo con respecto al estrés, proporciona las bases teóricas para verificar la relación entre estímulos amenazantes y los recursos personales adaptativos o no, para abordarlos (Lazarus y Folkman, 1984). Este modelo indica que la situación es estresante solo si el individuo la percibe como tal, si exceden los recursos del sujeto y atentan contra su bienestar.

Así, el estrés psicológico sería el resultado de la relación entre el sujeto y el evento, el cual se produce cuando éste es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante para sus recursos; que de acuerdo a la teoría estrés-vulnerabilidad se considera que esta sensibilidad individual para la percepción de los acontecimientos estresantes, depende en gran medida de la carga genética, en especial de los portadores del alelo corto “S” (hipofuncionante) del polimorfismo 5-HTTLPR del gen transportador de serotonina (SLC6A4) (Caspi, et al., 2003).

En la actualidad el afrontamiento es entendido como cogniciones que deberán generar conductas apropiadas en las personas para dar solución a los problemas; y no como una estrategia única que se aplica en todas las circunstancias. La gente afronta de manera diferente la muerte de los seres queridos que los problemas cotidianos o los traumas y retos; y las técnicas que usan a lo largo del tiempo y en distintas circunstancias van cambiando, dependiendo de la naturaleza del estresor y de la situación en particular (Wade, y Travis, 2003).

El estrés se concibe como el resultado de una “valoración” del sujeto hacia el desequilibrio entre sus recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas (Lazarus y Folkman, 1984). Los recursos que se toman en cuenta para hacer la

valoración de la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento, y las estrategias o respuestas de afrontamiento son la puesta en práctica para intentar reestablecer el equilibrio.

Cada persona tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de peligro. A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo. Que de acuerdo a Miller y Mangan (1983), la respuesta de afrontamiento más adaptativa, es la que es más adecuada a las características de la situación. Así por ejemplo las personas que tienden a buscar información y la obtienen son los que consiguen una mejor adaptación, que los que prefieren evitarla.

**3.1 Teoría de Afrontamiento de Erica Frydenberg.** Frydenberg (2004) define al afrontamiento como un conjunto de estrategias conductuales y cognitivas en respuesta a un evento estresante para lograr una transición y una adaptación efectiva. Esencialmente, es una interacción dinámica entre las personas y su ambiente.

En 1993, desarrolla la teoría propuesta por Lazarus y elabora un nuevo modelo de afrontamiento junto a Lewis, ejecutando investigaciones durante cinco años y de esta manera elabora una escala para medir afrontamiento, denominada Adolescent Coping Scale (ACS).

Esta escala de afrontamiento para adolescentes, clasifica 18 estrategias de afrontamiento, la misma contiene 80 elementos o ítems (setenta y nueve cerrados y uno abierto). En el último elemento (abierto) se le pide al sujeto que describa conductas que sean diferentes de las 79 restantes ya citadas; y las agrupa en tres estilos de afrontamiento.

De esta manera, haciendo una diferenciación entre estilos y estrategias de afrontamiento, diríamos que los estilos representan la tendencia a actuar de manera consistente frente a las situaciones problemáticas, responsables de las preferencias individuales; y las estrategias en cambio, son las acciones cognitivas o conductuales que un individuo lleva a cabo en una situación particular (Frydenberg, 1996).

Por tanto, debido a que las estrategias de afrontamiento son en parte estables con independencia de la naturaleza del problema, y, en otra parte se demuestra que muchas conductas de un sujeto dependen de una situación específica, se elabora una forma general y forma específica de la escala; las mismas que se diferencian en el modo de aplicación, ya que en la forma general, se pide al sujeto que conteste la escala de acuerdo a como suele resolver generalmente los problemas, y de esta manera determinar la predisposición personal o estilo de afrontamiento; mientras que en la forma específica se pide que conteste en base a una evento estresante específico o preocupación principal, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas.

### **3.1.1 Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto dependiendo de las condiciones desencadenantes o evento estresante (Fernández-Abascal, 1997).

Lazarus y Folkman (1984) separan las estrategias de afrontamiento de la siguiente manera:

- Estrategias de afrontamiento focalizados en el problema:

*Confrontación*, estrategia dirigida hacia la situación. Como por ejemplo, expresar ira hacia la persona causante del problema, etcétera.

*Planificación*, se trata de elaborar plan de acción y seguirlo, con el fin de que las cosas mejoren.

- Estrategias de afrontamiento focalizados en la emoción:

*Distanciamiento*, estrategia enfocada en evitar el problema, negarse a su existencia.

*Autocontrol*, procurar no precipitarse, y guardarlo para sí.

*Aceptación de la responsabilidad*, criticarse a sí mismo, verse como el causante del problema o ya sea disculparse.

*Evitación*, enfocada en la huida, esperando un milagro, con conductas de aislarse, tomar alcohol o drogas.

*Reevaluación positiva*, actitud positiva, oraciones como: “la experiencia enseña”, “hay gente buena”, “me ayuda a madurar como persona”.

- Estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema y la emoción:

*Búsqueda de apoyo social*, significa pedir consejo o apoyo a un amigo, familiar o alguien que pueda hacer algo en específico.

Mientras que, Frydenberg y Lewis (1993), basándose en el modelo de Lazarus y Folkman (anteriormente mencionado), propusieron las siguientes estrategias de afrontamiento:

*Concentrarse en resolver el problema (Rp)*, busca abordar el problema metódicamente, considerando distintos puntos de vista de la situación.

*Esforzarse y tener éxito (Es)*, implicación personal, que supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.

*Fijarse en lo positivo (Po)*, tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.

*Buscar diversiones relajantes (Dr)*, realizar actividades como: oír música, leer, pintar, etcétera.

*Distracción física (Fi)*, considera actividades dirigidas al deporte, esfuerzo físico, etcétera.

*Buscar apoyo social (As)*, consiste en la inclinación a compartir los problemas con otros y buscar apoyo para la solución.

*Invertir en amigos íntimos (Ai)*, búsqueda por generar relaciones personales íntimas.

*Buscar pertinencia (Pe)*, esta estrategia implica interés y preocupación por lo que los otros piensen y por las relaciones con los demás.

*Acción social (So)*, consiste en buscar ayuda dejando que otros conozcan el problema a través de reuniones o grupos.

*Buscar apoyo espiritual (Ae)*, consiste en buscar ayuda en un ser superior. Compuesto por elementos que reflejen una tendencia a rezar, emplear la oración y creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios.

*Buscar ayuda profesional (Ap)*, buscar la ayuda de profesionales, como psicólogos o consejeros.

*Preocuparse (Pr)*, pensamientos a futuro con contenido de temor, y anhelo de felicidad.

*Hacerse ilusiones (Hi)*, anticipación de una salida positiva y que todo tendrá un final feliz.

*Falta de afrontamiento (Na)*, tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos e incapacidad para enfrentarse al problema.

*Ignorar el problema (Ip)*, refleja esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.

*Reducción de la tensión (Rt)*, acciones dirigidas a reducir la tensión, con el fin de sentirse mejor.

*Reservarlo para sí (Re)*, impedir que los demás conozcan sus problemas, tendiente a aislarse.

*Autoinculparse (Cu)*, dirigida a verse como culpable de sus dificultades o problemas.

Investigaciones de Arcas y Manzano (2003), acerca de la influencia del afrontamiento (según el modelo de Frydenberg), muestran que las estrategias activas y dirigidas al problema regulan la influencia adversa de los sucesos de vida negativos sobre el funcionamiento psicológico. El mayor número de estrategias orientadas hacia el problema en relación al total de los esfuerzos, ha sido relacionado con menos presencia de depresión.

En la misma línea, Frydenberg (1997) refiere que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir directamente sobre el estado de bienestar psicológico del sujeto.

### **3.2 La adolescencia y el afrontamiento.**

Los adolescentes que son incapaces de afrontar sus problemas de una manera eficaz, pueden tener conductas y consecuencias negativas que afectan tanto sus propias vidas, sus familias e incluso, el funcionamiento general de la sociedad en la que se desenvuelven (Frydenberg, 1997).

Clemente y González (1996), mencionan que el mayor problema enfrentado por las personas que cometen suicidio o lo intentan, es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provocaron estrés (citado en De la Torre, 2013).

Un estudio con jóvenes en España encontró una estrecha relación entre la ideación suicida, la presencia de estrés y el modo en como éste se enfrenta. En el grupo de adolescentes con ideación suicida, el acto suicida se considera como una solución real a los problemas (Villardón, 2009).

También se ha identificado que la falta de habilidad para resolver problemas sociales, constituye una variable que predice tanto la ideación suicida, como el estrés entre los adolescentes ingleses (Chang, 2002).

De acuerdo a la evidencia, se identifica que existe un incremento en la especificidad de las respuestas de afrontamiento, que se moldean de acuerdo al estresor específico, durante esta etapa del desarrollo (Williams y Mc.Gillicuddy-De Lisi, 2000); que según Steiner y otros (2002), los adolescentes al afrontar los estresores sociales, usan de manera general, estrategias de acercamiento (referencia hacia los otros) y una mezcla de tácticas de enfoque en la emoción y en el problema, a diferencia de los preadolescentes, que tienen una preferencia por estrategias de enfoque en el problema.

González-Barrón, Montoya, Casulla y Bernabú (2002) observaron, en adolescentes españoles, que las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento, sin embargo tienen menos habilidad para enfrentar los problemas, que los varones. De igual manera las mujeres muestran más estrategias de afrontamiento de evitación, pensamientos rumiativos y resignación, refiriendo más angustia ante el estrés, que los hombres; en un estudio realizado con adolescentes austriacos (Hampel y Petermann, 2006).

## **e. Materiales y métodos**

### **3.3 Enfoque y tipo de investigación**

El presente estudio es de enfoque cuali-cuantitativo, de corte transversal, con diseño no experimental, de tipo descriptivo.

Cuantitativo transversal, ya que posee valores cuantificables y persigue medir objetivamente una realidad social durante un tiempo específico; cualitativo no experimental de tipo descriptivo, debido a que describe las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en un determinado rango de edad que presenten ideación suicida, sin manipular variables.

### **3.4 Área de estudio**

La investigación se realizó en el Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora", ubicado en Av. Orillas del Zamora, en la ciudad de Loja-Ecuador.

### **3.5 Universo**

El tamaño de la población es de 1670 de los estudiantes que cursan entre décimo a segundo de bachillerato.

### **3.6 Muestra**

#### **3.6.1 Cálculo y tamaño de la muestra.**

El tamaño de la muestra fue calculado mediante el programa EPI INFO versión 7, obteniendo un total de 313 sujetos, con un nivel de confianza del 95% y 5% de margen de error.



### **3.6.2 Selección de la muestra.**

Para la selección de la muestra, se utilizó el tipo de muestreo intencional. Se tomó en cuenta a los paralelos en donde existen adolescentes con problemas familiares, de consumo de sustancias y emocionales, así como también los paralelos en los que se registra casos detectados de pensamiento suicida e intento suicida, pertenecientes a los cursos de décimo de educación básica, primero y segundo de bachillerato; información proporcionada por los directivos del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) del establecimiento educativo.

Sin embargo, 56 protocolos fueron eliminados posteriormente debido a que los sujetos no presentaron ideación suicida (requisito de inclusión). Quedando la muestra constituida por 257 adolescentes con ideación suicida del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” de la ciudad de Loja, lo que representa el 82.1% del total de casos. Conformada en su mayoría por 184 mujeres (71,6%) y en menor proporción, por 73 hombres (28,4%).

### **3.6.3 Criterios de Inclusión.**

- Estudiantes de ambos sexos, sección matutina-vespertina.
- Que cursen décimo de básica, primero y segundo de bachillerato.
- Aquellos adolescentes que presenten ideación suicida en el rango de edad entre 14 a 17 años.
- Sujetos que han firmado el consentimiento informado.

### **3.6.4 Criterios de Exclusión.**

- Aquellos que no desearon participar.

- Adolescentes que desearon abandonar la investigación luego de haber firmado el consentimiento informado.
- Participantes que no respondieron correctamente los instrumentos.
- Que estuvieron ausentes el día de la aplicación.
- Se excluye a los adolescentes sin ideación suicida.

### **3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

#### **3.7.1 Técnica:**

Aplicación de instrumentos psicológicos.

#### **3.7.2 Instrumentos:**

### **Anexo 7**

#### ***3.7.2.1 Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)***

Elaborada por Beck, Kovacs y Wissman (1979) y adaptado por Bobadilla y otros en Chiclayo, Perú (2004) (citado en Velasco, 2018), es una escala que cuantifica y evalúa la gravedad de los pensamientos suicidas, consta de 18 ítems, donde cada ítem consta de tres alternativas; esta escala mide:

Actitud hacia la vida/muerte (desde la pregunta 1 hasta la 5).

Pensamientos o deseos suicidas (desde la pregunta 6 hasta la 9).

Proyecto de intento de suicidio (desde la pregunta 10 hasta la 14).

Desesperanza (desde la pregunta 15 hasta la 18).

La calificación del reactivo depende de las respuestas a cada pregunta en una escala de 3 ítem entre 0 puntos, 1 punto y 2 puntos de acuerdo a escala Likert, siendo la puntuación total la suma de todas las preguntas dando como resultado entre 0 y 36 puntos. Una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo de suicidio, lo que equivale a decir que a valores más altos se incrementa el riesgo (Turpo y Huarachi, 2017).

Bobadilla (2004), realizó la adaptación y validación de la escala a adolescentes escolares en Chiclayo, Perú. Modificándola a la versión original a dos alternativas de respuesta a cada pregunta con valores de SI/NO, éstos se corresponden con puntajes que van de 1 y 2; manteniendo los 18 ítems agrupados en 4 factores o dimensiones de acuerdo a la versión original. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las respuestas seleccionadas (citado en Bobadilla, 2012).

Los puntajes para la interpretación cualitativa de la prueba aplicada son, de 18 - 23, Bajo Nivel de Riesgo; 24 - 29, Medio Nivel de Riesgo; y 30 - 36, Alto Nivel de Riesgo. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004, citado en Velasco, 2018), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82 (Santiago, 2012).

## **Anexo 8**

### ***3.7.2.2 La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)***

Elaborado por Frydenberg y Lewis en 1993 (Sánchez, Domínguez, Hernández y González, 2015) y adaptado por Canessa, B. (2002) en Lima, Perú. Esta prueba fue elaborada por Frydenberg y Lewis en Australia en el año 1993, como una opción para el estudio de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes (como se citó en Canessa, 2002).

El ACS tiene dos versiones: una General y otra Específica. Estas versiones responden a la concepción de los autores acerca del afrontamiento. Frydenberg y Lewis señalan que muchas de las conductas de un sujeto dependen de una situación específica (Roggero, 2017).

En el ACS-forma general se le pide al sujeto que responda de acuerdo a como suele enfrentar generalmente los problemas o dificultades, y en la forma específica, se le pide que según su preocupación principal responda los ítems (Cedeño, 2015).

Consta de 80 ítems, donde una pregunta es de tipo abierto mientras que los otros 79 ítems son de tipo cerrado (Frydenberg, 1997). Permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias diferentes, donde cada una refleja una respuesta de afrontamiento distinta y contiene entre 3 a 5 ítems; las mismas que se organizan en tres estilos de afrontamiento diferentes. Se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos que abarca desde "No se me ocurre nunca o no lo hago" (puntuación 1), hasta "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia" (puntuación 5) (Sánchez y otros, 2015).

Canessa (2002) realizó la adaptación de la prueba en una muestra de 1236 adolescentes escolares de ambos sexos de entre 14 y 17 años, pertenecientes a centros educativos estatales y particulares de Lima Metropolitana, Perú. La autora, después de realizar modificaciones en el número y redacción de los ítems aplicó la versión modificada a una muestra piloto.

Posteriormente se modificaron las instrucciones, la redacción de algunos ítems y las alternativas de respuesta, elaborándose así la versión revisada.

Los 80 ítems son agrupados en 18 estrategias de afrontamiento, las cuáles son:

- Buscar diversiones relajantes (Dr).
- Esforzarse y tener éxito (Es).

- Distracción física (Fi).
- Fijarse en lo positivo (Po).
- Concentrarse en resolver el problema (Rp).
- Buscar apoyo espiritual (Ae).
- Buscar ayuda profesional (Ap).
- Invertir en amigos íntimos (Ai).
- Buscar apoyo social (As).
- Buscar pertenencia (Pe).
- Acción social (So).
- Autoinculparse (Cu).
- Hacerse ilusiones (Hi).
- Ignorar el problema (Ip).
- Falta de afrontamiento (Na).
- Preocuparse (Pr).
- Reservarlo para sí (Re).
- Reducción de la Tensión (Rt).

Para la corrección de la prueba hay que tener en cuenta que cada respuesta de las opciones: A, B, C, D o E se corresponde respectivamente con una puntuación de 1, 2, 3, 4 ó 5 puntos. Los puntajes para la interpretación cualitativa son: de 20 a 29, estrategia no utilizada, de 30 a 49, se utiliza raras veces, de 50 a 69 se utiliza algunas veces, de 70 a 89, se utiliza a menudo, y, de 90 a 100, se utiliza con mucha frecuencia (Canessa, 2002).

El ACS alcanzó coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0.62 y 0.87 en la forma específica, y entre 0.54 y 0.84 en la forma general (Frydenberg, 1997). Para el desarrollo

de esta investigación cabe resaltar que se utilizó la forma específica, solicitando que respondan a las preguntas en base a su preocupación principal o que genere mayor malestar.

### **3.8 Procedimiento**

La investigación quedó estructurada en tres fases para el logro de los objetivos planteados en la misma.

#### **3.8.1 Primera fase**

- En primera instancia se llevó a cabo el acercamiento al lugar donde se desarrolló el trabajo de campo. Seguido se realizó la respectiva entrevista a la docente rectora del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, indicándole el proyecto de investigación para los fines pertinentes.

- Mediante oficio de permiso enviado desde la carrera de Psicología Clínica, dirigido a los directivos de la institución, se obtuvo la autorización formal para la investigación. Tras esto se coordinó con los Directivos del DECE, y tutores del décimo de básica, primero y segundo de bachillerato, para selección de la muestra y además establecer la hora y fecha para la recolección de datos.

- Sensibilización (acercamiento a la población seleccionada), en donde se informó a los estudiantes de la intención y finalidad de la investigación, y se solicitó su aprobación mediante documento escrito dirigido para su familiar responsable de su cuidado y para el adolescente (consentimiento informado (Anexo 5)).

### **3.8.2 Segunda Fase**

En esta fase se hizo la recolección de los datos, se recogieron los datos sociodemográficos y la aplicación de las respectivas escalas: aplicación de la Escala de ideación suicida de Beck adaptación Bobadilla (2004), y de la Escala de estrategias de afrontamiento de Frydemberg y Lewis, adaptación Canessa (2002), versión específica.

La recolección se hizo en jornadas de lunes a viernes, sección matutina a los estudiantes de primero y segundo de bachillerato, y en sección vespertina a los estudiantes de décimo de básica.

Finalmente se procede a la interpretación de las escalas aplicadas, en base a la calificación de cada una, y se realiza el procesamiento y análisis mediante el programa estadístico Statical Product and Service Solutions volumen 25 (IBM SPSS Statistics) para obtener los datos y por ende los resultados de la presente investigación.

### **3.8.3 Tercera Fase**

Una vez recolectada la información y determinada las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor y menor frecuencia por los adolescentes con ideación suicida, se procedió a la elaboración de un Plan de Prevención psicoeducativo.

## f. Resultados

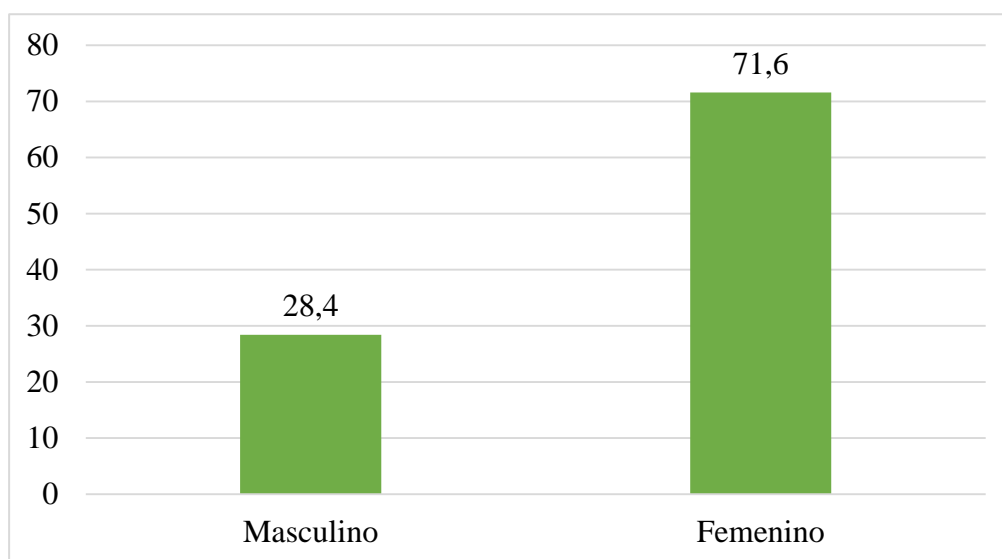
**Tabla 1.**

*Población estudiada dividida por género.*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	73	28,4
Femenino	184	71,6
Total	257	100,0

**Fuente:** Ficha sociodemográfica aplicada en la población.

**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.



**Figura 1.** Población estudiada dividida por género

**Fuente:** Ficha sociodemográfica aplicada en la población.

**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.

### **Análisis e interpretación de resultados:**

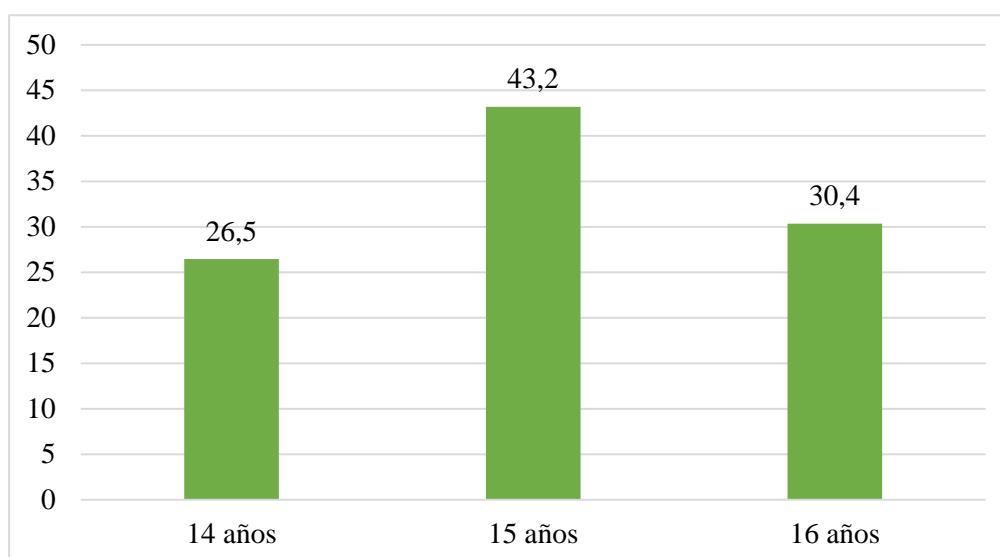
El suicidio es más frecuente en el sexo masculino, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio y presentan tasas más altas de ideación suicida que los hombres (Moscicki, 1995), no obstante la población estudiada no escapa de esta realidad. Apareciéndose así en la Tabla 1, donde se encuentra que el 71.6% de los adolescentes pertenecen al género femenino y mientras que el 28.4% corresponden al género masculino.



**Tabla 2.***Edad de los adolescentes de la población estudiada.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 años	68	26,5
15 años	111	43,2
16 años	78	30,4
Total	257	100,0

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada en la población.



Elaborado por: Loiza, T., 2018.

**Figura 2.** Edad de los adolescentes de la población estudiada

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada en la población.

Elaborado por: Loiza, T., 2018.

**Análisis e interpretación de resultados:**

La ideación suicida es menos frecuente en adolescentes de 14 años, mientras que los picos más altos se dan entre los 15 y 19 años. Indicándose que la conducta suicida se incrementa con la entrada en la adolescencia (OMS, 2018; Shafer, Pfeffer, y Gustein, 2003; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, y Lee, 2008; Villar, 2002). Esto no se aleja de lo que se puede observar en la Tabla 2 donde el porcentaje mayor 43.2% corresponden a los adolescentes de 15 años de edad; en un

30.4% los que tienen 16 años y en un 26.5% los que se encuentran entre los 14 años de edad, del total de participantes.

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. En primer lugar, se presenta los resultados obtenidos que corresponden a ideación suicida y su nivel de riesgo por medio de la administración de la Escala de Ideación Suicida de Beck adaptación Bobadilla (2004). Posteriormente se describen los resultados entorno a la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) adaptación Canessa (2002). Finalmente, se presenta la propuesta de plan de prevención basado en estrategias de afrontamiento adaptativas.

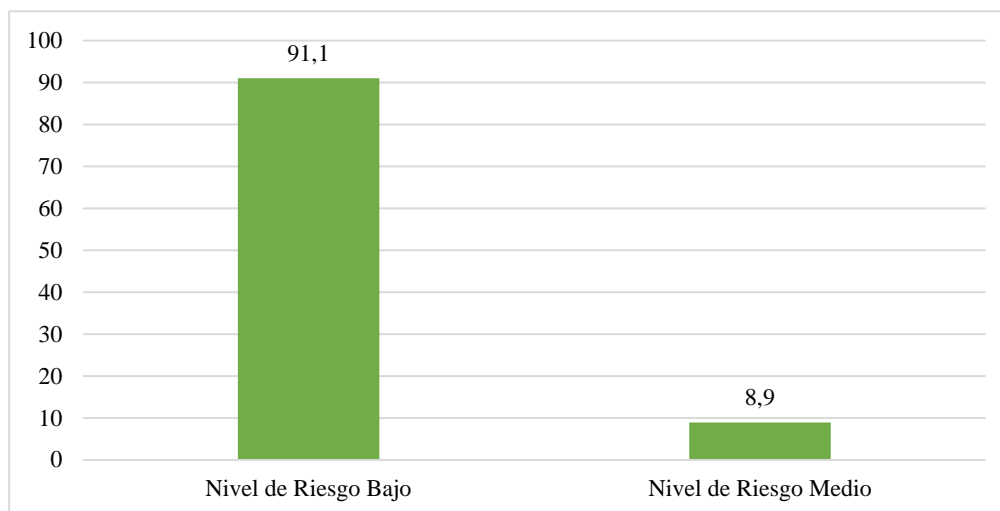
- *Ideación Suicida y su nivel de riesgo.*

**Tabla 3**

*Nivel de riesgo de Ideación Suicida de los adolescentes.*

Nivel de Riesgo de Ideación Suicida.	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Riesgo Bajo	234	91,1
Nivel de Riesgo Medio	23	8,9
Nivel de Riesgo Alto	0	0
Total	257	100,0

**Fuente:** Escala de Ideación Suicida de Beck (adaptación de Bobadilla y otros, 2004).



**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.

**Figura 3.** Nivel de riesgo de Ideación Suicida de los adolescentes.

**Fuente:** Escala de Ideación Suicida de Beck (adaptación de Bobadilla y otros, 2004).

**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.

### **Análisis e interpretación de resultados:**

De acuerdo con la Tabla 3 se observa que 234 (91,1%) de los adolescentes de la muestra presentan nivel de riesgo bajo, y 23 (8,9%) muestran nivel de riesgo medio; presentándose una alta diferencia porcentual. El nivel bajo de riesgo de ideación suicida, nos indica presencia de pensamientos relacionados con la autolesión y que aunque no existe planificación, existe autocritica y además rectifica conducta. Mientras que, en el nivel medio existe planificación

suicida, no inmediata o clara, y posibles intentos previos (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Durán, s.f.; Steele, y Doey, 2007). Entonces se podría decir que la mayoría de los adolescentes de la muestra además de presentar ideación suicida, aún realizan autocrítica y modifican conducta.

- *Estrategias de Afrontamiento y su frecuencia de uso.*

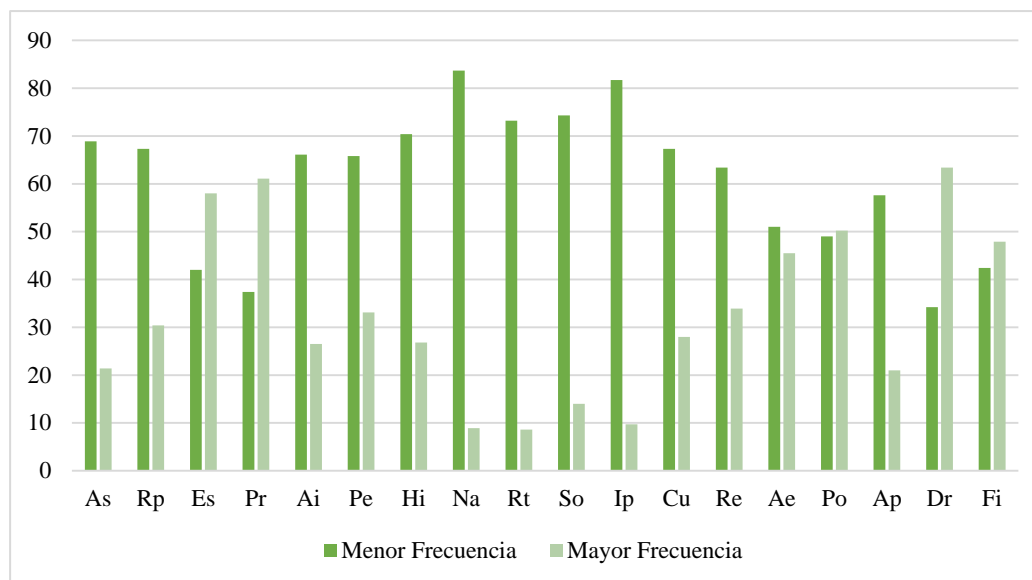
**Tabla 4**

*Estrategias de afrontamiento en los adolescentes con ideación suicida.*

<i>Estrategia de afrontamiento</i>	<i>Bajo</i>		<i>Alto</i>	
	F	%	F	%
<i>Concentrarse en resolver el problema</i>	173	<b>67,3</b>	78	30,4
<i>Esforzarse y tener éxito</i>	108	42	149	<b>58</b>
<i>Fijarse en lo positivo</i>	126	49	129	<b>50,2</b>
<i>Buscar diversiones relajantes</i>	88	34,2	163	<b>63,4</b>
<i>Distracción Física</i>	109	42,4	123	47,9
<i>Buscar apoyo social</i>	177	<b>68,9</b>	55	21,4
<i>Invertir en amigos íntimos</i>	170	<b>66,1</b>	68	26,5
<i>Buscar pertenencia</i>	169	<b>65,8</b>	85	33,1
<i>Acción social</i>	191	<b>74,3</b>	36	14
<i>Buscar apoyo espiritual</i>	131	<b>51</b>	117	45,5
<i>Buscar ayuda profesional</i>	148	<b>57,6</b>	54	21
<i>Preocuparse</i>	96	37,4	157	<b>61,1</b>
<i>Hacerse ilusiones</i>	181	<b>70,4</b>	69	26,8
<i>Falta de afrontamiento</i>	215	<b>83,7</b>	23	8,9
<i>Reducción de la tensión</i>	188	<b>73,2</b>	22	8,6
<i>Ignorar el problema</i>	210	<b>81,7</b>	25	9,7
<i>Autoinculparse</i>	173	<b>67,3</b>	72	28
<i>Reservarlo para sí</i>	163	<b>63,4</b>	87	33,9

**Fuente:** Escala de Estrategias de Afrontamiento en Adolescente (adaptación de Canessa y otros, 2002).

**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.



**Figura 4** Estrategias de afrontamiento en los adolescentes participantes.

**Fuente:** Escala de Estrategias de Afrontamiento en Adolescente (adaptación de Canessa y otros, 2002).

**Elaborado por:** Loaiza, T., 2018.

### **Análisis e interpretación de resultados:**

En la Tabla 4, se puede determinar que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en la muestra corresponden a las estrategias, buscar diversiones relajantes (63%), preocuparse (61.1%), esforzarse y tener éxito (58%), y fijarse en lo positivo (50.2%). Mientras que las estrategias de afrontamiento que utilizan con menor frecuencia son: falta de afrontamiento (83.7%), seguido de ignorar el problema (81.7%), acción social (74.3%), reducción de la tensión (73.2%), y hacerse ilusiones (70.4%). Otras de las estrategias de afrontamiento con poco uso fueron: búsqueda de apoyo social (68.9%), autoinculparse (67.3%), concentrarse y resolver el problema (67.3%), invertir en amigos íntimos (66.1%), buscar pertenencia (65.8), reservarlo para sí (63.4%), buscar apoyo profesional (57.6%) y buscar apoyo espiritual (51%).

Se podría decir que las estrategias más utilizadas por la población estudiada están dirigidas al problema de acuerdo a Frydenberg (1997), pero que no necesariamente enfocadas a la solución

del mismo sino a desenfocarse de la emoción que les genera. Mientras que las estrategias menos empleadas por los adolescentes de la muestra están dirigidas a la falta de afrontamiento, es decir a ignorar el problema sin realizar alguna actividad, y en última instancia, dirigidas a buscar apoyo en los otros.

- *Plan de prevención del suicidio para adolescentes con ideación suicida y su familia.*

### **- Tema**

Plan de prevención del suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento para adolescentes con ideación suicida y su familia.

### **- Introducción**

La adolescencia es una etapa en la que se producen transformaciones sustanciales en la personalidad, identidad, búsqueda de pertenencia, y la elaboración de proyecto de vida tanto en el establecimiento de vínculos románticos, aspiraciones de trabajo o estudio, y en la visión del mundo (OMS, 2018); y es considerada por Dolto (2004) como una “etapa de fragilidad”. Se aprecia como el periodo después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y 19 años aproximadamente, caracterizado por cambios físicos, cognitivos y sociales (OMS, 2018).

Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes presenten síntomas depresivos, conductas suicidas o en sí conductas desadaptativas aprendidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales.

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, que de acuerdo a estimaciones de la OMS, las tasas de suicidio en la población joven (15-29 años) ha aumentado. Se sitúa entre las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad y de

acuerdo al género 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 (citado en Moscicki, 1995).

La ideación suicida es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, el cual abarca: el deseo de morir, la representación suicida, planeación o no planeación, y con o sin método específico. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo en el individuo que los presenta (Beck, Steer, y Ranieri, 1988; Rosales, Córdova, Hernández, y Zúñiga, 2014). Entonces al existir un problema o una preocupación es cuando surgen las estrategias de afrontamiento, con el fin de restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo. Lo cual puede hacerse “resolviendo el problema, es decir, cambiando el estímulo, o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución” (Frydemberg, 1993, p.255).

Referente a la población investigada se obtuvo los siguientes resultados relevantes, que los adolescentes con ideación suicida, en su mayoría en el nivel de riesgo bajo, más utilizan las estrategias de afrontamiento que corresponden a, buscar diversiones relajantes, preocuparse, esforzarse y tener éxito, y, fijarse en lo positivo; mientras que con menor frecuencia utilizan, la falta de afrontamiento, seguido de ignorar el problema, acción social, y reducción de la tensión. A partir de esto se ha planteado un plan de prevención del suicidio enfatizando en las estrategias de afrontamiento.

El Plan se desarrolla en tres etapas: 1) revisión teórica de las temáticas; 2) diseñado en 6 sesiones dirigidas a adolescentes y 2 sesiones a los familiares; y 3) El desarrollo del plan por matrices, donde se desglosa cada temática a tratar. El mismo se planifica a partir de

talleres donde se brindará psicoeducación. Además es importante ratificar que se involucra a la familia en el plan ya que es la primera red de apoyo del individuo y por tanto debería constituir como un factor protector. De igual manera se incluyen temas relacionados con habilidades sociales, resiliencia y proyecto de vida con el fin de abordar todas las áreas del individuo.

Finalmente, la propuesta del plan preventivo ha de ser aplicado mediante el trabajo conjunto del equipo de salud mental junto a los directivos del DECE, para cubrir las necesidades y demandas de los individuos del estudio.

#### **- Justificación**

El presente documento constituye una propuesta de Plan de Prevención del suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento enfocado a adolescentes con Ideación Suicida, como cumplimiento del tercer objetivo específico: *“Elaborar un plan de prevención basado en estrategias de afrontamiento adaptativas siguiendo las líneas de la problemática mediante los resultados de la investigación”*, de la tesis de pregrado denominada *“Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 a 16 años del colegio de bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” del cantón Loja”*, para la obtención del título de Psicóloga Clínica, de autoría de Thalía Loaiza (2018).

Es importante destacar que la detección del riesgo suicida forma parte del tipo de prevención escolar *“Programas de pesquisa o screening”*, y que además de la detección a través de instrumentos de tamizaje, los adolescentes identificados son derivados a un especialista en salud mental (Bustamante, y Florenzano, 2013).



De igual manera, existen programas de prevención de los cuales se ha comprobado su eficacia, como el Signs of Suicide (SOS), el cual es dirigido a brindar información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio, como reaccionar ante una persona con riesgo suicida, ofrecerle ayuda y por último, comunicarle a un adulto responsable (Dumon y Portzky, 2014); de igual manera otro estudio conocido es el llamado *Gatekeeper*, cual emplea los recursos disponibles como los espacios públicos y a los alumnos como principales receptores y generadores de cultura y conciencia de autocuidado (Chávez, Medina, Macías, 2008).

Siguiendo lo anteriormente expuesto y haciendo énfasis que la conducta suicida se encuentra entre las primeras causas de muerte y que es una causa evitable, se propone el presente Plan de Prevención del suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, la cual se orienta a plantear una herramienta de apoyo que coadyuven en la prevención y concientización acerca de la problemática del suicidio, tomando como referencia el programa SOS, debido a que es un programa comprobado con el fin de evitar posibles riesgos o resultados contradictorios.

Esta propuesta irá en beneficio directamente de los adolescentes y familiares de los evaluados, e indirectamente de las autoridades del Colegio de estudio.

#### **- Objetivos**

- **Objetivo general**

- Elaborar un plan de prevención del suicidio enfatizando en las estrategias de afrontamiento a los problemas, a través de la psicoeducación.

- **Objetivos específicos**

- Capacitar en relación a la temática depresión, cómo actuar ante esta y su relación con el suicidio.

- Familiarizar a la población acerca de los signos y síntomas de la ideación suicida, y como reconocerlos.
- Brindar herramientas de afrontamiento para la problemática, a partir de la resolución de problemas, tomando en cuenta sus recursos personales y el evento.
- Motivar a los adolescentes a hacer uso de estrategias de afrontamiento dirigidos a búsqueda de ayuda de un profesional.
- Psicoeducar en autoestima y autoconcepto.
- Enseñar técnicas de habilidades sociales como la comunicación y la asertividad.
- Psicoeducar en resiliencia como herramienta de afrontamiento.
- Enseñar la importancia de elaborar el proyecto de vida.
- Incrementar el soporte familiar, social mediante la psicoeducación a los familiares.

#### **- Revisión teórica.**

##### **Depresión y su relación con la conducta suicida.**

La depresión es una enfermedad frecuente, que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, y su intensidad de repercusión en estos ámbitos estaría relacionada si es depresión leve, moderada o grave (OMS/OPS, 2017).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2017, p.2)

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, debido a que en esta etapa se dan varios cambios, físicos, psicológicos, sociocultural y cognitivo, o concebirse como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructiva (Pardo, Sandoval, y Umbarila, 2004).

La depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno. Según los autores, “se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales” (Dallal y Castillo, 2000, p.1320).

### ***Indicadores de depresión.***

De acuerdo a la Clínica privada de especialistas médicos en Madrid (Clínica DAM) (2018), los síntomas de la depresión en adolescentes pueden ser:

- Cambios en el apetito (por lo general pérdida del apetito pero a veces se puede dar un aumento).
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Fatiga.
- Sentimiento de agitación, inquietud e irritabilidad.
- Sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza u odio hacia sí mismo.
- Pérdida del interés o el placer en actividades que alguna vez eran divertidas.

- Pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte.
- Problemas para dormir, sueño excesivo o somnolencia diurna.

### ***Factores relacionados con la depresión.***

De acuerdo a la OMS (2017), en su programa denominado “Depresión, hablemos” nos indica que:

La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular (párr. 1).

*Antecedentes familiares*, tener en familiar con depresión aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad. La predisposición genética es responsable de la depresión endógena. De hecho, entre los progenitores, los hermanos y los hijos de un depresivo endógeno puede haber entre un 15 y a un 20 por ciento de individuos afectados por la misma enfermedad. A medida que el vínculo de parentesco consanguíneo con la persona que tiene depresión es menor, tíos, primos y sobrinos el riesgo de contraer la depresión es menor (Cañeque, 2015, párr. 2).

*Experiencias traumáticas en la infancia*, los estudios han puesto de manifiesto que experiencias traumáticas en la primera infancia tales como la pérdida de un padre antes de la adolescencia, negligencia por parte de sus cuidadores, abuso físico, emocional o sexual y el

divorcio de los padres están vinculados a un mayor riesgo de depresión cuando se llega a adultos (Cañeque, 2015, párr. 3).

*Género*, estudios indican que en el género femenino se presenta la depresión con mayor incidencia y prevalencia. “La prevalencia e incidencia de la enfermedad mental es mayor en la mujer que en el hombre, siendo la carga de la depresión un 50% más alta en el género femenino en la adolescencia” (Echeverría, 2015, p.3). Explicaciones indican que puede deberse a ciertos factores como el síndrome premenstrual, depresión postparto, menopausia. O porque las mujeres tienen una mayor predisposición a padecer problemas con la tiroides como por el ejemplo, el hipotiroidismo que es causa de depresión (Cañeque, 2015).

*Cambios sustanciales en la vida*, a lo largo de nuestra vida hay situaciones en la que se puede determinar un estado depresivo, que de acuerdo a Cañeque (2015) son las siguientes:

- Situaciones de duelo: como puede ser la pérdida de un ser querido, una separación o un divorcio. Además el duelo se puede complicar cuando es fallecimiento fue súbito o inesperado, o el padecimiento prolongado y doloroso.
- Situaciones de estrés y de sobrecarga: situaciones relacionadas con las preocupaciones constantes por la economía y las autoexigencias conducen al llamado síndrome del agotamiento emocional o burnout, que favorece al desarrollo de la depresión.
- Cambios bruscos en los estilos de vida: se relaciona con el cambio de domicilio, de trabajo o ser despedido; y más aún cuando no se han creado hábitos nuevos.

La depresión en adolescentes puede deberse también a los siguientes eventos o situaciones (Clínica DAM, “Depresión en adolescentes”, 2018, párr.10):

- Agresión o acoso en la escuela o en otra parte.
- Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Falta de destrezas sociales.
- Dificultades de aprendizaje.
- Enfermedad crónica.
- Crianza o cuidados deficientes.
- Acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Además la depresión es una enfermedad que puede aparecer junto a otros trastornos. Los cuales pueden ser:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA).
- Trastorno bipolar.
- Trastornos alimentarios (bulimia y anorexia).

### ***¿Qué hacer?***

El primer paso es pedir ayuda, a un adulto responsable, en el departamento de consejería del colegio o acercarte a los centros o puestos de salud más cercanos.

1. Habla con tus padres sobre lo que te está pasando.

2. Recordar que no estás solo, muchas personas luchan con sentimientos como estos en un momento u otro.
3. Es muy provechoso compartir tus preocupaciones con alguien que te escuche y le preocupas. No necesitan poder "arreglarlo"; solo necesitan ser buenos oyentes.
4. Trata de no aislarte, de pasar tiempo con amigos que te hagan sentir mejor.
5. Reduce la cantidad de horas de uso del internet.
6. Participa en actividades que disfrutas o disfrutabas hacer.
7. Mantén hábitos de vida saludable.

En el caso de que sea un amigo el que esté pasando por esto, lo que puedes hacer es:

1. Hacerle saber que estás para él o ella y motivarlo a buscar ayuda.
2. Escucharlo atentamente, sin criticar ni ofender.
3. Pide ayuda a un adulto de confianza. Acércate a los centros o puestos de salud de la ciudad más cercana y pide apoyo.

### **Ideación Suicida**

Antes iniciemos con la descripción de lo que es conducta suicida, este término engloba una diversidad de comportamientos como: pensar en el suicidio (o ideación suicida), en amenazas (ideas verbalizadas), planificar el suicidio, intentar el suicidio y el hecho de cometer un suicidio, que puede ser episódico o recidivante (Pfeffer, 1981). Entonces:

- ***Suicidio***: es el acto de quitarse la vida, de matarse a uno mismo.
- ***Intento de suicidio***: es el comportamiento que aunque buscar acabar con su vida no lo ha conseguido; que en algunos casos no se consigue por casualidad y en otros la muerte ni se

buscaba o se pretendía remotamente. Se refiere a intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones intencionales, que pueden o no tener una intención de resultado mortal.

- ***Ideación suicida:*** consiste en pensamientos relacionados con la muerte, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como del posible impacto en los demás.

Eugenio y Zelada (2011) consideran a la ideación suicida como todo pensamiento persistente, planificación o deseo de cometer suicidio. Siguiendo la misma línea, 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 autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se define a la ideación suicida como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia” (De la Torre, 2013, p.2). 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.

### ***Epidemiología.***

El suicidio afecta a las personas de todas las edades, culturas y grupos poblacionales, es un problema de índole global. Las tasas de suicidio son más bajas en personas con menos de 15 años y más altas en aquellas con 70 años o mayores, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo, aunque los patrones de edad por sexo en las tasas de suicidio entre los 15 y los 70 años varían en cada región (World Health Organization, 2014). Señalando que las



tasas de intentos de suicidio son más altas en mujeres que en hombres, mientras que los suicidios consumados se registran más en hombres que en mujeres.

En lo relacionado con los intentos de suicidio se indica que estos son más frecuentes que los suicidios, y que en algunas regiones europeas, los intentos de suicidio son más comunes entre adolescentes (López, Hinojal, y Bobes, (1993); Nock, et al., 2008).

Cada suicidio y cada intento de suicidio, de manera directa o indirecta afectan a otras personas, que se encuentren en su contexto, en especial provoca un grave impacto en sus familiares, cónyuge e hijos, etc. Tras el suicidio se produce un alto riesgo de duelo patológico para sus cercanos o que estén en su contexto, e incluso producirse hasta 20 intentos fallidos por cada suicidio (González-Forteza, Villatoro, y Collado, 1998).

### ***Factores relacionados con la ideación suicida.***

La conducta suicida es un problema multifactorial, ya que no se debe a una causa única sino que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Siendo lo más frecuente es que estos factores actúen acumulativamente, aumentando la vulnerabilidad de la persona hacia esta conducta.

Por otra parte, ante la conducta suicida se clasifica a los factores que influyen como factores de riesgo y factores protectores, que aunque conocer los factores de riesgo es importante para determinar las causas, los factores protectores nos brindan la oportunidad de fortalecerlos e intervenir en la prevención del suicidio (Vargas, y Saavedra, 2012).

De la Torre (2013), enlista los siguientes factores:

*Factores de riesgo en la población adolescente.*

- Las familias disfuncionales con conflictos y pobre comunicación.
- La enfermedad mental y los comportamientos suicidas dentro de la familia.
- Experimentar estados de desesperación y/o comportamientos impulsivos, incluyendo agresiones. Consumo de alcohol y drogas.
- Bajo concepto de sí mismo.
- Víctima de abusos sexuales recientes.
- Víctima de maltrato físico y psicológico. O exposición a eventos violentos.

*Factores de protección en la adolescencia.*

- Familias estructuradas, buena relación con los miembros de la familia, y que cuenten con apoyo significativo del grupo familiar.
- Autoestima que permita un sentimiento satisfactorio de sí mismo.
- Habilidades sociales, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas.
- Práctica de tiempo libre, desarrollo y bienestar.
- Buena vinculación, que cuente con red de apoyo y participación social en actividades comunitarias.

- Sentimiento de pertenencia a su entorno, buenas relaciones (p.26).

***Síntomas de que podría encontrarse frente a riesgo de conducta suicida.***

Existen ciertas pautas o cambios en los adolescentes que son indicadores de riesgo suicida, que siguiendo a Clavijo, y Sierra (2010) pueden ser:

- Cambios en los hábitos alimenticios y el sueño.
- Pérdida del interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida. Oscilaciones inapropiadas y extremas en los propios estados de ánimo.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del arreglo personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de las molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales (dolores de cabeza, fatiga...).
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar, disminución del rendimiento escolar.
- Episodios -más o menos reiterados- de absentismo escolar y/o abandono del hogar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse y toma de decisiones.
- Deseos de morir.
- Aparición de sentimientos de culpa, vergüenza, ira, soledad y/o indefensión.

- Asunción sistemática de conductas de riesgo innecesarias y desproporcionadas.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse.

***Mitos sobre la conducta suicida.***

*Mito*, “es una realidad cultural extremadamente compleja que puede abordarse e interpretarse en perspectivas múltiples y complementarias” (Eliade, 1999, p.13).

**Tabla 5.**

*Mitos relacionados con la conducta suicida*

<b>MITO</b>	<b>CRITERIO CIENTÍFICO</b>
La persona que se quiere matar no lo dice.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra presentó indicadores.
Las personas que intentan el suicidio no desean morir, sólo es por llamar la atención.	Aunque no todas las personas que intentan el suicidio desean morir, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
La persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.	Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.
La persona que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida	Entre el 1% y el 2% de las personas que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% al 20% lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

Toda persona que se suicida está deprimida. Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todas las que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenia, alcoholismo, trastorno de personalidad, etc.

---

El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

---

Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

---

**FUENTE:** Fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental (*FAISEM*). *Protocolo de intervención en crisis*, 2006 (como se citó en Servicio Andaluz de Salud, 2010, p.14)

### ***¿Qué hacer?***

1. Conservar la calma.
2. Preguntarle de manera directa si está considerando el suicidio.
3. Enfocarse en su preocupación por su bienestar y evitar ser acusatorio o juzgar.
4. Escuchar con atención, sin hacer comentarios ofensivos.
5. Asegurarle que existe ayuda y que no se sentirá de esa manera para siempre.
6. Proporcionar supervisión constante. No dejarlo solo.
7. Eliminar los medios con los que podría dañarse.

***Tomar medidas y obtener ayuda:*** se debe informar a un adulto cuidador responsable, como un padre, un maestro o al psicólogo escolar. Los padres deberían buscar ayuda en los recursos de

salud mental de la comunidad o la escuela lo antes posible. El personal de la escuela debería llevar al estudiante al profesional de salud mental.

***Sitios y líneas telefónicas de ayuda a las cuales se puede acudir.***

Departamento de Consejería Estudiantil (DECE).

Centro de Salud N 1, ubicado en la Av. Cuxibamba, Loja.

Centro de Salud “Hugo Guillermo González”, ubicado en la calle Andrés Bello y Juan José Peña, Loja.

Centro de Salud N 3, ubicado en la calle Riobamba y Quevedo, Loja. Teléfono: (07) 257-1645

Centro de Salud San Cayetano, ubicado en ubicado en San Cayetano a lado de la Iglesia.

Hospital Isidro Ayora Loja, ubicado en Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego.  
Teléfono: (07) 257-0540

Puestos de Salud ubicados en cada sector de la ciudad.

**Línea Telefónica Gratuita 171.** Con la opción 1 se solicita una cita y con la opción 2

los interesados reciben asesoría en varios temas de salud mental.

***Afrontamiento.***

El afrontamiento son todos aquellos esfuerzos o respuestas que las personas realizan para poder manejar, neutralizar o solucionar los problemas de la vida cotidiana y los efectos estresantes que dichos problemas causan. Es decir es un proceso que incluye intentos del individuo para resistir y superar las demandas excesivas que se le plantean y reestablecer la

homeostasis (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Para Frydenberg (1997) refiere que son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se emplean para lograr una transición y una adaptación efectivas.

Beck (1967) postula que el comportamiento suicida es el peor resultado de un esquema de pensamientos disfuncionales que se conoce como la triada cognitiva de Beck: una visión negativa de sí mismo/a (pobre auto-concepto), el mundo (pensamientos disfuncionales) y el futuro (desesperanza). El marco teórico cognitivo conductual se enfoca en entender el comportamiento como resultado del proceso interactivo entre pensamientos (disfuncionales), sentimientos y acciones (estrategias de afrontamiento) que a su vez se relaciona con las circunstancias y eventos de vida estresantes que afectan al ser humano (Ellis y Newman, 1996 como se citó en Duarté, Lorenzo-Luaces, y Rosselló, 2012). Un/a adolescente con pobres destrezas de manejo ante una situación difícil reaccionará inadecuadamente (Ingram, Miranda, y Segal, 1998).

En la misma línea, este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental, puede reducir la percepción de soluciones disponibles, falta de recursos para aliviar la crisis y conducir a un estado de desesperanza y por ende elevar el riesgo de la conducta suicida.

En un estudio de tesis de postgrado, realizado en adolescentes en Lima, Perú, se encontró que la edad es indiferente a la preferencia del estilo de afrontamiento centrado en el problema; y que el sexo del adolescente no interviene en la preferencia por algún tipo de afrontamiento. Además menciona que los modos improductivos de afrontamiento tiene una evidente relación con la presencia de conducta suicida (Roggero, 2017).

### ***Solución de problemas.***

La resolución de problemas requiere autonomía de las personas para tomar decisiones. Es imposible no tener problemas, de hecho, la vida consiste en afrontarlos, sean grandes o pequeños, y hay momentos de satisfacción que son producto de resolver estos problemas.

Actuar de manera impulsiva y apresura no es para nada recomendable. Por es importante actuar con serenidad, se proponen cinco pasos que se debe seguir para conseguir resolver los problemas apropiadamente (Labrador, 2008):

1. Especificar y definir el problema, consiste en reunir información relevante acerca del problema, entender a fondo la situación, las condiciones y los obstáculos.
2. Hacer una lista con soluciones alternativas, realizar una lluvia de ideas “tipo tormenta”, es decir anotar todas las alternativas posibles, sin criticar, cuánto más, mejor.
3. Elegir la alternativa más apropiada, se valora cada una de las alternativas en cuanto a cual trae mayor beneficio al más bajo costo. Tomando en cuenta:
  - Probabilidad para resolver el problema.
  - Respuesta emocional que genera.
  - El tiempo y el esfuerzo, y,
  - Efectos a largo plazo.
4. Valorar los resultados.



***Estrategias de afrontamiento según Eryca Frydenberg.***

*Concentrarse en resolver el problema (Rp)*, busca abordar el problema metódicamente, considerando distintos puntos de vista de la situación.

*Esforzarse y tener éxito (Es)*, implicación personal, que supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.

*Fijarse en lo positivo (Po)*, tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.

*Buscar diversiones relajantes (Dr)*, realizar actividades como: oír música, leer, pintar, etcétera.

*Distracción física (Fi)*, considera actividades dirigidas al deporte, esfuerzo físico, etcétera.

*Buscar apoyo social (As)*, consiste en la inclinación a compartir los problemas con otros y buscar apoyo para la solución.

*Invertir en amigos íntimos (Ai)*, búsqueda por generar relaciones personales íntimas.

*Buscar pertinencia (Pe)*, esta estrategia implica interés y preocupación por lo que los otros piensen y por las relaciones con los demás.

*Acción social (So)*, consiste en buscar ayuda dejando que otros conozcan el problema a través de reuniones o grupos.

*Buscar apoyo espiritual (Ae)*, consiste en buscar ayuda en un ser superior. Compuesto por elementos que reflejen una tendencia a rezar, emplear la oración y creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios.

*Buscar ayuda profesional (Ap)*, buscar la ayuda de profesionales, como psicólogos o consejeros.

*Preocuparse (Pr)*, pensamientos a futuro con contenido de temor, y anhelo de felicidad.

*Hacerse ilusiones (Hi)*, anticipación de una salida positiva y que todo tendrá un final feliz.

*Falta de afrontamiento (Na)*, tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos e incapacidad para enfrentarse al problema.

*Ignorar el problema (Ip)*, refleja esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.

*Reducción de la tensión (Rt)*, acciones dirigidas a reducir la tensión con el fin de sentirse mejor.

*Reservarlo para sí (Re)*, impedir que los demás conozcan sus problemas, tendiente a aislarse.

*Autoinculparse (Cu)*, dirigida a verse como culpable de sus dificultades o problemas.

### ***Pensamientos distorsionados y su relación con la percepción de los problemas.***

La distorsión ocurre porque aplicamos unas estrategias dando por hecho que las situaciones son de una manera (según nuestros esquemas). Cuando la situación ya no es así, la estrategia que habíamos aprendido para ese tipo de situaciones y que seguimos aplicando resulta del todo inútil y contraproducente. Es decir en cierta manera perdemos capacidad de adaptación al evaluar de forma sesgada el entorno (Vived, 2011). En la misma línea, las distorsiones funcionan como hábitos de pensamiento de modo automático y nos dan una visión negativa e ilógica de la realidad. Los pensamientos distorsionados más comunes son (Guell, 2006):

1. **Pensamiento dicotómico:** se trata de considerar todo en base a “es negro o de una vez es blanco”, aquí no existen tonalidades grises. También llamado pensamiento absolutista o de los extremos.
2. **Generalización excesiva:** se asocia lo que ocurre en determinada situación aislada para otras situaciones, haciéndolo “regla”.
3. **Abstracción selectiva (filtro mental):** se realiza la valoración de una situación o evento en base a una característica o elemento, ignorando los otros; que por lo general son negativos.
4. **Descalificación de lo positivo:** se transforma las experiencias positivas o neutras en negativas. Refiriendo que lo positivo en su vida ha sido casualidad y que el castigo es merecido.
5. **Inferencia arbitraria:** Sacar conclusiones sin evidencias que lo demuestren e incluso con evidencias contrarias. Puede darse como anticipación de algún acontecimiento futuro, o concluir lo que piensa el interlocutor.
6. **Maximización/Minimización:** se refiere a exagerar la importancia de un acontecimiento negativo, considerándolo una horrible catástrofe o tragedia, lo que nos lleva a tener una reacción emocional desadaptada (magnificación). O restar importancia a lo positivo, no tenerlo en cuenta o no darle valor (minimización).
7. **Razonamiento emocional:** se trata de interpretar y dar argumentos basados en cómo nos sentimos y no en la realidad. Generalmente guiadas en función de las emociones negativas sentidas.

8. **Personalización:** es la tendencia de atribuirse cuestiones externas aisladas de ellos mismos y sobretodo sin evidencia en la que se corrobore dicha relación.
9. **Enunciados debería:** se aplica de forma rígida las reglas sobre nuestras obligaciones y las de los demás. Es decir se centra en lo que se piensa que “debe” ser y no en lo que es y se aplica reglas rígidas, independiente del contexto.
10. **Etiquetado:** emplear etiquetas que describan a la conducta y a las personas que suelen ser de tipo absolutas, negativas e inalterables.

### *Autoestima, comunicación y asertividad.*

#### *Autoestima y autoconcepto.*

En un estudio realizado por Garalgordobil y Durá, (2006), realizado a 322 adolescentes entre 14 a 17 años, encontraron relaciones positivas significativas entre autoestima y cooperación, habilidades sociales apropiadas, sentimientos de felicidad, tolerancia al estrés, tolerancia-flexibilidad, adaptación a los cambios, inteligencia emocional, integración social y tesón-constancia, y una relación negativa significativa entre autoestima y asertividad inapropiada, impulsividad, celos-soledad, desajuste emocional, depresión y ansiedad. Es decir, los adolescentes con buena autoestima y autoconcepto tienen mayor probabilidad de ser estables emocionalmente, sociales y responsables.

*Autoestima*, representa la valoración del autoconcepto, y por ende un proceso de construcción social, puesto que depende de cómo nos evalúan los demás (“El autoconcepto y autoestima en la adolescencia”, 2010).

*Autoconcepto*, en sí es el conjunto de características o atributos que nos definen como individuos y lo que nos diferencia de los demás. Para construirlo se toma en cuenta la retroalimentación de asuntos cotidianos que muestran sus características, atributos y preferencias personales (“El autoconcepto y autoestima en la adolescencia”, 2010).

Para la construcción del autoconcepto intervienen dos componentes:

- El yo ideal, representa lo que le gustaría ser, y,
- El yo posible, significa quien le gustaría ser a partir de quien es.

### *Comunicación.*

La comunicación es el proceso de interacción más importante del ser humano, donde se da el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias, y pueden ser comunicación oral, escrita y no verbal (Calderon, 2017).

- Comunicación oral o verbal, es la que se da mediante el uso de la voz para producir sonidos de la lengua, formar palabras que se tenga que expresar.
- Comunicación escrita, es aquel que se dirige por medio de un papel o puede realizarse en la computadora, es decir a través de las letras.
- Comunicación no verbal, se emplean signos y símbolos como expresión, las cuales pueden ser: imágenes sensoriales, visuales, auditivas, sonidos, gestos y movimientos corporales.

### *Asertividad.*

Significa, que es capaz de expresar lo que se siente, piensa, cree o necesita, sin ofender a los otros, abriendo posibilidad de diálogo y amistad con los demás. El comportamiento asertivo en sí es, expresarse sin ser agresivo ni sumiso, sino expresar su opinión, creencias de un modo directo, sin violar los derechos de los demás ni los propios. Y además se consideran tres principios básicos: respeto por los demás y por uno mismo, ser directo y ser honesto (Llacuna, y Pujol, 2004).

***Respeto por los demás y por uno mismo***, es decir respetar lo que los demás dicen, sienten o piensan sin desvalorizar sus propios derechos.

***Ser directo***, significa comunicar sentimientos, creencias y necesidades en forma clara.

***Ser honesto***, expresar verdaderamente los sentimientos, opiniones y preferencias, sin ofender a los otros ni irrespetarse a sí mismo. Además, esto no significa decir “toda” la información privada.

Dentro de la solución de problemas el estilo asertivo, es capaz de negociar, confrontar el problema cuando sucede y no deja que los sentimientos negativos se apoderen (Calderon, 2017).

Calderon (2017), en su estudio realizado en adolescentes encontró que “las personas que practican la conducta asertiva son más seguras de sí mismas, más transparentes y fluidas en la comunicación” (p.78).

### ***Resiliencia y proyecto de vida.***

***Resiliencia***, es el término que refiere la superación de situaciones adversas, desarrollándose psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1992). “El concepto proviene de la física, y se

entiende por la capacidad de los metales para retornar a su condición normal después de haber sido sometido a una gran fuente de calor que hace modificar su consistencia” (Flores, 2008, p.27).

*Proyecto de vida*, es el conjunto de planes abordados cognitivamente, emocionalmente, y ubicados en un contexto social determinado, el cual se elabora generalmente en base a acciones dirigidas a metas.

Para los adolescentes el proyecto de vida les da la posibilidad de anticipar una situación; donde pueden visualizar lo que quieren ser y hacer, de acuerdo a su contexto personal.

Los proyectos de vida constan o se puede considerar para su elaboración componentes, personales, emocionales, familiares, cultura, etcétera. Se determina los siguientes componentes (Rodríguez, 2012):

1) Competencias: personales y sociales, para que el estudiante comprenda su entorno y asuma su realidad (conocimiento y valoración de las tradiciones y raíces culturales, hábitos de estudio y trabajo, capacidad de gestión, etc.); estableciéndose relaciones entre las competencias psicosociales, procesos de maduración y procesos de aprendizaje. Estimulando la comprensión crítica que se caracteriza por potenciar la discusión, la crítica y la autocrítica.

2) Temas relevantes: tales como interculturalidad, igualdad de género, afectividad, autoestima y sexualidad, protección y defensa del medio ambiente, etc.

3) La intervención vocacional: desarrollar capacidades y de comportamientos necesarios para responder a las nuevas demandas del mercado laboral, se mencionan los siguientes:

a) Sentido de propósito: disponer de un impulso intrínseco que origina y mantiene la conducta hacia el logro de una meta deseada.

b) Resolución de problemas: capacidad para enfrentarse hábilmente a las situaciones conflictivas, lo cual requiere analizar la información desde una amplia variedad de fuentes, considerar todos los aspectos del tema, pensar divergentemente, hacer juicios y elaborar planes de acción realizables y efectivos.

c) Capacidad de comunicación: la persona idónea socialmente es capaz de dar y recibir, de fomentar relaciones firmes y profundas de expresarse de manera clara y brillante y de asumir los diferentes niveles de comunicación interpersonal (familia, grupo, autoridad).

4) Adaptación flexible: capacidad que debe poseer toda persona para defenderse de las estructuras sociales, reaccionar ante los cambios.

5) Autodescripciones: relacionadas con la dinámica de la propia personalidad: conocimiento, aceptación, eficacia, control, etc. Que cuando se desarrollan equilibradamente sustentan un yo, o una identidad personal sólida y singular (p.16).

### **Estilos de crianza y habilidades sociales como empatía y asertividad.**

Los estilos de crianza pueden ser definidos como ideas, emociones, formas, estrategias y pautas de comportamiento que emplean los padres en la formación y desarrollo de los hijos (Bardales y La Serna, 2014; Huaman, 2012; Navarrete, y Ossa, 2011).

En este sentido, se pueden diferenciar tres estilos o patrones de crianza (Baumrind, como se citó en Stassen, 2007, p. 302):



Crianza autoritaria, la palabra de los padres es ley y no hay lugar a discusión. Los padres pueden parecer distantes y pocas veces demuestran afecto, y no esperan que sus hijos emitan sus opiniones siendo las conversaciones sobre las emociones especialmente escasas. Estos padres crían a niños que tienden a ser conscientes, obedientes y pasivos, pero son especialmente infelices, tienden a sentirse culpables o deprimidos, internalizan sus frustraciones y se culpan cuando las cosas no salen bien.

Crianza permisiva, se oculta cualquier impaciencia y tienen pocas exigencias. Los padres permisivos son cariñosos y aceptan a sus hijos, tratan de ayudarlos en todo, pero no se sienten responsables de su conducta. Estos padres crían niños aún más infelices, ya que carecen de autocontrol en lo que se refiere a dar y recibir de las amistades de los pares, y su regulación emocional es insuficiente.

Crianza disciplinada, se establecen límites y normas. Sin embargo, también escuchan las demandas de sus hijos y sus preguntas, y conversan de sus sentimientos y problemas. Actúan como guías y mentores, no como autoridades ni como amigos. Estos padres crían niños con más probabilidades de tener éxito, ser coherentes e inteligentes, felices consigo mismos y generosos con los demás.

Por tanto, para desarrollar una crianza disciplinada es importante ser asertivo y empático; recordando que los adolescentes se comportan mejor cuando se sienten útiles y tienen un sentido de pertenencia.

Entonces al hablar de asertividad nos referimos a una forma eficaz de comunicación, que promueve relaciones honestas y abiertas; la cual puede aprenderse. Donde se defiende los derechos personales y se expresa los sentimientos, pensamientos y creencias de manera directa,

honesto y apropiado que no violen los derechos de la otra persona; lo contrario a esto sería la agresión, la cual implica defender directamente los derechos personales (Hare, 2003).

Mientras que empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para entender y comprender por qué piensa y actúa de una manera determinada (Córcoles, 2008; López, Arán y Richaud, 2014).

Así, Balart (2013) indica al ser empático se desarrolla “la capacidad intelectual de vivenciar la manera en que siente la otra persona, lo que le facilita la comprensión del porqué de su comportamiento y le faculta para mantener diálogo con el otro con un estilo de interacción positivo” (p.86).

Existen barreras que dificultan el acercamiento, según Ontoria (2018):

La tendencia de quitarle importancia a lo que le preocupa al otro e intentar ridiculizar sus sentimientos.

Escuchar con prejuicios y dejar que nuestras ideas y creencias influyan a la hora de interpretar lo que les ocurre.

Juzgar y acudir a frases como estas: “lo que has hecho está mal”, “de esta forma no vas a conseguir nada”, “nunca haces algo bien”...

Ponerse como ejemplo por haber pasado por las mismas experiencias.

Animar con frases estereotipadas: “ánimo, en esta vida todo se supera”, y seguir la corriente y dar la razón (p.67).

## **- Metodología**

Para el desarrollo de la presente propuesta de plan de prevención del suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, se considerará como técnica psicológica principal la psicoeducación, la misma que permitirá brindar información acerca de la problemática, sensibilizar y entrenar en técnicas para afrontarlo. De igual manera, también se hará uso de técnicas de tipo taller como: dinámicas de grupo, técnicas de diálogo y reflexión, y, técnicas de motivación.

Se planifica en 6 sesiones dirigidas a adolescentes y 2 sesiones dirigidas a los familiares responsables de su cuidado (**ver matrices operativas**).

#### **Participantes.**

- Adolescentes de 14 a 16 años, sección matutina-vespertina.
- Familiares responsables o tutores.

#### **Escenario.**

- Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”.

#### **Etapas del plan de prevención.**

*1) Revisión teórica*, en la cual se aborda las temáticas de: depresión, ideación suicida, afrontamiento, pensamientos distorsionados y su relación con la percepción de los problemas, autoestima, comunicación y asertividad, resiliencia y proyecto de vida, y finalmente se aborda, estilos de crianza, y, habilidades sociales como asertividad y empatía.

*2) Diseño*, esta etapa se plantean 6 sesiones, dirigido a los adolescentes, y, 2 sesiones dirigidas a los padres de familia responsables de su cuidado.

3) *Desarrollo del plan de prevención*, se plantean las matrices metodológicas, en donde se indica las temáticas establecidas por cada sesión, los recursos, los responsables, y el tiempo aproximado.

### **Temporalización.**

El plan de prevención del suicidio es dirigido a adolescentes y familiares, incluye intervenciones psicoeducativas grupales, el cual se trabajará en reuniones con el grupo de adolescentes y reuniones con el grupo de familiares, tendrán una periodicidad semanal, llevándose a cabo el miércoles de cada semana.

Es importante resaltar que las primeras sesiones para adolescentes, referidos a la primera y segunda sesión se deberán desarrollar en el lapso de una semana; mientras que las cuatro restantes se harán uno por semana. Cada sesión tendrá la duración de 60 minutos aproximadamente.

En cuanto a las sesiones con los familiares, se han de llevar a cabo en dos sesiones con la duración de 60 minutos aproximadamente y en el transcurso de una semana como máximo, con el fin de mantener el interés de los participantes y cubrir en su mayoría las principales temáticas.

**1. Matrices Operativas del Plan De Prevención del Suicidio y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento para adolescentes con ideación suicida.**

## ADOLESCENTES

### Sesión N° 1

#### DEPRESIÓN

PARTICIPANTES	Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.				
TIPO	Grupal				
CRONOGRAMA	El día miércoles de cada semana.				
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar una breve introducción sobre las temáticas a tratar.</li> <li>- Proporcionar información acerca de lo que es depresión, causas, formas de presentación y qué hacer frente a ella.</li> </ul>	<p>Concepto.</p> <p>Factores.</p> <p>Indicadores de depresión.</p> <p>¿Qué hacer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura, dinámica de presentación.</li> <li>- Indicar como se sienten utilizando una ficha gráfica de estado de ánimo.</li> <li>- Socialización de la temática, para lo cual se pedirá a los participantes que expresen lo que piensan del tema de depresión, mediante la técnica lluvia de ideas.</li> <li>- Desarrollo.</li> <li>- Audiovisual de cómo actuar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes.</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Infocus.</li> <li>- Diapositivas.</li> <li>- Ficha de estado de ánimo.</li> <li>- Parlantes.</li> <li>- Esferos.</li> </ul>	<p>DECE del Colegio de Bachillerato</p> <p>“Beatriz Cueva de Ayora”</p>	<p>60 minutos.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Debate.</li><li>- Brindar un incentivo a quienes participen.</li><li>- Establecer compromisos.</li><li>- Cierre (preguntas y respuestas).</li></ul>			
--	--	---	--	--	--

## Sesión N° 2

## INTRODUCCIÓN SOBRE IDEACIÓN SUICIDA

PARTICIPANTES	Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.				
TIPO	Grupal				
CRONOGRAMA	Ha de desarrollarse en la misma semana que la sesión anterior.				
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientizar a partir de la estadística de que la conducta suicida es un problema social global.</li> <li>- Conocer los signos de ideación suicida, sus causas, y como actuar ante esta realidad.</li> <li>- Brindar información de los lugares y líneas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición.</li> <li>Epidemiología.</li> <li>Factores.</li> <li>Indicadores del suicidio.</li> <li>¿Qué son los mitos?</li> <li>Mitos y creencias acerca del suicidio.</li> <li>¿Qué hacer?</li> <li>Información de los sitios de ayuda y líneas telefónicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura, dinámica de ambientación.</li> <li>- Pedir que indiquen como se sienten en la ficha gráfica de estado de ánimo.</li> <li>- Mediante la técnica lluvia de ideas pedir que expresen lo que piensan del tema de ideación suicida.</li> <li>- Desarrollo.</li> <li>- Compartirán ideas sobre los puntos que les haya llamado la atención.</li> <li>- Elaboración de un cartel de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes.</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Infocus.</li> <li>- Diapositivas.</li> <li>- Ficha de estado de ánimo.</li> <li>- Marcadores.</li> <li>- Hojas de papel bond A4.</li> <li>- Cartulina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DECE del Colegio de Bachillerato</li> <li>“Beatriz Cueva de Ayora”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 minutos.</li> </ul>



<p>telefónicas a los cuales pueden acudir.</p> <p>- Fomentar la búsqueda de ayuda y la cooperación.</p>		<p>prevención a través de frases escritas por los participantes en hojas de papel bond A4, las cuales serán pegadas en una cartulina para el periódico mural de la institución.</p> <p>- Compromisos.</p> <p>- Cierre (preguntas y respuestas).</p>			
---	--	---	--	--	--

## Sesión N° 3

## AFRONTAMIENTO

PARTICIPANTES Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.

TIPO Grupal

CRONOGRAMA El día miércoles de cada semana.

OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<p>- Psicoeducar en estrategias de solución de problemas de acuerdo al contexto.</p> <p>- Socializar las posibles estrategias de afrontamiento de acuerdo a Frydenberg y Lewis.</p>	<p>- Afrontamiento.</p> <p>- Solución de problemas.</p> <p>- Estrategias de Afrontamiento según Frydenberg y Lewis.</p>	<p>- Apertura.</p> <p>- Dinámica de ambientación.</p> <p>- A quienes participen se les dará un incentivo.</p> <p>- Desarrollo de la temática de afrontamiento.</p> <p>- Emplear paradojas o metáforas. Por ejemplo: la paradoja de la farola.</p> <p>- Debate en base a la paradoja.</p> <p>- Dividir en grupos y pedir que realicen una lista de tres principales problemas y lo que desean conseguir, empleando, primero la definición del</p>	<p>- Participantes.</p> <p>- Promotores.</p> <p>- Metáfora.</p> <p>- Paradoja.</p> <p>- Hojas de papel.</p> <p>- Esferos.</p>	<p>DECE del Colegio de Bachillerato</p> <p>“Beatriz Cueva de Ayora”</p>	<p>60 minutos.</p>

		<p>problema, búsqueda de soluciones mediante la técnica de la tormenta, elección de la mejor alternativa y valoración.</p> <p>- Cierre (preguntas y respuestas).</p>			
--	--	--	--	--	--

## Sesión N° 4

---

**PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS**


---

PARTICIPANTES      Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.

TIPO                      Grupal

CRONOGRAMA        De acuerdo a la planificación del DECE.

---

OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<p>- Psicoeducar en pensamientos distorsionados con el fin de mejorar el autoconocimiento.</p> <p>- Reconocer la relación entre los pensamientos distorsionados y la interpretación de los problemas.</p>	<p>¿Qué son los pensamientos distorsionados?</p> <p>Lista de los pensamientos distorsionados más frecuentes.</p>	<p>- Apertura.</p> <p>- Dinámica de ambientación.</p> <p>- Desarrollo.</p> <p>- Debate y análisis crítico de la relación entre pensamientos distorsionados y la percepción de los problemas.</p> <p>- Pedir a los participantes que identifiquen el pensamiento lógico ante cada pensamiento distorsionado.</p> <p>- Cierre (preguntas y respuestas).</p>	<p>- Participantes.</p> <p>- Promotores.</p> <p>- Pizarra.</p> <p>- Marcadores.</p> <p>- Hojas de papel.</p> <p>- Esferos.</p>	<p>DECE del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”</p>	<p>60 minutos.</p>

## Sesión N° 5

---

**AUTOESTIMA, COMUNICACIÓN Y ASERTIVIDAD.**


---

PARTICIPANTES	Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.
TIPO	Grupal
CRONOGRAMA	El último miércoles de cada semana.

---

OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducar en conceptos generales sobre autoestima y autoconcepto.</li> <li>- Concienciar de la influencia de la autoestima en las situaciones positivas y de cómo mejoraría.</li> <li>- Psicoeducar en habilidades sociales como la comunicación y la asertividad con el</li> </ul>	<p>Socialización sobre generalidades de autoestima y el autoconcepto.</p> <p>Comunicación y asertividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura.</li> <li>- A quienes asistan puntualmente se les brindará un incentivo.</li> <li>- Desarrollo.</li> <li>- Análisis crítico.</li> <li>- Debate socrático.</li> <li>- Utilizar la técnica del espejo, y después pedir que realicen una lista de situaciones de su diario vivir, en donde el cambio podría ser beneficioso (valoración del coste-beneficio).</li> <li>- Dividir a los participantes en grupos para que ejemplifiquen la solución a un problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de papel.</li> <li>- Esferos.</li> <li>- Participantes.</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Lectura.</li> <li>- Problema a resolver.</li> </ul>	<p>DECE del Colegio de Bachillerato</p> <p>“Beatriz Cueva de Ayora”</p>	60 minutos.

fin de mejorar su desenvolvimiento social.		planteado, en donde apliquen lo siguiente: inicio de conversación, hacer preguntas, realizar autorrevelaciones apropiadas y terminar conversaciones. - Cierre (preguntas y respuestas).			
--	--	--	--	--	--

## Sesión N° 6

**RESILIENCIA Y PROYECTO DE VIDA.**

PARTICIPANTES	Adolescentes del Colegio en donde se realizó la investigación.				
TIPO	Grupal				
CRONOGRAMA	El día miércoles de cada semana.				
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducar en resiliencia con el fin de que sea parte de las herramientas de afrontamiento de adolescente.</li> <li>- Generar un proyecto de vida y establecer objetivos y metas.</li> </ul>	<p>Concepto de resiliencia.</p> <p>Características.</p> <p>Proyecto de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura.</li> <li>- Dinámica de ambientación.</li> <li>- Desarrollo de la temática de resiliencia.</li> <li>- Preguntas y respuestas en base a la temática, con el fin de reforzarla.</li> <li>- Desarrollo de la temática de proyecto de vida.</li> <li>- Mediante un laberinto elaborar el proyecto de vida con recortes de revistas.</li> <li>- Finalización de las sesiones (preguntas y respuestas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes.</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Hojas de papel.</li> <li>- Esferos.</li> <li>- Revistas.</li> <li>- Cartulinas.</li> </ul>	<p>DECE del Colegio de Bachillerato</p> <p>“Beatriz Cueva de Ayora”</p>	60 minutos.

## FAMILIARES

### Sesión N° 1

#### INTRODUCCIÓN ACERCA DE IDEACIÓN SUICIDA

PARTICIPANTES	Padres de Familia del Colegio en donde se realizó la investigación.				
TIPO	Grupal				
CRONOGRAMA	De acuerdo a la planificación del DECE.				
OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concienciar a los padres de familia acerca de esta problemática.</li> <li>- Psicoeducar con el fin de establecer, fomentar y mejorar positivamente su implicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalidades.</li> <li>- Factores de riesgo y factores protectores.</li> <li>- Signos de alarma, qué hacer.</li> <li>- Mitos y creencias.</li> <li>- Información acerca de los recursos de ayuda a nivel local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura.</li> <li>- Desarrollo.</li> <li>- Socialización de los resultados obtenidos en la investigación realizada.</li> <li>- Compromisos.</li> <li>- Cierre (preguntas y respuestas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padres de Familia</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Infocus.</li> <li>- Hojas de papel.</li> <li>- Lapiceros.</li> </ul>	DECE del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”	60 minutos



## Sesión N° 2

---

**ESTILOS DE CRIANZA Y HABILIDADES SOCIALES COMO LA ASERTIVIDAD Y EMPATÍA**


---

**PARTICIPANTES** Padres de Familia del Colegio en donde se realizó la investigación.

**TIPO** Grupal

**CRONOGRAMA** De acuerdo a la planificación del DECE.

---

OBJETIVO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concienciar acerca de la relación de los estilos de crianza, la asertividad y la empatía en el desarrollo del adolescente.</li> <li>- Brindar herramientas en habilidades sociales con el fin de mejorar la comprensión y la relación en familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilos de crianza.</li> <li>- Habilidades sociales como la asertividad y empatía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura.</li> <li>- Desarrollo de las temáticas.</li> <li>- Análisis crítico.</li> <li>- Ejemplificación por grupos de la temática de asertividad y empatía.</li> <li>- Compromisos.</li> <li>- Finalización de las sesiones (preguntas y respuestas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padres de Familia</li> <li>- Promotores.</li> <li>- Infocus.</li> <li>- Hojas de papel.</li> <li>- Lapiceros.</li> </ul>	DECE del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”	60 minutos.

### **g. Discusión**

Con relación a los resultados obtenidos en este estudio investigativo, se basa en lo que dice Frydenberg y Lewis (1997), acerca de que conocer los modos de afrontamiento del adolescente es útil para poder interpretar sus sentimientos, ideas y conductas, que emplean con el fin de lograr una transición y adaptación efectivas; y que aquellos que opten por el suicidio carecen de respuestas de afrontamiento adecuadas.

En cuanto a la exploración del nivel de riesgo de ideación suicida de los adolescentes, del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, se identificó que del total de la muestra el 91,1% presentan un nivel bajo de ideación suicida y el 8,9% se encuentran en un nivel de riesgo medio, de los cuales el 71,6% pertenecen al género femenino y solamente el 28,4% al género masculino, los mismos que pertenecen al tercero de básica, cuarto y quinto año de bachillerato.

En un estudio realizado por Huapaya (2010) en adolescentes escolares de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de instituciones públicas de Lima, se encontró que el 83,1% de la población presentó nivel bajo de ideación suicida, 14,3% nivel medio y un 2,6% nivel alto; esto concuerda con los resultados de la presente investigación. Únicamente se difiere con el estudio debido a que en la investigación expuesta no se evidenciaron adolescentes con nivel de riesgo alto.

Ventura, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña, y Garib (2010), en su investigación “Prevalencia de Ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años en la Región Metropolitana de Santiago de Chile, observó que las mujeres presentaban mayor prevalencia de ideación suicida en un 71% a diferencia de los hombres que presentaron el 49%. Los resultados

de esta investigación concuerdan con lo encontrado por Ventura y otros (2010), ya que se evidencia mayor predominio de ideación suicida en mujeres que en hombres.

En un estudio de tesis de pregrado realizado en adolescentes en Loja, Ecuador, se encontró que el 48,9% pertenecientes al género femenino y el 39,4% al género masculino presentan ideas suicidas (Tandazo, 2017). Estos resultados concuerdan con lo encontrado en esta investigación puesto que se determinó la existencia de ideas suicidas más en el género femenino frente al masculino.

Se observó en cuanto a las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con ideación suicida de entre 14 a 16 años, que las estrategias que utilizan con mayor frecuencia corresponden a buscar diversiones relajantes, seguido por preocuparse, esforzarse y tener éxito, y fijarse en lo positivo, respectivamente. Mientras que las estrategias de afrontamiento que utilizan con menor frecuencia son: falta de afrontamiento, seguido de ignorar el problema, acción social, reducción de la tensión, y por último hacerse ilusiones, como principales. A partir de estos resultados se podría afirmar que los adolescentes estudiados enfrentan sus dificultades buscando distraerse recurriendo a diversiones relajantes como escuchar música y leer, otros presentado temor por el futuro sin lograr soluciones, mientras que en otros casos buscan y se esfuerzan por lograr con éxito soluciones, y, otros recurren a buscar el aspecto positivo de la situación. Y en menor frecuencia no realizan nada por afrontar el problema, ignoran el problema y no permiten que otros conozcan el problema, además también realizan actividades dirigidas a sentirse mejor y anticiparse a que todo tendrá una salida positiva.

Estos resultados coinciden con la investigación “Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico” realizada por Figueroa, Contini, Lacunza, Levín, y

Suedan, (2005) en adolescentes 13 a 18 años, de nivel socioeconómico bajo de Tucumán: Argentina. En el que se observó que las estrategias más utilizadas fueron: preocuparse, buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo y distracción física. Difiriendo en el orden ya que en este estudio se encontró a buscar diversiones relajantes como la estrategia de afrontamiento más utilizada mientras que, la estrategia distracción física no fue empleada por esta población estudiada.

De igual manera, los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con lo que plantean Morales, y Moysén (2015), las cuales encontraron que las estrategias a las que mayormente recurren los jóvenes para enfrentar las situaciones que provocan estrés son esforzarse y tener éxito, seguido por buscar diversiones relajantes y preocuparse. Lo mismo difiere con esta investigación en el orden de la frecuencia de uso, ya que se encontró que los adolescentes con ideación suicida más utilizan la estrategia buscar diversiones relajantes antes que esforzarse y tener éxito.

En un estudio de tesis de postgrado, realizado por Roggero (2017) a 523 adolescentes en Lima, Perú, encontró que la estrategias improductivas de afrontamiento tiene una evidente relación con la presencia de conducta suicida; como también que al darse una clara preferencia por las estrategias dirigidas al problema, tienden a asociarse de manera significativa con el nivel bajo de ideación suicida; lo cual coincide con lo encontrado en este estudio puesto que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia por los adolescentes con ideación suicida en su mayoría en nivel de riesgo bajo, están dirigidas al problema.

En el estudio realizado por Frydenberg y Lewis (1997), con el fin de explorar las estrategias empleadas por los adolescentes españoles para hacer frente a los problemas, encontraron que

tienden a preocuparse, concentrarse en resolver el problema y buscar diversiones relajantes con mayor frecuencia, mientras que las estrategias ignorar el problema, reducción de la tensión y falta de afrontamiento son las menos utilizadas. Esto coincide con lo encontrado en este estudio, difiriendo en el uso frecuente de la estrategia concentrarse y resolver el problema, ya que en la población estudiada de esta investigación esta estrategia no fue utilizada con mayor frecuencia sino más bien como estrategia de menor uso.

De igual manera en el estudio realizado por Canessa (2002), para la adaptación de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) en Perú, dirigido a adolescentes de Lima, identificó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas corresponden a concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse y buscar diversiones relajantes; por otro lado las menos utilizadas corresponden a las escalas de falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social e ignorar el problema. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en este estudio, excepto por la estrategia concentrarse y resolver el problema, la cual no se identificó como utilizada con mayor frecuencia en los adolescentes de la presente investigación.

## **h. Conclusiones**

Una vez culminado el trabajo de investigación y en relación con los objetivos planteados de la misma, se concluye lo siguiente:

Se evidenció que los adolescentes con ideación suicida entre 14 y 16 años de edad en su mayoría se encontraban en el nivel bajo de riesgo de ideación suicida, y en menor proporción en nivel medio de riesgo.

Las estrategias de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia los adolescentes que presentan ideación suicida, corresponden a la búsqueda de diversiones relajantes, seguida por preocuparse, esforzarse y tener éxito, y fijarse en lo positivo; mientras que las utilizadas con menor frecuencia son la falta de afrontamiento, ignorar el problema, acción social y reducción de la tensión.

Se plantea un plan de prevención, enfatizando en las estrategias de afrontamiento a los problemas para los adolescentes con ideación suicida y sus familiares, del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, la misma que se sustenta en base a los resultados obtenidos.

## **h. Recomendaciones**

Al Ministerio de Educación se recomienda incluir en la planificación del DECE, programas de prevención del suicidio en adolescentes en los cuales se desarrolle estrategias de afrontamiento a los problemas, y como también incluir a la familia, debido a que constituye gran parte de la red de apoyo del adolescente.

A la Universidad Nacional de Loja se recomienda crear convenios con las instituciones educativas de la ciudad donde los estudiantes de psicología clínica puedan desarrollar talleres con el objetivo de desarrollar habilidades de afrontamiento a los problemas en los adolescentes.

Se recomienda al Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” desarrollar el plan de prevención que se propone en este trabajo de investigación con el fin de potenciar o instaurar habilidades para el afrontamiento en adolescentes de esta población y prevenir la conducta suicida, y, además se recomienda realizar la respectiva derivación de los adolescentes identificados con presencia de ideación suicida, bajo y medio nivel de riesgo al departamento de psicología clínica para la pertinente valoración y tratamiento clínico.

## i. Bibliografía

- Balart, M. (2013). La empatía: la clave para conectar con los demás. *GREF - Grupo de Responsables de Formación de Entidades Financieras*. Recuperado de: [http://www.gref.org/nuevo/articulos/art\\_250513.pdf](http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf)
- Bardales, E., y La Serna, D. (2014). *Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescents de una institución educative estatal*. (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/340>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4) (págs. 499-505).
- Betancourt, A. (2008) *El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso*. FLACSO: Ecuador.
- Borras, T. M. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Scielo*, 18(1).  
Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002)
- Bobadilla V. (2012). *Adaptación de la escala de ideación suicida. Estudio de validación de prueba*. Universidad Particular Señor de Sipán. Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades del Sur del Ecuador y Norte del Perú.
- Bustamante, F., y Florenzano, R., (2013). *Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura*. Universidad de los Andes,



- Escuela de Psicología y Grupo DTB Chile. Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000200006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006)
- Calderon, L. (2017). *Comunicación asertiva y su influencia en las relaciones interpersonales en la unidad educativa Martha Bucaram de Roldós* (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*, 5, p.191-233.
- Cañeque, P. (2015). *6 factores que favorecen a la aparición de la depresión*. [Mensaje en un blog] Recuperado de: <https://www.paulacaneque-psicologa.com/6-factores-que-favorecen-la-aparicion-de-la-depresion/>
- Caspi, A., Sudgen, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H.,...Poulton, R. (2003, julio). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *American Association for the Advancement of Science*. Recuperado de: <http://www.epigenomicslab.com/wp-content/uploads/publications/Caspi%20A%20et%20al,%20Influence%20of%20life%20stress%20on%20depression,%20moder.pdf>
- Cedeño. M. (2015) Acoso escolar, psicopatología y estrategias de afrontamiento en una muestra de adolescentes ecuatorianos. (Tesis de Masterado). *Universidad de Santiago de Compostela*: España.
- Chávez, A., Medina, M., y Macías, F. (2008) *Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000300005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300005)

Clínica privada de especialistas médicos en Madrid – DAM. (2018). *Depresión en adolescentes*.

Recuperado de: <https://www.clinicadam.com/salud/5/001518.html>

Clavijo, J., y Sierra, M. (2010). *Propuesta de intervención para el fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales en adolescentes con ideación suicida de la ciudad de Medellín*.

Universidad del CES. Medellín: Colombia.

Código de la niñez y adolescencia. (2014). Recuperado de: [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo\\_ninezyadolescencia.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf)

Córcoles, A. (2008). *Empatía: póngase en la mente del otro*. España: FC Editorial.

Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su Asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15, 17-21. México: México.

Dallal, E., y Castillo, J. (2000). *Depresión en la adolescencia*. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 1300-1331). México: Mc Graw Hill

De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*.

Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM). España. Recuperado de: <https://issuu.com/rosygarcia2/docs/sucidio>

Duarté, Y., Lorenzo-Luaces, L., y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto-concepto y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.

Dumon, E., y Portzky, G. (2014) *Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar*. Recuperado de: <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>

- Eguiluz L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación*, Iztacala, UNAM. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- “El autoestima y el autoconcepto”. (1 de febrero 2010). Psicología y mente [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://psicologiaymente.blogspot.com/2010/02/el-autoconcepto-y-autoestima-en-la.html>
- Eliade, M. (1999). *Mito y realidad*. España: Kairós.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M., y Suedan, A. (2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina)*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/40219939\\_Las\\_estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_el\\_nivel\\_de\\_bienestar\\_psicologico\\_un\\_estudio\\_con\\_adolescentes\\_de\\_nivel\\_socioeconomico\\_bajo\\_de\\_Tucuman\\_Argentina](https://www.researchgate.net/publication/40219939_Las_estrategias_de_afrontamiento_y_su_relacion_con_el_nivel_de_bienestar_psicologico_un_estudio_con_adolescentes_de_nivel_socioeconomico_bajo_de_Tucuman_Argentina)
- Flores, M. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. (Tesis de magíster). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and Research Perspectives*. New York. Routledge
- Frydenberg, E. (2004) Coping competencies: what to teach and when. *Theory into Practices*. 43, (1) 14-22
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266

- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple forms and applications of a selfreport inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Manual: Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Geralgordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de conducta*. Vol.(32) Recuperado de:  
[http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12036/Relaciones\\_del\\_autoconcepto.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12036/Relaciones_del_autoconcepto.pdf?sequence=2)
- González-Barrón, R., Montoya, I. C., Casullo, M. y Bernabéu, J. V. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 363-368.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.E. (1998). Estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: Análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Guell, L. (2006). Técnica Asertivas para el Profesorado y Formadores. Barcelona: GRAÓ.

- Hampel, P. y Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents, *Journal of Adolescence Health*, 38, 409-415.
- Hare, B. (2003). *Sea asertivo: la manera positiva de comunicarse con eficacia*. Barcelona, España: Grupo Planeta (GBS).
- Huaman, C. (2012). *Relación entre el malestar asociado a la sintomatología obsesivo compulsiva y la crianza percibida en adolescentes de una institución educativa escolar de Lima* (Tesis de Pregrado). Universidad Peruana de Ciencia Aplicadas. Lima, Perú. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10757/314942>
- Huapaya, D., (2009). *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Depresión, vulnerabilidad cognitiva*. New York: Guilford Press.
- INEC. (2015). Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf>
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., y Durán, M. (s.f.) *Prevención de la conducta suicida en adolescentes*. Guía para los sectores Educación y Salud. ISBN: 978-99740-1043-7
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Estados Unidos.
- Llacuna, J. y Pujol, L. (2004). *La conducta asertiva como habilidad social*. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_667.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_667.pdf)

- López, M., Arán, V., y Richaud, M. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 32(1), 37-51.
- López, M. B., Hinojal, R. y Bobes, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 309-411.
- Medina, A., Herazo, M., Barrios, A., Rodelo, Y., Salinas, L. (2017). *Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes*. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R. & Palomo, T. (2004). Suicidio: asistencia clínica. *Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, B., y Moysén, Ch. (2015). Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 9(1) Lima, Perú
- Moscicki, E. (1995). *Epidemiology of suicidal behavior*. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00390.x>
- Moya, J. (2007). *La conducta suicida en adolescentes*. Recuperado de: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
- Navarrete, L. y Ossa, C. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula* (Tesis de Maestría). Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212013000100005](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100005)
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. (2008) Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 30(1):133-54.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*.

*Washington*. Edición: Organización Panamericana de la Salud (OPS). ISBN 978-92-75-31850-8

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de:

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Centro de Prensa. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de:

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión*

y *suicidio*. Depresión. Hablemos. Recuperado de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud. (2014), *Informe regional, Mortalidad por suicidio en las Américas*. Washington, Estados Unidos. Recuperado de:

<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Las condiciones de salud de las Américas*.

Washington, Estados Unidos.

Ortiz, P., Duelo, M., y Ceruelo, E. (2013, marzo). La entrevista en salud mental infantojuvenil

(II): el desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. *Pediatría Atención Primaria*.

- Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000100015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000100015)
- Pardo, G, Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Colombiana de psicología*. (13), 17-32.
- Perez, V., (2006). *La adolescencia, sus vulnerabilidades y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación*. España: Fundación Vodafone España. Obtenido de: [http://www.aspresearch.com/sites/default/files/pdf/libro%20adolescencia%20y%20tic\\_0.pdf](http://www.aspresearch.com/sites/default/files/pdf/libro%20adolescencia%20y%20tic_0.pdf)
- Piaget, J. (1964). *Six Études de Psychologie*. Editions Gonthier. París: Italia.
- Rosales, J. C., Córdova, O., Hernández, K., y Zúñiga, G. (2014). *Ideación suicida y variables asociadas en universitarios del altiplano potosino*. Recuperado de: [http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/8-R8\\_ARTICULO\\_05.pdf](http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/8-R8_ARTICULO_05.pdf)
- Reinherz, HZ, Giacona, RM, Silverman, AB, Friedman, A, Pakiz, B, Frost, AK. (1995). Riesgos psicosociales para la ideación e intentos suicidas en adolescentes. *Journal of the American Academy Child Adolesc Psychiatry*. 34, 599–611.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, Ma. Y Lopez-Roig, S., (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. España.
- Roggero, S. (2017). *Estilos de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes de la UGEL Santa Chimbote*. (Tesis de magíster), Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú.
- Rutter, M. (1992). *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. Gran Bretaña: Penguin Books.



- Sánchez, D., Domínguez, Ma., Hernández, G., y González, I. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento suicida. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana: Cuba.
- Santiago, A. (2012). *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011*. (Tesis de pregrado), Universidad Católica Santo Toribio de Mocrovejo, Chiclayo. Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/333/1/TL\\_Santiago\\_Prado\\_Arnold.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/333/1/TL_Santiago_Prado_Arnold.pdf)
- Serrano, M., y Flores, M. (2005). *Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes*. *Psicología y Salud*, julio-diciembre, año/vol. 15, número 002. Universidad Veracruzana. Xalapa: México.
- Shafer D., Pfeffer C. R.; Gutstein, J. (2003) *Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia*. En: Gelder M, López –Ibor J.J., Andreasen N. (2003). *Tratado de Psiquiatría*. Tomo III, Barcelona, *Ars Médica*, 2163- 2172.
- Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Steele, MM, y Doey, T. (2007). Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Parte 1: etiología y factores de riesgo. *Can J Psychiatry*; 52(6 Suppl 1):21S-33S.
- Tandazo, S., (2017). *Ideación suicida en los estudiantes de bachillerato sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Bernardo Valdiviezo*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- 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.

- Toro, R., Grajales, F., y Sarmiento, J. (2016). *Riesgo suicida según la triada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n4/1657-5997-aqui-16-04-00473.pdf>
- Turpo, C., & Huarachi, J. (2017). *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017*. Juliaca: Imprenta Universidad Peruana Unión.
- Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de NeuroPsiquiatría*, 75(1), 19-28
- Velasco, M. (2018). *Funcionalidad familiar y su relación en la ideación suicida en estudiantes universitarios*. (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador. 46-47.
- Ventura, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., y Garib, M. (2010). *Prevalencia de ideación e intento*. 138, 309-315. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>
- Villar, A. (2002). Suicidio en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 2(2), 131-145.
- Villardón, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Instituto de Ciencias de la Educación: Universidad de Deusto. Bilbao. ISBN: 978-84-9839-846-4
- Vived, E. (2011). *Habilidades sociales, autonomía personal y autorregulación*. Zaragoza, España: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

## j. Anexos

### Anexo 1. Oficio de aprobación de tema de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 061-DPSCL-FSH-UNL  
Loja, 24 de Agosto de 2017

Señorita  
Thalía Loaiza Jiménez  
ESTUDIANTE DEL NOVENO MODULO DE  
LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133 y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009", me permito comunicarle que su Proyecto de Tesis: "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE IDEACIÓN SUICIDA EN EL CANTÓN LOJA", ha sido aprobado, por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

  
Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc.  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE

Archivo

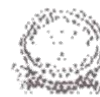
APA/tao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros  
Teléfonos: (07)2571379 – Ext.110

## Anexo 2. Oficio de pertenencia de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 199 - DPSCL- FSH-UNL  
Loja, 27 de Noviembre de 2017

Señorita  
Thalia Marisol Loaiza Jiménez  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Ciudad.

De mi consideración:

De conformidad al informe de Pertinencia de la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis presentado mediante comunicación sin número de fecha 27 de noviembre de 2017 por parte de la Dra. María Susana González García, Docente de la Carrera de Psicología, respecto de su Proyecto de Tesis, me permito hacer de su conocimiento que su Tema se modifica quedando de la siguiente manera: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "BEATRIZ CUEVA DE AYORA" DEL CANTÓN LOJA, por lo tanto esta Dirección aprueba la modificación realizada y autoriza a continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente.

CIPJC

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE  
APAfao

## Anexo 3. Oficio de asignación de director de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Ofido Nro. 217-DPSCL-FSH-UNL  
Loja, 30 de Noviembre de 2017

Doctora  
María Susana González García  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio del 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos; y, considerando que el proyecto de tesis tiene informe favorable en su estructura y coherencia; me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado a Usted, Directora del Proyecto de Tesis adjunto, titulado: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO " BEATRIZ CUEVA DE AYORA" DEL CANTÓN LOJA , de autoría de la Srta. **THALIA MARISOL LOAIZA JIMÉNEZ**, Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Con sentimientos de especial consideración y estima.

Atentamente.

  
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Copia: Secretaría General  
Srta. **Thalia Marisol Loaiza Jiménez**  
Expediente del Estudiante

APA/fao

**Anexo 4. Autorización de la Institución Educativa para el desarrollo del proyecto de tesis**

*Autorizado  
30/01/2018*



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 016-DPSCL-FSH-UNL  
Loja, 23 de Enero de 2018

Magister  
Alba Muñoz

RECTORA DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA  
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente, es grato dirigirme a Usted, para expresar un atento y cordial saludo, a la vez solicitarle su importante colaboración, autorizando para que la Srta. **Thaífa Marisol Loaiza Jiménez**, Estudiante del X Cido de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda aplicar los reactivos correspondientes para el desarrollo y ejecución de su Proyecto de Tesis, titulado **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS"**, requisito indispensable previo la obtención de Psicóloga Clínica.

Así mismo debo señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para la Institución: y, que para la ejecución de la investigación antes citada se adaptará a los lineamientos y espacios que se brinden, con la finalidad de evitar en lo posible interferir en las actividades académicas.

La presente Investigación es de tipo aleatorio, probabilístico, voluntario, para lo cual se entregará a los Estudiantes de la Sección Matutina, entre las edades de 14 y 16 años un consentimiento informado en donde se le invita a participar del proyecto explicándoles en qué consistirá la aplicación de los siguientes reactivos psicológicos:

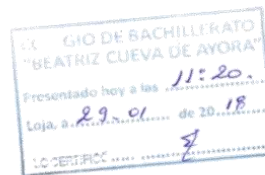
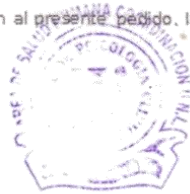
- Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) elaborado por A.T. Beck; y,
- Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) elaborado por Frydenberg y Lewis (Sánchez y otros, 2015), la duración de la evaluación será 30 a 40 minutos, una vez terminado el proceso de análisis de los datos se entregará una copia del trabajo realizado a este prestigioso Establecimiento Educativo.

En la seguridad de contar con su atención al presente pedido, le reitero el testimonio de agradecimiento.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
DIRECTOR (E) DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Copia: Archivo  
FPAA:ftao



**Anexo 5. Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Información al participante.

La Srta. Thalía Loaiza J. estudiante del Décimo Ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Se encuentra desarrollando el proyecto de investigación denominado “Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 a 16 años en el Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” del cantón Loja”, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Usted está invitado(a) a participar en este estudio investigativo, debido a que su criterio como adolescente será de mucha utilidad en el ámbito de la prevención. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a otras personas en el futuro. El propósito de este estudio es identificar ideación suicida y caracterizar las estrategias de afrontamiento más empleadas en adolescentes y a partir de los resultados elaborar un plan de intervención basado en estrategias de afrontamiento adaptativas con fines preventivos.

La evaluación durará entre 30 y 40 minutos. Su participación es voluntaria, la información es absolutamente confidencial, haciendo énfasis en no incluir ninguna información que pueda hacer posible su identificación o reporte posterior, y de ser este el caso se eliminará datos de identidad que aparezcan en cualquier registro.

No hay costos para usted por participar en la investigación, no conlleva ningún perjuicio a la salud, ni tampoco recibirá algún dinero por contestar los instrumentos de investigación (ficha de datos sociodemográficos y escalas).

Si decidiera no aceptar participar del estudio, no significará alguna sanción o problemas en la institución, ni representará ningún costo para Ud.

Por lo anterior, declaro que la investigadora, me ha explicado en forma clara mi participación en el proyecto de investigación y su objetivo y como también haber sido informado de que, en este acto libre y consciente, puedo retirarme en cualquier momento de la investigación.

De acuerdo a todo lo anterior yo:

Decido participar voluntariamente.  
Rechazo participar voluntariamente.

-----  
Nombres y firma del o de la invitada a  
participar del estudio

-----  
Nombres y firma del representante o tutor.

Fecha:

## Anexo 6. Ficha de recogida de datos sociodemográficos



## Ficha de recogida de Datos Sociodemográficos

 Universidad Nacional de Loja  
 Psicología Clínica


Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: ( )

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Curso: ( ) Paralelo: ( )

**1. Señale cuál es su estado civil actual:**

Soltera/o ( ) Unión libre ( )

Casada/o ( ) Otro ( )

**2. ¿Tiene pareja o enamorada/o actualmente?**

Sí ( ) No ( )

En caso de ser negativa, indique hace cuanto fue su última relación:

\_\_\_\_\_

**3. ¿Trabaja?**

No ( ) Si ( ) Escriba en qué trabaja:

\_\_\_\_\_

**4. ¿Con quién vive?**

Padre y Madre ( )

Padre ( ) Madre ( ) Solo ( ) Otros ( )

Si su respuesta está entre las últimas cuatro opciones, indique cuál es la razón:

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántos hermanos tiene?**

Indique ( ) Inclúyase

**6. Usted ¿Qué lugar ocupa?**

Hijo único ( ) Primero ( )

Segundo ( ) Tercero ( ) Último ( )

Indique ( )

**7. ¿Cómo calificarías la relación dentro de la familia?**

Buena ( ) Deficiente ( ) Conflictiva ( )

**8. Su vivienda está ubicada en el sector:**

Urbano (ciudad) ( )

Rural (barrios) ( )



**9. Señale los servicios básicos con los que cuenta:**

Energía eléctrica ( )

Agua Potable ( )

Alcantarillado ( )

Línea telefónica ( )

Internet ( )

**10. La casa dónde usted vive es:**

Propia ( )

Arrendada ( )

Prestada ( )

**Anexo 7.** Escala de Ideación Suicida de Beck, adaptación de Bobadilla y otros (SSI)

### **Escala de la Ideación Suicida de Beck (SSI) Modificada**

#### **Instrucciones**

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.

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tienes deseos de morir?		
2	¿Tienes razones para querer morir?		
3	¿Sientes que tu vida ha perdido sentido?		
4	¿Te sientes útil en esta vida?		
5	¿Crees que la muerte trae alivio a los sufrimientos?		
6	¿Has tenido pensamientos de terminar con tu vida?		
7	¿Has tenido deseos de acabar con tu vida?		
8	¿Tienes pensamientos suicidas con frecuencia?		
9	¿Logras resistir a esos pensamientos suicidas?		
10	¿Has pensado en algún método o forma específico?		
11	¿El método o la forma es accesible a ti?		
12	¿Has comentado con alguien sobre algún método o forma de suicidio?		
13	¿Has realizado algún intento de suicidio?		
14	¿Pensarías en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15	¿Tienes posibilidades para ser feliz en el futuro?		
16	¿Sientes que tienes control sobre tu vida?		
17	¿Pierdes las esperanzas cuando te pasa algo?		
18	¿Piensas que tu familia rara vez te toma en cuenta?		

**¡Gracias por tu sinceridad!**

**Anexo 8.** Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg, adaptación de Canessa y otros (ACS)

### **Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) Modificada**

#### **Instrucciones**

En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes en las que suelen responder ante los problemas, para lo cual marcando la letra correspondiente, indica que sueles hacer tú para enfrentarte a esos problemas o dificultades.

Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una

“X” la letra A, B, C, D o E según creas que tú lo haces, cada letra representa lo

siguiente:

<b>Nunca lo hago</b>	<b>A</b>
<b>Lo hago raras veces</b>	<b>B</b>
<b>Lo hago algunas veces</b>	<b>C</b>
<b>Lo hago a menudo</b>	<b>D</b>
<b>Lo hago con mucha frecuencia</b>	<b>E</b>

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A B C D E
---	-----------

No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase;

simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A B C D E
2. Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A B C D E
3. Sigo con mis tareas como es debido	A B C D E
4. Me preocupo por mi futuro	A B C D E
5. Me reúno con mis amigos más cercanos	A B C D E
6. Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A B C D E
7. Espero que me ocurra lo mejor	A B C D E
8. Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A B C D E
9. Me pongo a llorar y/o gritar	A B C D E

10. Organizo una acción en relación con mi problema	A B C D E
11. Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A B C D E
12. Ignoro el problema	A B C D E
13. Ante los problemas, tiendo a criticarme	A B C D E
14. Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A B C D E
15. Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A B C D E
16. Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A B C D E
17. Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A B C D E
18. Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A B C D E
19. Practico un deporte	A B C D E
20. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A B C D E
21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A B C D E
22. Sigo asistiendo a clases	A B C D E
23. Me preocupo por buscar mi felicidad	A B C D E
24. Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A B C D E
25. Me preocupo por mis relaciones con los demás	A B C D E
26. Espero que un milagro resuelva mis problemas	A B C D E
27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A B C D E
28. Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A B C D E
29. Organizo un grupo que se ocupe del problema	A B C D E
30. Decido ignorar conscientemente el problema	A B C D E
31. Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A B C D E
32. Evito estar con la gente	A B C D E
33. Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A B C D E
34. Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A B C D E
35. Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A B C D E
36. Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A B C D E
37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A B C D E
38. Busco ánimo en otras personas	A B C D E
39. Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A B C D E
40. Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A B C D E
41. Me preocupo por lo que está pasando	A B C D E
42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A B C D E
43. Trato de adaptarme a mis amigos	A B C D E
44. Espero que el problema se resuelva por sí solo	A B C D E
45. Me pongo mal (Me enfermo)	A B C D E
46. Culpo a los demás de mis problemas	A B C D E
47. Me reúno con otras personas para analizar el problema	A B C D E
48. Saco el problema de mi mente	A B C D E
49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A B C D E
50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A B C D E
51. Leo la Biblia o un libro sagrado	A B C D E
52. Trato de tener una visión positiva de la vida	A B C D E
53. Pido ayuda a un profesional	A B C D E
54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A B C D E
55. Hago ejercicios físicos para distraerme	A B C D E
56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A B C D E

57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago A B C D E
58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo A B C D E
59. Me preocupo por las cosas que me puedan pasar A B C D E
60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica A B C D E
61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás A B C D E
62. Sueño despierto que las cosas van a mejorar A B C D E
63. Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos A B C D E
64. Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo A B C D E
65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo A B C D E
66. Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos A B C D E
67. Me considero culpable de los problemas que me afectan A B C D E
68. Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento A B C D E
69. Pido a Dios que cuide de mí A B C D E
70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas A B C D E
71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo A B C D E
72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas A B C D E
73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema A B C D E
74. Me dedico a mis tareas en vez de salir A B C D E
75. Me preocupo por el futuro del mundo A B C D E
76. Procuero pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir A B C D E
77. Hago lo que quieren mis amigos A B C D E
78. Me imagino que las cosas van a ir mejor A B C D E
79. Sufro dolores de cabeza o de estómago A B C D E
80. Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas A B C D E

**Anexo 9. Fotografías**

**Figura 5** Invitación al estudio y explicación del consentimiento informado.




**Figura 6** Aplicación de los instrumentos en el Colegio "Beatriz Cueva de Ayora".



**Figura 7** Aplicación de los instrumentos en el Colegio "Beatriz Cueva de Ayora".

**Anexo 10** 'Certificado de traducción del resumen.



**THE CANADIAN HOUSE CENTER**  
Aprende el Inglés de verdad.

"Make today so awesome,  
yesterday gets jealous."

## THE CANADIAN HOUSE CENTER


El que suscribe, en representación del THE CANADIAN HOUSE CENTER el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución ministerial N° 320 – 15 y con registro N° SETEC-OCR-00001757 de la **Secretaría Técnica del Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales**.

**CERTIFICA.-**

Que el resumen de tesis titulada **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA, DEL CANTÓN LOJA”** realizada por **THALÍA MARISOL LOAIZA JIMÉNEZ** con cédula de identidad **11055779274** estudiante de la Carrera de **Psicología Clínica** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 25 de Junio de 2018

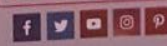


**Lic. Ross Sampayo**  
**COORDINADOR GENERAL**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

**CHC MATRÍZ:** Venezuela 19 - 77 e/ José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado

**CHC CENTRO:** Miguel Ríofrío 14 - 35 entre Bolívar y Sucre

[www.thecanadianhousecenter.com](http://www.thecanadianhousecenter.com)

 /CHCLoja

**Anexo 11** Proyecto de investigación.

## ÍNDICE

1	TEMA	112
2	PROBLEMÁTICA	113
3	JUSTIFICACIÓN	116
4	OBJETIVOS	118
4.1	Objetivo general	118
4.2	Objetivos específicos	118
5	METODOLOGÍA	119
5.1	Tipo de investigación	119
5.2	Área de estudio	119
5.3	Universo	119
5.4	Muestra	119
5.5	Criterios de Inclusión.	120
5.6	Criterios de Exclusión.	120
5.7	Técnicas e instrumentos	120
5.7.1	Técnica:	120
5.7.2	Instrumentos:	120
5.8	Procedimiento	124
5.9	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	126
6	CRONOGRAMA	129
7	FINANCIACIÓN – PRESUPUESTO	130
8	BIBLIOGRAFÍA:	131



#### **4 TEMA**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA EN  
ADOLESCENTES ENTRE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO DE  
BACHILLERATO "BEATRIZ CUEVA DE AYORA" DEL CANTÓN  
LOJA.**

## 5 PROBLEMÁTICA

La ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado, que se 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 (Eguiluz, 1995).

La etapa de la adolescencia establecida entre la niñez y la adultez, implica una gran variedad de cambios físicos, psicológicos, sociales y en específico de las responsabilidades, lo que puede generar estrés, conflictos y crisis, el afrontar dependerá de los recursos que posea y del grado de los factores estresantes. Por tanto cuando los factores estresantes sobrepasen los recursos del individuo este utilizará medidas poco adaptativas (Villardón, 2009).

El intento de suicidio constituye una de las medidas o estrategias poco adaptativas, de mayor incidencia en adolescentes; el suicidio es considerado la segunda principal causa de defunción en el grupo etario comprendido entre 15 a 29 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma que reconoce al suicidio como una prioridad de salud pública. Anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, lo que no solo afecta a países desarrollados sino que es un fenómeno de índole global, ya que en el 2015 se constataron, que más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de bajos ingresos.

Según datos de la OMS, en el Ecuador –al igual que en gran parte de América Latina- la tasa de suicidio en relación al resto del mundo es relativamente baja, representando una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004 lo cual se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea (15.74 en el mismo año), sin embargo la tasa de suicidios en Ecuador ha ascendido entre 2000 y 2012, ha crecido en un 9 por ciento. En el 2011, según datos del informe del Observatorio Social, 2.359

adolescentes fallecieron en Ecuador. Los suicidios, homicidios y accidentes de tránsito representan el 55% de los fallecimientos. En el 2012, se han registrado 1.377 suicidios de jóvenes entre 15 y 30 años (ANDES, 2014).

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la OMS indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1.5 millones, indicando que se producen más muertes por suicidio que por homicidios y guerras. Por cada suicidio pueden producirse hasta 20 intentos fallidos, considerando este dato, estaríamos hablando de que alguien intenta suicidarse cada tres a cinco segundos (González-Forteza, Villatoro, y Collado, 1998).

Finalmente, conviene resaltar que la idea de la muerte forma parte de la adolescencia, debido a que es en esta etapa donde se inicia con el proceso de identidad, la percepción de sí mismos, verse como diferentes de los demás, y crisis existenciales con respecto a que voy hacer en mi vida, que papel voy a desarrollar lo que conlleva a preguntarse del sentido de la vida (Moya, 2007). Serrano y Flores (2005) en su estudio reconocen que la relación entre la forma como se enfrentan los problemas y el desarrollo de ideas suicidas, cobran importancia debido a que puede influir en la aparición de conductas de mayor riesgo, como es el intento suicida, particularmente en una etapa como la adolescencia.

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

A pesar que se conoce cuáles son los factores que predisponen para que la muerte sea una idea que ocupa el pensamiento de los jóvenes, no todos piensan en morir ni en suicidarse como medida de solución, sino que hacen uso de otras estrategias de afrontamiento a pesar de estar bajo situaciones de estrés. Por tanto, es importante

identificar las estrategias de afrontamiento con las cuales cuentan los adolescentes con riesgo suicida y de esta manera establecer el plan de intervención.

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con ideación suicida?

## 6 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud, los intentos autolíticos han tomado un ascenso significativo a nivel mundial, regional y local, es una de las patologías que se encuentran entre las primeras causas de morbi-mortalidad. Refiere además que cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas.

En la actualidad, se cuenta con varios estudios dirigidos a conocer cuáles son las causas influyentes en el suicidio pero en el Ecuador no existe un estudio específico sobre estrategias de afrontamiento en adolescentes con ideación suicida, que permitan la creación de un plan para el manejo de la problemática y por ende dar herramientas adecuadas a los adolescentes para prevenir, por tanto es inevitable no sentir interés por conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan generalmente los adolescentes con ideación suicida para afrontar los problemas, puesto que, estos son el grupo más afectado.

Por lo anteriormente mencionado, representa un aporte significativo para la población de referencia y como herramienta para la prevención.

En el desarrollo de esta investigación se pretende describir cuales son las estrategias a seguir para afrontar la problemática en adolescentes con ideaciones suicidas de la ciudad de Loja, identificando pensamientos e ideación suicida y proponer estrategias de afrontamiento de la problemática estudiada a través de los resultados obtenidos; de ahí su importancia.

Además, el presente trabajo investigativo me permitirá obtener mi Título Universitario como Psicóloga Clínica y además pretendo que sea útil para que forme

parte de un Programa de Intervención en Prevención y como sustrato de conocimiento para profesionales como para la población en general.

## **7 OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo general**

- Establecer las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes que presenten ideación suicida en las edades comprendidas entre 14 a 16 años del Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora".

### **7.2 Objetivos específicos**

- Identificar ideación suicida y su nivel de riesgo en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora".

- Determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor y menor frecuencia por los adolescentes que presenten ideación suicida en las edades de 14 a 16 años del Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora".

- Elaborar un plan de prevención basado en estrategias de afrontamiento adaptativas siguiendo las líneas de la problemática mediante los resultados de la investigación.

## **8 METODOLOGÍA**

### **8.1 Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo cuali-cuantitativo transversal.

Cuantitativo transversal, ya que posee valores cuantificables y persigue medir objetivamente una realidad social, durante un tiempo específico, y, cualitativo no experimental ya que se va describir las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes en un determinado rango de edad con ideación suicida en un determinado rango de edad sin manipular variables.

### **8.2 Área de estudio**

La investigación se realizará a los estudiantes de bachillerato en Ciencias básicas del Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora", ubicado en Ade. Orillas del Zamora, Loja-Ecuador. Debido a que representa un Colegio Emblemático de la Ciudad y por la apertura a la investigación por parte del mismo.

### **8.3 Universo**

Tamaño de la población: 1670

### **8.4 Muestra**

Se tomó una muestra de forma probabilística aplicando la fórmula para el tamaño de muestra de la población finita mediante el programa EPI INFO versión 7, obteniendo un total de 313 sujetos. Para la selección de la muestra, se tomó en cuenta a los paralelos con problemas familiares, de consumo de sustancias y emocionales, así como también los paralelos en los que existen casos detectados de intento de suicidio y pensamiento



suicida, información proporcionada por El Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) del establecimiento educativo.

### **8.5 Criterios de Inclusión.**

Estudiantes de ambos sexos, que se encuentren en bachillerato, sección matutina- vespertina, que presenten ideación suicida, en el rango de edad entre 14 a 17 años y que hayan firmado el consentimiento informado y que presenten ideación suicida.

### **8.6 Criterios de Exclusión.**

Se excluyen aquellos que no deseen participar, que no presenten ideación suicida, los que deseen abandonar la investigación luego de haber firmado el consentimiento informado, los que no respondan el cuestionario, sin ideación suicida y que no asistan el día de la aplicación de los instrumentos.

### **8.7 Técnicas e instrumentos**

#### **8.7.1 Técnica:**

Aplicación de inventarios psicológicos.

#### **8.7.2 Instrumentos:**

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), elaborada por Beck, Kovacs y Wissman y adaptado por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004), es una escala que cuantifica y evalúa la gravedad de los pensamientos suicidas, consta de 18 ítems, donde cada ítem consta de tres alternativas; esta escala mide:

- Actitud hacia la vida/muerte (desde la pregunta 1 hasta la 5).
- Pensamientos o deseos suicidas (desde la pregunta 6 hasta la 9).
- Proyecto de intento de suicidio (desde la pregunta 10 hasta la 14).
- Actualización de la tentativa de suicidio (desde la pregunta 15 hasta la 18).

La confiabilidad de la prueba es buena debido a que tiene una confiabilidad de Cronbach de 0.89 (Velasco, 2018).

González, S., Ortiz, Gonzalez, C., y Gonzalez, J. (2000) sostienen:

“En los estudios de detección este tipo de instrumento es muy útil porque permite conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población (pp, 27).

La calificación del reactivo depende de las respuestas a cada pregunta en una escala de 3 ítem entre 0 puntos, 1 punto y 2 puntos de acuerdo a escala Likert, siendo la puntuación total la suma de todas las preguntas dando como resultado entre 0 y 36 puntos. Una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo de suicidio, lo que equivale a decir que a valores más altos se incrementa el riesgo. Se utilizará una planilla para la calificación (citado en Turpo y Huarachi, 2017). **Puntuación:** 0 - 17, Bajo 18 - 30, Medio 31 - 36, Alto.

Bobadilla (2004), realizó la adaptación y validación de la escala a adolescentes escolares en Chiclayo, Perú. Modificándola a la versión original a dos alternativas de respuesta a cada pregunta con valores de SI/NO, éstos se corresponden con puntajes que van de 1 y 2; manteniendo los 18 ítems agrupados en 4 factores o dimensiones de acuerdo a la versión original. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las respuestas seleccionadas.

#### **Indicadores de la Escala y su baremo:**

<b>Dimensiones</b>	<b>Niveles</b>		
	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>

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

La **Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)** fue elaborado por Frydenberg y Lewis (Sánchez y otros, 2015), se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos que abarca desde "No se me ocurre nunca o no lo hago" (puntuación 1), hasta "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia" (puntuación 5). Consta de 80 ítems, con el cual se evalúa los tres estilos de afrontamiento en 18 estrategias diferentes. En sí los ítems se distribuyen en 18 escalas, cada una de las cuales refleja una respuesta de afrontamiento diferente y contiene entre 3 a 5 ítems (Sánchez y otros, 2015).

Los estilos son: estilo dirigido a la resolución del problema o estilo activo, estilo dirigido a la relación con los demás y estilo improductivo o pasivo:

**Dirigido a la resolución de problemas o estilo activo.**

- Buscar diversiones relajantes (Dr), describe actividades relajantes: oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.
- Esforzarse y tener éxito (Es), supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
- Distracción física (Fi), elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
- Fijarse en lo positivo (Po), busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.

- Concentrarse en resolver el problema (Rp), acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

**b) Dirigido a la relación con los demás.**

- Buscar apoyo espiritual (Ae), supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos. Emplean la oración y la creencia en la ayuda de un líder espiritual.

- Buscar ayuda profesional (Ap), consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros, terapeutas o a una persona competente.

- Invertir en amigos íntimos (Ai), se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas.

- Buscar apoyo social (As), consiste en una estrategia de compartir los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.

- Buscar pertenencia (Pe), implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan.

- Acción social (So), supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos.

**Estilo improductivo o pasivo.**

- Autoinculparse (Cu), ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.

- Hacerse ilusiones (Hi), estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.

- Ignorar el problema (Ip), rechazar conscientemente la existencia del problema.

- Falta de afrontamiento (Na), incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicossomáticos

- Preocuparse (Pr), indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.

- Reservarlo para sí (Re), expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas
- Reducción de la Tensión (Rt), utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse).

Para la corrección de la prueba hay que tener en cuenta que cada respuesta A, B, C, D o E se corresponde respectivamente con una puntuación de 1, 2, 3, 4 ó 5 puntos.

En el ACS-forma general se le pide al sujeto que diga en general lo que suele hacer para enfrentar los problemas o dificultades. En la forma específica, se le pide que describa su preocupación principal y responda los ítems de acuerdo a ella. Para el desarrollo de la investigación se utilizará la forma específica, solicitando que respondan en base a su preocupación principal (Cedeño, 2015).

## **8.8 Procedimiento**

Autorización: Mediante solicitud realizar una carta de permiso dirigida a los directivos de la institución.

Se desarrollará en sí la investigación en las siguientes fases:

- *Fase 1 Selección de la muestra participante:* Sensibilización (acercamiento la población): en donde se informará a los estudiantes de la intención y finalidad de la investigación, solicitar su aprobación y aval mediante documento escrito (consentimiento informado).
- *Fase 2, Recolección de los datos para la investigación:* en esta fase se recogen los datos sociodemográficos y la aplicación de los respectivos inventarios.
- Sesión 1, Aplicación del Escala de ideación suicida de Beck,
- Sesión 2, Aplicación del Escala de estrategias de afrontamiento.

- *Fase 3 Análisis de los resultados:* interpretación de las pruebas con el uso de cada uno de los respectivos manuales de cada inventario.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	CODIFICACION
EDAD	Tiempo de vida, desde su nacimiento.	AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA	INTERVALO	AÑOS	FORMA DE APLICACIÓN	14 A 15 AÑOS (1) 15 A 16 AÑOS (2)
SEXO	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.		CUALITATIVA	NOMINAL	SEXO	FORMA DE APLICACIÓN	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
CURSO	Unidad estructural de la formación académica.	NIVEL EDUCATIVO	CUANTITATIVA	ORDINAL	AÑO EDUCATIVO EN CURSO	FORMA DE APLICACIÓN	PRIMERO DE BACHILLERATO (4) SEGUNDO DE BACHILLERATO (5)
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		CUANTITATIVA	NOMINAL	SOLTERO , CASADO, UNIÓN LIBRE, OTRO	FORMA DE APLICACIÓN	SOLTERO (SI) CASADO (C) UNIÓN LIBRE (UL) OTRO (Ot)

PAREJA	Conjunto de <u>personas</u> , animales o cosas que mantienen entre sí algún tipo de relación o semejanza.		CUANTITATIVA	NOMINAL		FORMA DE APLICACIÓN	SI (s) NO (n)
CON QUIEN VIVE	Indica la persona con quien vive y el parentesco.		CUALITATIVA	NOMINAL	PADRE O MADRE PADRE Y MADRE SOLO (A) NO RESPONDE OTROS	FORMA DE APLICACIÓN	PADRE (PR) MADRE (MR) PADRE Y MADRE (PDRS) SOLO (A) (SL) OTROS (OS) NO RESPONDE (NR)
CANTIDAD DE HERMANOS	Persona que tiene los mismos padres, o solamente el mismo padre o la misma madre.		CUANTITATIVA	ORDINAL	1,2,3...	FORMA DE APLICACIÓN	1,2,3...
ORDEN DE NACIMIENTO	Lugar que ocupa entre los hijos.		CUANTITATIVA	ORDINAL	- HIJO ÚNICO. - 2, 3...	FORMA DE APLICACIÓN	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman,	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	CUALITATIVA	NOMINAL	- BUSCAR APOYO SOCIAL. - CONCENTRARSE EN RESOLVER EL PROBLEMA. - ESFORZARSE Y TENER ÉXITO. - PREOCUPARSE. - INVERTIR EN AMIGOS ÍNTIMOS. - BUSCAR PERTENENCIA. - HACERSE ILUSIONES.	INVENTARIO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (ACS)	- BUSCAR APOYO SOCIAL (AS) - CONCENTRARSE EN RESOLVER EL PROBLEMA (Rp) - ESFORZARSE Y TENER ÉXITO (Es) - PREOCUPARSE (Pr) - INVERTIR EN AMIGOS ÍNTIMOS (Ai) - BUSCAR PERTENENCIA (Pe) - HACERSE ILUSIONES (Hi)



1986)

- FALTA DE AFRONTAMIENTO.  
 - REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN.  
 - ACCIÓN SOCIAL.  
 - IGNORAR EL PROBLEMA.  
 - AUTOINCULPARSE.  
 - RESERVARLO PARA SÍ.  
 - BUSCAR APOYO ESPIRITUAL.  
 - FIJARSE EN LO POSITIVO.  
 - BUSCAR AYUDA PROFESIONAL.  
 - BUSCAR DIVERSIONES RELAJANTES.  
 - DISTRACCIÓN FÍSICA.

- FALTA DE AFRONTAMIENTO (Na)  
 - REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN (Rt)  
 - ACCIÓN SOCIAL (So)  
 - IGNORAR EL PROBLEMA (Ip)  
 - AUTOINCULPARSE (Cu)  
 - RESERVARLO PARA SÍ (Re)  
 - BUSCAR APOYO ESPIRITUAL (Ae)  
 - FIJARSE EN LO POSITIVO (Po)  
 - BUSCAR AYUDA PROFESIONAL (Ap)  
 - BUSCAR DIVERSIONES RELAJANTES (Dr)  
 - DISTRACCIÓN FÍSICA (Fi)

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	Son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Eguiluz, 1995).	CUALITATIVA	NOMINAL	ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS. PROYECTO DE INTENTO DE SUICIDIO. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.	ESCALA DE IDEACIONES SUICIDAS DE BECK.	SI (S) NO (N)
-------------------------	--	-------------	---------	--	--	------------------

## 9 CRONOGRAMA

Elementos del proceso investigativo	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de proyecto de tesis				X	X	X	X																									
Metodología						X	X	X																								
Selección de Instrumento									X	X																						
Acercamiento a la institución y trámites pertinentes.											X	X	X				X															
Recolección de datos para la investigación.																		X	X	X	X	X	X									
Tabulación																							X	X	X							
Resultados																											X	X				
Presentación de borrador de tesis y correcciones																													X			
Socialización																														X		

## 10 FINANCIACIÓN – PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	MATERIALES E INSUMOS	COSTO EN DÓLARES
Elaboración del proyecto, consultas bibliográficas y biblioteca.	Fotocopias, internet, impresiones.	170.00
Solicitudes	Proceso de tesis	30.00
Reproducción de test psicológicos	Fotocopias	160.00
Transporte	Transporte	150.00
Reproducción de tesis	Fotocopias	180.00
Arreglos finales de la investigación	Empastado y otros	90.00
Inesperados	Inesperados	40.00
<b>TOTAL</b>		<b>820.00</b>

## 11 BIBLIOGRAFÍA:

- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramerica (2014) Cada 40 segundos hay un suicidio en el mundo; Ecuador está debajo de la media mundial; según la OMS. Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/cada-40-segundos-hay-suicidio-mundo-ecuador-esta-debajo-media-mundial-segun-oms.htm>
- Beck A. (1974) Schuyler D. Development of suicidal intent scales; The prediction of suicide. Charles Press
- Betancourt, A. (2008) El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. FLACSO: Ecuador.
- Buendía, J., Buendía Vidal J., Riquelme, A., y Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones. ISBN: 84-8371-466-3
- Cedeño. M. (2015) Acoso escolar, psicopatología y estrategias de afrontamiento en una muestra de adolescentes ecuatorianos. (Trabajo Fin de Máster). *Universidad de Santiago de Compostela*: España. 19
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.E. (1998). Estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: Análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45
- González Macip, Socorro; Díaz Martínez, Alejandro; Ortiz León, Silvia; González, Catalina; González, José de Jesús (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck

(ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, vol. 23, núm. 2, abril, 2000, pp. 21-30. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: México.

Moya, J. (2007). La conducta suicida en adolescentes. Recuperado de: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>

Organización Mundial de Salud. (2015), *Salud mental, prevención del suicidio*.

Organización Mundial de Salud, Suicidio, Centro de Prensa, (2017). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Panamericana de Salud. (2014), *Informe regional, Mortalidad por suicidio en las Américas*.

Sánchez, D., Domínguez, Ma., Hernández, G., y González, I. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento suicida. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana: Cuba.

Serrano, M., y Flores, M. (2005). *Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes*. *Psicología y Salud*, julio-diciembre, año/vol. 15, número 002. Universidad Veracruzana. Xalapa: México.

Turpo, C., y Huarachi, J. (2017). *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017*. Juliaca: Imprenta Universidad Peruana Unión.

Velasco, M. (2018). *Funcionalidad familiar y su relación en la ideación suicida en estudiantes universitarios*. (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador. 46-47.

Veletanga, J. (2015). *Suicidio entre adolescentes aumenta en el país*. Redacción médica: Quito. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-suicidio-adolescente-un-problema-de-salud-en-aumento--86786>

Villardón, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Instituto de Ciencias de la Educación: Universidad de Deusto. Bilbao. ISBN: 978-84-9839-846-4