



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD



**"FACTORES SOCIOFAMILIARES Y NIVEL DE RESILIENCIA DE
ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014"**

TESIS

PRESENTADA POR:

DELIA MENESES TICONA

**PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

JULIACA – PERÚ

2015



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD

**"FACTORES SOCIOFAMILIARES Y NIVEL DE RESILIENCIA DE
ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014"**

TESIS

**PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAGISTER EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PUBLICA**

PRESIDENTE : _____ **FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS**

PRIMER MIEMBRO : _____ **JULIO R. GALLEGOS RAMOS**

SEGUNDO MIEMBRO : _____ **JAKELIN PAUCARA GONZALES**

ASESOR : _____ **Dr. ROSALVA ESCALANTE PARI**



DEDICATORIA

A Dios, y
A los seres que me trajeron a esta vida.

Delia



AGRADECIMIENTO

A los docentes de la escuela de Post grado de la UANCV, a mis jurados, por sus atinas orientaciones en la presente investigación.

Delia



ÍNDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
INDICE	V
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
I. EL PROBLEMA	
1.1. Análisis de la situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación de la investigación	5
II. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
III. MARCO TEÓRICO	
3.1. Antecedentes de investigación	9
3.2. Base teórica	16
3.2.1. Adolescencia	16
3.2.2. Características sociales de los adolescentes	21
3.2.3. Características familiares	26
3.2.4. Comunicación	36



3.2.5.	Violencia familiar	38
3.2.6.	Suicidio	40
3.2.7.	Factores correlativos y causas del suicidio en adolescentes	48
3.2.8.	Prevención del suicidio	54
3.2.9.	Conductas generales de menores con tendencia al suicidio	55
3.2.10.	Modalidades del intento de suicidio	55
3.2.11.	Resiliencia	58
3.2.12.	Resiliencia en la adolescencia	62
3.2.13.	Personalidad resistente	63
3.2.14.	Factores protectores	65
3.2.15.	La familia y sus factores protectores	67
3.2.16.	La comunidad y sus factores protectores	69
3.2.17.	Factores de riesgo	70
3.2.18.	Factores individuales: conducta de riesgo	72
3.2.19.	Factores sociales: factores de riesgo	72
3.2.20.	Ambientes que favorecen la resiliencia	74
3.3.	Marco conceptual	75
IV. HIPÓTESIS		
4.1.	Hipótesis de trabajo	78
4.2.	Subhipotesis	78
4.3.	Análisis de variables e indicadores	79
4.4.	Operacionalización de variables	79



RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de Determinar los principales factores sociofamiliares asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, 2014. El tipo de estudio fue de carácter cuantitativo descriptivo, de corte transversal, con tamaño de muestra probabilística de 58 adolescentes con intento de suicidio, y en el que se hizo uso de un instrumento validado internacionalmente para medir el nivel de resiliencia, arribando a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave (86.2%), presentaron un nivel de resiliencia de "Bajo a Medio".

No existe asociación entre los diversos factores sociales como: edad, genero, grado de instrucción ocupación y zona de residencia con los diversos niveles de resiliencia en los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave.

Si existe asociación entre los diversos factores familiares como: tipo de familia, tipo de relación familiar, comunicación familiar y presencia de violencia familiar con los diversos niveles de resiliencia en los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave.

Palabras claves: Factores Sociofamiliares y Resiliencia.



ABSTRACT

This research was conducted to determine the main social and family factors associated with different levels of resilience of adolescent suicide attempters treated in hospital Collao wrench, 2014. The type of study was descriptive quantitative, cross-sectional, with a probabilistic sample size of 58 adolescents with suicide attempt, and in which use was made of an instrument validated internationally to measure the level of resilience, arriving at the following conclusions:

Most teens who attempted suicide treated at the hospital El Collao wrench (86.2%) presented a level of resilience "Low to Medium".

There is no association between social factors as age, gender, level of education and area of residence occupation with different levels of resilience in adolescents with suicide intent treated at the hospital El Collao wrench.

The association between the various family factors such as type of family, type of family relationship, family communication and presence of family violence with varying levels of resilience in adolescents with suicide intent treated at the hospital El Collao wrench.

Keywords: Social and Family Factors and Resilience.



INTRODUCCIÓN

En Perú, algunos estudios informan una prevalencia de vida del intento de suicidio que varía entre 2,9% y 5,2% en diversas regiones. Por otro lado, se tiene que la conducta suicida se presenta en todas las razas y culturas, informes estadísticos señalan que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres y casi siempre acompañan a otros factores de riesgo, entre estos eventos se encuentran los conflictos sociales con la pareja, la familia y otros.

En el departamento de Puno, provincia el Collao, distrito de Ilave, según los datos consolidados por el departamento de informática y estadística del hospital el "Collao", las tasas de intento de suicidio y suicidio en adolescentes ha tenido un aumento gradual en la última década, es por ello, la gran importancia del reconocimiento de los múltiples factores especialmente el factor socio-familiar que los induce a dicha conducta.

Ante esta problemática de trascendencia nos propusimos realizar esta investigación que lleva por título "Factores Sociofamiliares y Nivel de Resiliencia de Adolescentes con Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital El Collao Ilave, 2014"



El objetivo principal fue Determinar los principales factores sociofamiliares asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, 2014.

El tipo de estudio fue de carácter cuantitativo descriptivo correlacional, en el que se utilizó instrumentos validados para medir el nivel de resiliencia y los factores sociofamiliares; los que fueron aplicados a una muestra de 58 adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave y los que fueron seleccionados mediante la aplicación del muestreo probabilístico aleatorio simple cuyos resultados fueron presentados en el siguiente orden:

En el capítulo I damos a conocer el problema, su planteamiento, formulación y sistematización.

En el capítulo II damos a conocer los objetivos de la investigación tanto general y específicos.

En el capítulo III damos a conocer el marco teórico que engloba a los antecedentes, base teórica y definición de términos.



En el capítulo IV damos a conocer las hipótesis de investigación, variables y el proceso de operacionalización.

En el capítulo V damos a conocer el procedimiento metodológico de la investigación, la que incluye al tipo y diseño de investigación, población, muestra y el procesamiento y contrastación de la investigación.

Posteriormente presentamos los resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas utilizadas en esta investigación.

Se adjunta como anexo los cuestionarios para medir el nivel de resiliencia y los factores sociofamiliares.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La adolescencia y el adulto joven son las etapas donde el ser humano empieza y desarrolla su identidad y formar vínculos sociales que involucran en mayor proporción el campo afectivo dentro y fuera de la familia. Si ésta no ofrece a cada miembro familiar estabilidad emocional, es muy posible que su interacción social se vea alterada por inestabilidades en sus relaciones, ya sea por aislamiento de las mismas o por la excesiva dependencia. Es éste el sitio propicio en el que suelen surgir los grandes problemas tales como: la desfiguración de la autoimagen, las riñas en el hogar, los hijos abandonados, relaciones hostiles en la familia, embarazos no deseados, paternidades irresponsables, decepciones amorosas, el consumo de drogas y una serie de eventos que pueden desencadenar el suicidio. Los hombres de esta sociedad se han adaptado a estos problemas, han sustituido la conducta fraternal por fines que le reporten beneficios económicos, a tal punto de



ubicar a su familia en un segundo plano y toman conciencia de ello cuando estos adolescentes intentaron suicidarse o ya dejaron de existir.

El adolescente pertenece a un grupo de alto riesgo en el que predomina periodos de emociones confusas es la formación de la identidad y cuestionamiento, donde el suicidio puede parecer una respuesta lógica al dolor y estrés de madurar.

En los últimos 45 años, Ya tasa de suicidio en el mundo se ha incrementado, aproximadamente un millón de personas se suicidan y por cada suicidio ocurrieron 20 intentos suicidas.¹

En Perú, algunos estudios informan una prevalencia de vida del intento de suicidio que varía entre 2,9% y 5,2% en diversas regiones. Por otro lado, se tiene que la conducta suicida se presenta en todas las razas y culturas, informes estadísticos señalan que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres y casi siempre acompañan a otros factores de riesgo, entre estos eventos se encuentran los conflictos sociales con la pareja, la familia y otros. En el departamento de Puno, provincia el Collao, distrito de Ilave, según los datos consolidados por el departamento de informática y estadística del hospital el "Collao", las tasas de intento de suicidio y suicidio en adolescentes ha tenido un aumento gradual en la última década, es por ello, la gran importancia del reconocimiento de los múltiples factores especialmente el factor socio-familiar que los induce a dicha conducta.

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe de América Latina. 2009.



La adolescencia es la última etapa antes de llegar a la adultez, en nuestro medio constituyen el 32.4%² de la población total, es la etapa más vulnerable, debido a los cambios marcados en el desarrollo físico, psicológico y social, se fundan en conflictos presentes en el joven porque van surgiendo cambios acelerados en su cuerpo, con características definidas. El adolescente percibe la pérdida de la infancia, busca una identidad propia, que lo distinga del padre y de la madre, cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como adultos, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades, el grupo de pares (amigo), cobra un significado personal, persistiendo tendencia a agruparse por sexo.

En el Perú en 1999 se implantó el programa de salud del escolar y del adolescente con la finalidad de atender a esta población comprendida entre 15 a 19 años, teniendo como línea prioritaria de su atención la salud mental, salud reproductiva y crecimiento y desarrollo. El programa parte de la premisa que la población adolescentes mayoritariamente es sana, tiende a un enfoque en que predomina la atención primaria de la salud y en donde la educación para la salud juega un rol importante.

Si bien es cierto que el contextos social, familiar, constituyen el medio social donde se desarrolla el adolescente, por lo tanto el adolescente con intento de suicidio, visto por la sociedad como un ser débil de carácter, carente de autoestima elevada, tendría que y superar sus problemas para insertarse a la

² www. INEI. Gob.pe



sociedad esperando que se conviertan en personas capaces de superar las dificultades o modificar la situación que les hace daño en una oportunidad de éxito; conocida como resiliencia.

Considerando que los estilos de afrontamiento ante los intentos de suicidio no son iguales en los adolescentes; ello varía de acuerdo a la cultura, edad, entorno familiar, entorno social y otros, por lo que la resiliencia irá en función de los factores sociofamiliares con los que cuenta cada adolescente.

De ahí la razón de realizar la presente investigación, para lo cual se propone en este estudio las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL:

- ✓ ¿Cuáles son los principales factores sociofamiliares que están asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, 2014?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ✓ ¿Cuál es el nivel de resiliencia más frecuente que caracteriza a los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave?



- ✓ ¿Cómo están asociados los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave

- ✓ ¿Cómo están relacionados los factores familiares con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El elevado índice de intento de suicidio ha llevado a explorar los factores que se relacionan con este fenómeno, las formas de evitarlo, consecuencias y prevención, con el propósito de proponer alternativas de solución y así, contribuir al manejo de la conducta autodestructiva, especialmente en los grupos etéreos en riesgo, para disminuir su frecuencia.

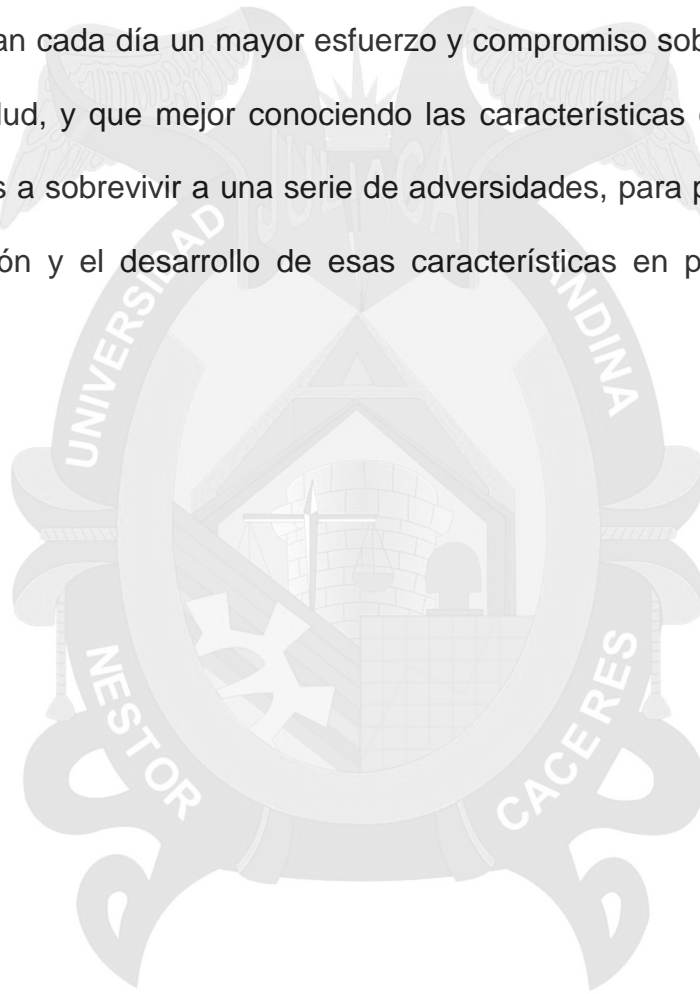
Este proyecto es pertinente en razón a que responde a las expectativas de la comunidad en que se verifica y por la certidumbre, legitimidad, viabilidad y factibilidad del estudio de los intentos de suicidio que se presentan. Es trascendente, en la medida de que el resultado del estudio sea vigente, útil y adecuado a la realidad de nuestro hospital durante un tiempo perentorio y/o indefinido y el mayor número de circunstancias.

Es actual, porque está relacionado a la incidencia cada vez mayor de intentos de suicidio y nivel de resiliencia en adolescentes. Así mismo es novedoso y original, porque el conocimiento de los factores sociofamiliares



ayudaría a tomar serías iniciativas que conlleven al afrontamiento con un enfoque multidimensional.

Además, como profesionales de la salud es importante fomentar y desarrollar programas que intervengan en las problemáticas sociales que nos demandan cada día un mayor esfuerzo y compromiso sobre todo en el área de la salud, y que mejor conociendo las características que permiten a las personas a sobrevivir a una serie de adversidades, para poder trabajar en la prevención y el desarrollo de esas características en poblaciones de alto riesgo.





CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar los principales factores sociofamiliares asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, 2014

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los niveles de resiliencia que caracterizan a los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave.
- ✓ Establecer la asociación entre los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave.



- ✓ Establecer la relación entre los factores familiares con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave.





CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

1. A NIVEL INTERNACIONAL

- Guibert, W. y Alonso, A. . (2001). En el estudio realizado sobre "Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas de adolescentes" en Cuba, con el objetivo de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores psicosociales asociados al intento suicida la muestra estuvo conformada por 41 personas con intentos suicidas, el tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo de corte transversal, a los cuales se les aplicó el instrumento: encuesta sobre intento suicida. Las principales conclusiones fueron: la tasa de prevalencia del intento suicida en el área de salud se mantuvo estable; la depresión mayor, los sentimientos de culpa y/o desesperanza y el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo principales que antecedieron al acto suicida; y la mayoría de los pacientes no recibieron atención de salud



especializada después del intento, y de los que la recibieron, la mayoría la percibió como de regular calidad.

- López, E. y otros (2000), En el estudio realizado acerca del "Suicidio de adolescentes en el fin del milenio", en Colombia; con el objetivo de Entender y conocer las razones por las cuales se suicidan los adolescentes actualmente en Cali. La muestra estuvo conformada por 5 adolescentes entre los 15 a 19 años, con características biológicas, mentales y conductuales muy similares. El tipo de estudio realizado fue descriptivo - comparativo, utilizando como instrumento la entrevista para los cuales se diseñaron tres tipos de entrevistas una para el joven que cometió el intento de suicidio y dos diseñados para los familiares de los adolescentes. Entre los resultados finales figuran: "la insensibilización que produce la repetición del intento de suicidio la recuperación espontánea como un agente engañoso en la conducta suicida" y "Las consecuencias de la inestabilidad familiar en la actitud suicida".
- Vásquez, A. y Guarachi, D. (2010) Bolivia. Se realizó un estudio sobre la Epidemiología del Intento de Suicidio en el Hospital Madre Obrera, Llallagua", concluyó: el perfil de las personas intentan suicidarse coincide con el de otros países. Jóvenes del sexo femenino, estudiantes y amas de casa, hombres solteros y mujer con pareja, que utilizan en su mayoría la ingestión de sustancias tóxicas, fundamentalmente organofosforados. Los precipitantes del acto suicida son los conflictos interpersonales y entre otros factores de riesgo suicida se destaca la presencia de ideación



suicida, si previos, antecedentes suicidas en la familia y la presencia de trastornos psiquiátrico como los trastornos de personalidad y depresión. La mayoría de los intentos suicidas se realizaron de manera impulsiva y bajos los efectos del alcohol.

- Rodríguez, R., Pedraza, M. y Burunate, M. (2004) Cuba. En la investigación factores pre disponente y precipitante en pacientes atendidos por conducta suicida "hospital militar central" realizo un estudio de 365 pacientes. Las conclusiones fueron: que los pacientes estudiados fueron predominantes los adolescentes, a nivel escolar medio, fuera de la casa con conflictos en el área familiar y de pareja que intentaron autolesionarse mediante la ingestión de psicofármacos y desde el punto de vista psiquiátrico presentaron manifestaciones afectivas clasificables dentro de los trastornos de adopción.

2. A NIVEL NACIONAL

- Castañeda, A. (2000), en la investigación titulada "Características psicosociales del adolescente para suicida", realizada en el Instituto de Salud de Niño, en Lima, cuyo objetivo fue la determinación de la características psicosociales de los adolescentes para suicidas. Con una muestra 32 casos de adolescentes con intento de suicidio, cuya investigación fue de tipo descriptivo ex post facto (estudio de caso), creándose una hoja de recolección de datos como instrumento de investigación, la que sirvió para detallar factores demográficos y características familiares. La investigación determino que: las edades de



mayor frecuencia se encuentra en el rango de 14 a 17 años, las que en su mayoría tuvieron, como origen del intento de suicidio las discusiones con figuras primarias de apoyo o problemas en el grupo familiar.

3. A NIVEL REGIONAL

- Salas, H. y López, V. (2000). Arequipa. Realizaron una tesis sobre "factores que influyen en el intento de suicidio en adolescentes en el hospital Goyeneche-Arequipa enero-abril 2000" Estudiaron 100 casos, llegando a las siguientes conclusiones el 71% intento suicidarse por problemas sentimentales de salud reproductiva, 35% por problemas sentimentales (fracaso amoroso), el 38% por problemas económicos, el 15% de los adolescentes consumen drogas y ello influye en el intento de suicidio por envenenamiento; el 48% consume alcohol hecho asociado al intento de suicidio. La edad en que mayormente se produce el intento de suicidio fluctúa entre las edades de 17 a 18 años, el sexo femenino es el que tiene mayor porcentaje (61%) que el sexo masculino en intentar suicidarse.

4. A NIVEL LOCAL

- Herbas, V. y Uriel, E. (1999). En su trabajo de investigación sobre "Incidencia de la intoxicación aguda por órgano fosforado en el Hospital Manuel Núñez Butrón-Puno". El 0.5% del total de ingresos al H.R.M.N.B. se debe a esta patología, todo esto en el período comprendido de Enero de 1990 a Junio de 1999. Destacamos que el 1990-1999 la incidencia anual aumentó en 7 veces principalmente a partir de 1995. Los grupos de riesgo



identificados se ubican entre la 2da. y ara. Década de la vida, 83.2% en su mayoría mujeres, 76.6% procedente de zonas urbano marginales, 52.2% estudiantes, la mayor parte 47.3% con un grado de instrucción entre secundario y superior 84.5%. La causa media en la mayoría de intoxicaciones es la del suicidio en 93.4% motivado por discusiones familiares o de pareja 76.8% debido a una reacción aguda a gran tensión impulsado por la ofuscación propia del momento y el automatismo que le otorga su ira y a veces el alcohol. Las más de las veces jóvenes con una mala dinámica familiar inestabilidad emocional, inexperiencia, cuya personalidad en desarrollo, usa este acto como chantaje contra la familia o pareja para lograr sus objetivos. Estos estudio corroboran a la investigación ya que ayudaron a definir la variable de estudio, la cual no ha estado en estudio en nuestra localidad ni mucho menos en la muestra elegida que como se ve año a año esta ha estado en aumento convirtiéndose en una problemática y no podemos dejar pasar por alto esta problemática.

Hawkins, Arthur³ (2002), de la University of Washington, USA.reportó un estudio exploratorio examinando el riesgo y los factores protectores de delincuentes juveniles y su relación con la reincidencia. La muestra estuvo constituida por 76 varones y mujeres aprendices juveniles dentro de un área metropolitana grande. Los antecedentes guardados en archivos proporcionó los datos anteriores, características personales, las condiciones familiares, el uso de droga, la selección del par, la actuación escolar, que papel planea, y

³ Arthur MW, Hawkins JD, Pollard JA, Eval Rev. 2002 Dec;26(6):575-601 Catalano RF, Baglioni AJ Jr. University of Washington, USA.



actividades y aficiones. Fue encontrado que los factores protectores, específicamente las características personales, condiciones familiares, y selección del par, diferenciaron los no reincidentes de los reincidentes, donde las conclusiones sustentan el modelo de adaptación de la resiliencia y refuerza la importancia de reforzar los factores protectores en los ofensores juveniles como unos medios de detener la conducta delincuente.

Aguirre, Aída⁴ (2002), en la ciudad de Lima, realizó un estudio sobre "Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Avelino Cáceres del sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores, 2002". Con el objetivo de: determinar la capacidad y los factores asociados a la resiliencia en los adolescentes del centro educativo Mariscal Andrés Avelino Cáceres del sector IV de Pamplona Alta del distrito de San Juan de Miraflores. El método que utilizó fue descriptivo, transversal, la muestra estuvo conformada por 214 estudiantes adolescentes de 12 a 16 años. El instrumento que se utilizó fue el test de Goldstein. Siendo las conclusiones: La mayoría de los adolescentes de 12 a 16 años tienen resiliencia alta y mediana y un grupo mínimo posee resiliencia baja. Los adolescentes de 12 a 16 años del sexo femenino poseen mayor capacidad de resiliencia que los adolescentes varones. La familia constituye el factor protector más fuerte para el desarrollo de la capacidad de resiliencia. La comunidad constituye mayor factor de riesgo que la escuela para el desarrollo de la capacidad de resiliencia. Porcentualmente no se aprecia

⁴ Aguirre, Aída. "Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Avelino Cáceres del sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores". Lima Perú 2002



diferencia significativa entre la presencia de los factores protectores y factores de riesgo en adolescentes.

Prado, Rodolfo y Del Águila, Mónica⁵ (2005), en la ciudad de Lima – Perú, realizaron un estudio sobre: “Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes”. El objetivo fue encontrar si existía diferencias significativas en las áreas de resiliencia respecto del género y el nivel socioeconómico en adolescentes de 12 a 14 años, en tres colegios considerados típicos para estos estratos. El diseño fue descriptivo comparativo, aplicando la escala de resiliencia para adolescentes (ERA), validado y estandarizado por Prado y del Águila (2000). Las conclusiones entre otras fueron: Con respecto al género se encontró que no hay diferencia significativa en las puntuaciones totales de resiliencia, pero si se halló diferencia significativa en el área de interacción a favor del género femenino. En cuanto a los niveles socioeconómicos no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales; sin embargo, se halló diferencia significativa en las áreas de interacción y creatividad a favor del estrato bajo, e iniciativa a favor del estrato medio.

⁵ Prado, Rodolfo y Del Águila, Mónica. “Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes”. Lima-Perú 2005.



3.2. BASE TEÓRICA

3.2.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preannuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes, o al contrario, la califican como una etapa de amenazas y peligros, para descubrir al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. Si hay algo que podamos afirmar con toda certeza, podemos decir que, esta edad es igual de variable, y tal vez además que cualquier otra edad.⁶

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto; en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás. El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los

⁶ Aboal, J. "La Adolescencia en la Postmodernidad", [en línea]
<<http://www.monografias.com/trabajos/adolpostmoder/shtml#>> [consulta 30-05-03]



cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

La adolescencia es un proceso social, durante el cual el joven tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas aceptables socialmente y así, poder formar una personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social.

a. PERFIL DEL ADOLESCENTE

Los cambios en la adolescencia son parecidos y tipificados en general para el grupo, pero con expresiones particulares de la individualidad y el ambiente socio-cultural que lo circunde.

En este contexto, se denomina perfil, al patrón de presentación de algunos indicadores de daño a la salud que ocurre en la población, los que tiene estrecha relación con las características demográficas, sociales, y ambientales. En función de ellas se establecen criterios que permiten describir las características del perfil de una población.⁷

Es por ello, que la descripción del perfil descansa esencialmente en la observación cuidadosa y en el registro objetivo de los hechos, para lo cual se pueden aprovechar diferentes fuentes de información.

Un primer grupo de esas fuentes corresponde a estadísticas sistemáticas de

⁷ Hermoza Romero, Roñal. Psicología del Desarrollo. Editorial UNSA. Arequipa. 2001. Pág. 39



servicios oficiales (morbilidad, mortalidad, etc.), archivos hospitalarios y registros especiales de casos de las enfermedades todos de gran utilidad y de empleo muy frecuente aún con grandes limitaciones por sus muchas fallas. Un segundo grupo lo forman los datos recogidos a través de las encuestas.

Finalmente, un tercer grupo está representado por información de carácter social económico, registros climatológicos y comportamiento de los seres humanos.

El perfil socio-familiar del adolescente con intento de suicidio requiere conocer con mayor detalle las características asociadas a este grupo de adolescentes en riesgo. Para el estudio se consideran aspectos que son: características sociales, familiares de estos adolescentes.⁸

Las características más usuales en esta edad son:

- **Tendencia a estar en grupos con otros adolescentes:** en la búsqueda de su identidad, y es así que se viste, habla y se conduce según las normas del grupo que ayuda a reforzar su yo.
- **Necesidad de intelectualizar y fantasear:** Piensa y analiza la información que recibe, para sacar sus propias conclusiones; la imaginación tiene alas de libertad, lo cual hace que se distraiga con frecuencia.
- **Crisis religiosa y política:** analiza, duda y cuestiona todos los conceptos religiosos inculcados en la niñez, y la organización político-social en que

⁸ Hermoza Romero, Ronal. Op. Cit. Pág. 42



vive.

- **Desubicación temporal:** el tiempo tiene perspectivas de acuerdo a sus intereses, hay un inmediatez acuciante o un postergar indefinido. Todo es "ahora o nunca" o "hay tiempo para todo".
- **Constantes variaciones del estado anímico:** alternativamente en un momento está de mal humor y pocos minutos después muy alegre, desbordando entusiasmo que revela la situación conflictiva de su mundo interno.
- **Evolución su identidad sexual** se define en un proceso que lo lleva a explorar desde el auto-erotismo (masturbación) y experiencias ocasionales con adolescentes de su mismo sexo, hasta llegar a la definición sexual, donde se establece su preferencia por el sexo opuesto (heterosexualidad).
- **Actitud social reivindicatoria:** reclama de los adultos una conducta coherente con lo que expresan, por lo que cuestiona "todo y a todos" Además, el adolescente se inicia en la toma de conciencia social, a la que desea mejorar con su participación activa, y es por esto fácilmente conquistado por partidos políticos, sectas religiosas, grupos de voluntarios, etc., que le ofrezcan un horizonte que él considere diferente.
- **Manifestaciones conductuales contradictorias:** cambia de opinión y conducta en una secuencia rápida de acuerdo a su circunstancia e intereses.



- **Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad:** donde piensan que puede experimentar con todo y sin peligro, ya que solo los demás están expuestos a riesgo de enfermedad o muerte.⁹

b. VULNERABILIDAD ADOLESCENTE

La adolescencia proporciona perfiles particulares para la construcción de riesgo suicida, quizás como ninguna otra etapa en la vida de la persona. La conjugación de una corta experiencia de vida, la presión social que los empuja a crecer, poniéndole cada vez más responsabilidades a su paso, en concomitancia con el temor ante sus propias capacidades y la generación de una imagen ante sus pares, establecen un amplio menú de variables que pueden facilitar el acontecimiento suicida.

Es una etapa en donde el adolescente está comúnmente "a medio camino entre el logro de su independencia y el temor a lograrla totalmente, por lo que por otro lado busca afirmar o clarificar los niveles de amparo con los que cuenta. Puede resumirse en lo dicho por una chica de dieciocho años, "no soy tan chica como para que me cuiden, ni tan grande como para que me dejen sola". La resolución o desenlace de esta ambigüedad es en gran parte lo que delimita la amplitud o gravedad de la problemática en su evolución y maduración emocional.

⁹ Papalia, D. "Psicología del Desarrollo". Editorial Interamericana. 7ma Edición, Colombia, 2000. Pág. 67



c. ADOLESCENTE DE ALTO RIESGO

Es cuando la persona de entre 10-19 años dirige su vida por un patrón de acciones (iniciadas en la adolescencia o en la infancia) que implican peligro a corto o largo plazo para su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Los aspectos involucrados en el alto riesgo de adolescente son múltiples; interactúan los procesos propios del adolescente y los factores predisponentes de su infancia, aunados al proceso determinante del medio ambiente familiar y social (pasado y actual), donde participan en éste último también los aspectos económico, político, cultural, religioso, histórico y étnico.

3.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS ADOLESCENTES

El desarrollo del adolescente presenta múltiples facetas. El adolescente también experimenta cambios en sus relaciones sociales. En la frontera entre la niñez y la edad adulta debe encontrar un nuevo papel, para el cual no siempre están preparados sus padres, también necesita adaptarse a nuevas y a menudo más intensas relaciones con las personas de su misma edad (coetáneos).

La influencia de la familia y de los coetáneos en el desarrollo del adolescente ha sido objeto de tan abundantes investigaciones.

a. EDAD

De acuerdo a la definición de la OMS, se considera a la adolescencia como la



etapa comprendida entre los 13 y los 19 años de edad.

Según la sexual maturity rating o estadios de Tanner, la adolescencia se divide en tres estadios: la adolescencia temprana, intermedia y tardía.

- **La adolescencia temprana:** Comprende de los 10 - 14 años en la cual se acelera la tendencia al distanciamiento de la familia y a la participación creciente en actividades con compañeros. El crecimiento físico, la preocupación por el cuerpo y el tanto sexual se correlacionan con la madurez sexual, mientras que el progreso cognitivo, la separación y los cambios en comportamiento social se pueden correlacionar más estrechamente con la edad cronológica que puede amentar el estrés del adolescente precoz.

La timidez aumenta exponencialmente como respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. La conciencia de uno mismo a esta edad tiende a centrarse en las características externas.

Los padres y sus hijos a menudo necesitan ayuda para distinguir las incomodidades normales del periodo de los comportamientos verdaderamente preocupantes. El descontento con el propio cuerpo es normal. Son normales los intentos de autonomía en forma de evitar las actividades familiares, así como las demandas de intimidad y el aumento de la predisposición a discutir pueden ser signos de conductas de riesgo.

- **La adolescencia intermedia:** Comprende de los 15 - 18 años, por lo general se establecen unas relaciones tirantes entre los adolescentes y sus



padres. Como un componente de esta separación, los adolescentes pueden volverse distantes hacia los padres, reorientando las energías emocionales y sexuales hacia las relaciones con los compañeros.

La maduración física y sexual, los cambios en la conducta y la identidad sexuales, el cada vez mayor distanciamiento emocional de los padres, la disminución de la influencia del grupo de compañeros, el conocimiento creciente de la vida tras la infancia se combinan conjuntamente para hacer que el adolescente intermedio le pueda resultar particularmente apreciada y útil la oportunidad de hablar confidencialmente con un adulto.

- **La adolescencia tardía:** Comprende entre los 19 - 21 años de adolescente mayor con frecuencia es idealista, pero puede ser tolerante y absolutista con las opiniones contrarias. Erickson identificó la tarea crucial del adolescente como la de establecer un fuerte sentido de identidad, que incluye la separación de la familia de origen la iniciación de la intimidad. Las dificultades en estos hitos consideran al adolescente potencialmente en riesgo. Una razón es que la pubertad empieza a una edad más temprana que en otras épocas, de manera que es más largo el tiempo entre la pubertad y la edad adulta. Segunda, la complejidad de la sociedad actual exige más tiempo para la educación, lo cual pospone la llegada para ser adulto. Tercera, en las sociedades industriales modernas existen pocos indicadores definitivos para establecer la edad adulta, a diferencia de las culturas tradicionales que, por lo general, marcan su llegada con un rito de "ingreso a la edad".



b. SEXO

En la adolescencia temprana el sexo es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida. Revisando las estadísticas suministradas se puede determinar que por cada 12 hombres hay 7 mujeres suicidas entre (10-19 años). Los suicidios les corresponden a los hombres, del cual un 35% son adolescentes entre los (15-21 años). Por ello, es más factible que las mujeres que realicen intento de suicidio, tengan una visión más bifurcada a la hora de tomar una decisión entre la vida o la muerte. Algunos autores sugieren que el malestar con el propio sexo guarda relación con el suicidio en el adolescente. Los varones tienen más tendencia a utilizar métodos más violentos que las mujeres.¹⁰

c. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Timkham y Noorc, refiere que el nivel educativo de la población ayuda a predecir el conocimiento y la probabilidad de buscar mayor información.

La educación es uno desde los principales determinantes y predictores del estándar general de la vida de la población. Asimismo, se sabe que el nivel de instrucción es un elemento crucial en actualidad no solo para tener acceso a empleos, sino también para una participación mucho más amplia en la sociedad especialmente en la salud.

A los adolescentes la educación les ofrece oportunidades para aprender

¹⁰ Fittipaldi, J. "Suicidio en niños y adolescentes" [en línea]
<<http://www.monografias.com/trabajos11/suni/suni.shtml#su>>[consulta:22-05-03]



nueva información, dominar nuevas destrezas y perfeccionar las que ya poseen; estudiar las opciones para seguir una carrera, participar en deportes y estar con sus amigos. Esto amplía sus horizontes intelectual y social cuando combinan encuentros con sus compañeros y con una variedad de adultos. No obstante, los adolescentes en circunstancias menos ventajosas tienen menores posibilidades de considerar la escuela secundaria como una oportunidad, y en cambio sí como un impedimento más en el camino hacia la edad adulta. Para la presente investigación, el grado de instrucción está relacionado con el nivel en que se ubica el adolescente según años estudiados o ausencia de ellos.

d. OCUPACIÓN

Referida a la actividad remunerada o no, que desarrolla cualquier persona ya sea física o mentalmente en su vida diaria que a la vez puede demandar mucho o poco esfuerzo. En la actualidad, una mayor cantidad de adolescentes estudiantes trabaja con respecto a otras épocas de las últimas décadas. ¿Los trabajos de medio tiempo son valiosos para los estudiantes de secundaria? Para quienes tienen que trabajar para ayudar a sostener a sus familias la pregunta es discutible, sin embargo para quienes trabajan para tener dinero en el bolsillo, el tema es más complejo de lo que parece.

e. ESTADO CIVIL

Está más presente en las personas viudas, solteras y separadas que entre las casadas. El suicidio es más corriente si hay historia familiar de suicidio y que

socialmente están solos.

Los adolescentes sienten que no pueden funcionar ni solos ni acompañados

La imagen que creen imprimir en la opinión ajena se torna para muchos adolescentes en un motivo de vida, definen su comportamiento sobre la creencia de lo que esperan de él. No obstante, la resultante es siempre la sensación de soledad puesto que el trabajar para generar una imagen u opinión, los aleja de poder mañana recurrir a alguno de esos amigos para contarles que se siente mal, que no encuentra goce alguno en su vida.

3.2.3. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho y comprende a todos los grados de parentesco, siempre que sean convenientes; y a las personas allegadas a ese núcleo cuando por cualquier circunstancia cohabitará regularmente con características de permanencia (Ley Nacional 24417).

a. TIPOS DE FAMILIA

- **Nuclear:** Esposos e hijos. Dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados.
- **Mono parental:** Un sólo progenitor con uno o varios hijos Conformada por un solo cónyuge y sus hijos, surge como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, divorcio o madre solteras.



b. CONVIVENCIA FAMILIAR

- **Padres que viven con los adolescentes:** Los padres tienen que caminar sobre una línea muy fina entre otorgar a sus hijos suficiente independencia y protegerlos de vacíos de inmadurez en sus juicios. Si la separación o la independencia emocional de la familia se presentan muy temprano, puede traducirse en problemas para el joven, que pueden tomar la forma de aislamiento, susceptibilidad a la influencia de compañeros negativos, comportamiento insano tanto físico como socialmente, consumo de drogas o actividad sexual prematura. No obstante, los padres deben permitir que sus hijos asuman algunos riesgos. La exploración positiva, intentar una actividad nueva, hacer nuevos amigos, aprender una destreza difícil, enfrentar un nuevo desafío o resistir la presión de los compañeros, son retos que llevan al crecimiento (Damon, 1984). Una razón para que este enfoque funcione bastante bien con los adolescentes es que tiene en cuenta el crecimiento cognoscitivo.

Al explicar sus razones, los padres reconocen que los jóvenes pueden evaluar situaciones de manera inteligente. Este tipo de enfoque también conduce a un mayor desempeño escolar.

Entre más fuerte sea el interés de los padres en la vida de sus hijos adolescentes, es más probable que éstos logren metas altas.

- **Cuando los adolescentes cuidan de sí mismos:** La falta de supervisión por sí sola no vuelve a los preadolescentes ni a los adolescentes jóvenes



especialmente vulnerables ante la presencia de sus compañeros. Las diferentes que se presentan dependen de la naturaleza del autocuidado del compromiso de los padres con el autocuidado y del estilo de paternidad. Sin embargo, entre más retirados estuvieran los jóvenes de la posibilidad de supervisión por parte de un adulto, más influencia recibían de sus compañeros.

Por tanto, los adolescentes que pasan tiempo sin control en la casa de un amigo reciben más influencia que quienes están solos en su propia casa, y quienes están "unidos" a un grupo reciben todavía más influencia. Incluso, en este último grupo, los estudiantes cuyos padres sabían en dónde se encontraban sus hijos sólo eran ligeramente más vulnerables ante la presión de sus compañeros. Resulta evidente que estos jóvenes habían interiorizado los estándares de sus padres.

Por otra, no resulta claro si la supervisión de un adulto disminuye la susceptibilidad ante la presión de los compañeros o si los adolescentes que están más orientados por sus amigos se resisten a la supervisión paterna. Por último, estos sujetos respondían ante situaciones hipotéticas; sus respuestas pueden haber sido muy diferentes de su comportamiento en la vida real. Sin embargo, otro estudio entre jóvenes provenientes de las mismas escuelas encontró que las respuestas ante las situaciones hipotéticas se correlacionaban con los informes de los adolescentes sobre la conducta errada real (B. B. Brown, Ciasen y Eicher, 1986). De ese modo, este enfoque puede predecir el comportamiento real.



- **Adolescentes con uno solo de sus Padres:** Los adolescentes que no viven con sus padres biológicos tienen un mayor riesgo de ceder ante la presión de sus compañeros y meterse en problemas, y ese riesgo no siempre disminuye cuando la madre se vuelve a casar. Un estudio con 6,710 jóvenes entre 12 y 17 años de edad, encontró que en todos los niveles económicos los adolescentes que vivían únicamente con la madre tenían más posibilidad de ser haraganes, escapar de casa, fumar, tener problemas disciplinarios en la escuela o meterse en problemas con la policía. Sin embargo, la presencia de otro adulto en la casa (como un abuelo, un amigo de la madre pero no un padrastro) reduce el riesgo casi al nivel de las familias que viven con los dos padres, en especial para los muchachos. Esto sugiere que algunos de los problemas en los hogares con sólo padre pueden originarse en las muchas presiones que recibe la madre, y que los grupos familiares no tradicionales pueden ayudar a aliviar esta presión y a que los adolescentes se mantengan lejos de problemas. En otro estudio, Steinberg analizó las respuestas de los 865 adolescentes de Wisconsin a quienes había estudiado y llegó a una conclusión similar. Los adolescentes que vivían con ambos padres naturales tuvieron menos probabilidad de recibir la influencia de sus amigos para cometer actos antisociales que los chicos de hogares con un padre o de familias mixtas. Solamente entre los niños de mayor edad la presencia del padrastro fue ligeramente más útil al reducir la susceptibilidad ante la presión de los compañeros.

Como las madres solteras y las que se vuelven a casar tienen menos



posibilidad de aplicar un estilo democrático de crianza, los problemas de sus hijos pueden surgir del estilo de paternidad antes que de la ausencia del padre.

c. RELACIÓN ENTRE EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

Casi todos los adolescentes desean llevarse bien con sus padres y encuentran frustrante el hecho de no poder hablar libremente con sus padres de temas conflictivos. Muchas veces creen que esto se debe a que sus padres no saben hablar de sexo. Al joven no le gusta que lo interroguen.

En una familia común, es normal y casi inevitable que haya alguna fricción o conflicto. Estos pueden ser sin importancia pero también pueden ser signo de graves alteraciones en las relaciones de padres e hijos.

En muchos casos es provechoso que haya conflictos y tensiones para un desarrollo sano que la ausencia de ellos. Los padres autoritarios o las madres hiperprotectoras dificultan el proceso de identidad en el joven.

El padre autoritario es el que impone su voluntad sin dar explicaciones, y esto al adolescente no lo satisface, por lo que se vuelve rebelde.

Los padres generalmente, consideran a sus hijos una prolongación de sí mismos.

Las madres hiperprotectoras suelen ser asfixiantes, pueden llegar a formar un adolescente temeroso, apático y carente de iniciativa.

- **Relación del adolescente con los padres:** La actitud y el comportamiento



de los adolescentes siempre han creado conflictos generacionales originados por y los adultos

Generalmente cuando los hijos entran en la adolescencia la organización en el ámbito familiar sufre un desajuste.

La adolescencia constituye la etapa decisiva de la separación gradual de padres e hijos.

La crisis familiar que sobreviene, es una etapa normal del desarrollo, no una tragedia, es necesaria para la afirmación de la identidad del adolescente. Esta situación puede agravarse por la actitud de los padres.

Los padres ocupan un lugar muy importante en la vida de los adolescentes, no solo en lo material sino también en lo afectivo.

El adolescente se encuentra en un continuo conflicto entre el deseo de ser independiente de sus padres y al darse cuenta de todo lo dependiente que es en realidad.

Hay tres elementos básicos en el adulto que hacen conflictiva la relación padre-adolescente:

- Los padres generalmente, consideran a sus hijos una prolongación de sí mismos.
- Intentan hacer adoptar al adolescente la conducta que a ellos le agrada, y si ese deseo no se cumple los padres se sienten ofendidos. Están convencidos de que intentan cambiar al joven. por su propio bien, pero



inconscientemente buscan que su hijo responda al ideal que ellos marcan. El hijo representa un ser con múltiples posibilidades para su futuro. Ven al adolescente como una posibilidad real para cumplir metas e ideales que ellos no alcanzaron.

- El estereotipo de que padres y adolescentes no se agradan ni se soportan puede haber surgido de la teoría formal de la adolescencia planteada por el psicólogo G. Stanley Hall quien creyó que los esfuerzos de los jóvenes para ajustarse a sus cuerpos cambiantes y ante - las inminentes demandas de la edad adulta los llevan a un periodo de "tormenta y estrés" que inevitablemente conduce al conflicto entre generaciones. Sigmund Freud y su hija Anna Freud también pensaron que la fricción padre-hijo era inevitable y fruto de la creciente necesidad' del adolescente de liberarse de la dependencia de sus padres.
- **Conflictos con los padres:** El conflicto entre los adolescentes y sus padres está descrito con precisión en el subtítulo de un informe: "Todas las familias parte del tiempo y algunas familias la mayor parte del tiempo". (Montemayor, 1983). Este estudio de 50 años de la literatura existente sobre relaciones entre adolescentes y sus padres concluye que el conflicto usual es normal y saludable y ha mantenido una forma similar con el paso de los años. Padres y adolescentes rara vez discuten sobre valores económicos, religiosos, sociales y políticos. La mayor parte de las riñas son sobre asuntos de la vida diaria como trabajo escolar, quehaceres domésticos, amigos, horarios, llegadas tarde y aspecto personal. A finales



de la adolescencia, el conflicto es más posible cuando se trata de resolver temas más serios como actividad sexual y consumo de alcohol (Carlton Ford y Collins, 1986). La naturaleza del conflicto es similar con padres casados y divorciados (Smetana y otros, 1991).

Por lo general, la discordia aumenta a comienzos de la adolescencia, se estabiliza hacia la mitad de este tiempo y luego disminuye después que el joven ha llegado a los 18 años de edad. El creciente conflicto de la adolescencia temprana puede relacionarse más con la pubertad que con la edad cronológica. El clima más calmado de la adolescencia posterior puede reflejar un posible ajuste de padres y jóvenes a los momentos de cambio de la adolescencia temprana o simplemente a la tendencia de que a los 18 años, en Estados Unidos, los hijos se van del hogar.

- **Relaciones con los hermanos:** A medida que los niños crecen, las relaciones con sus hermanos se vuelven progresivamente más equitativas y distantes. Los hermanos adolescentes aún demuestran cercanía, afecto y admiración hacia sus hermanos menores pero pasan menos tiempo con ellos y sus relaciones son menos intensas. Los hermanos mayores ejercen menos autoridad sobre los menores, pelean menos con ellos, no es probable que los consideren como compañía y no están tan cerca de ellos. A medida que los adolescentes buscan separarse de sus familias, dedican más tiempo a sus amigos cercanos y a las personas con quienes se involucran sentimentalmente; tienen menos tiempo y necesitan menos gratificación emocional de la acostumbrada para mantener el vínculo



afectivo con los hermanos. El cambio en las relaciones entre el hermano mayor y el hermano menor va paralelo y puede presentarse antes al mismo tipo de cambio entre los adolescentes y sus padres con respecto a una mayor igualdad, más independencia y menos autoridad por parte del mayor sobre el menor.

Los cambios que se presentan en las relaciones entre los hermanos dependen de la posición del niño en la familia. La hermana o el hermano mayor heredan una posición de autoridad o responsabilidad que nunca tuvieron en relación con sus padres o compañeros. Luego, cuando los hermanos menores crecen, el mayor tiene que ceder parte del poder y del status que ha detentado durante años. Quizás ése sea por qué muchos hermanos mayores ven a los menores como cargas fastidiosas. De otro lado, los menores aún buscan a sus hermanos mayores y tratan de mostrarse más "grandes" para identificarse con ellos. El espaciamiento en la edad también ejerce su influencia. Los hermanos que se llevan varios años de diferencia tienden a ser más afectuosos entre sí y a llevarse mejor que quienes tienen poca diferencia de edad. Las riñas más frecuentes y el mayor antagonismo entre hermanos cuya diferencia de edad es menor, probablemente surge de una mayor rivalidad porque sus capacidades son similares y pueden compararse mutuamente o sienten la comparación constante que entre ellos hacen los demás. El género es otro factor de influencia; los hermanos del mismo sexo suelen tener más cercanía que un varón y su hermana.



Aunque estos efectos del orden de nacimiento, la diferencia de edad y el género se han mantenido a lo largo de varios estudios, son menos importantes en la calidad de la relación entre hermanos que factores como el temperamento de cada hijo, la manera como los padres actúan hacia ellos y la edad de los hijos (Stocker, Dunn y Plomin, 1989). Entre los nueve y los 15 años de edad, la cantidad de tiempo que los jóvenes pasan con padres y hermanos desciende de manera notoria (Larson y Richardson, 1991). Aunque los adolescentes están solos durante muchas de las horas de las que acostumbraban pasar con su familia, también pasan más tiempo con sus amigos.

Ladame estudia las interacciones del adolescente suicida con su entorno y encuentra tres series de hechos que hay que considerar:

- En estas familias el adolescente suele ser el centro, sirviendo muchas veces como el receptor de las frustraciones de los padres. La relación entre padre y adolescente no tiene empatía comprensiva, sino por el contrario es agresiva, generándose así el primer fracaso en el proceso de separación individuación. El adolescente con su gesto suicida llama a la ayuda colectiva.
- La barrera entre las generaciones es a menudo confusa en las familias. Existen coaliciones entre los miembros de distintas generaciones, cuya triangularización en el problema de miembros de otras generaciones, genera una situación de tensión difícil de manejar ocasionando la huida del adolescente frente a esta situación.

- En los periodos pre suicidas el adolescente hace frente a situaciones de tensión que hacen explosión, ante una situación mínima inmanejable, siendo esta última solamente una parte más del eslabón dentro de la cadena de situaciones inmanejables.¹¹

3.2.4. COMUNICACIÓN

Es un proceso bilateral entre dos o más individuos en el cual la conducta, pensamientos o sentimientos de uno influyen en la percepción o conceptualización del otro.

La comunicación es un proceso complejo que envuelve conductas verbales (lo que hablamos) y no verbales (que tienen una demostración física), que incluye los siguientes instrumentos: palabras, tono de voz, expresión facial, gestos, posición del cuerpo, contacto visual con el interlocutor y uso del silencio. Nosotros comunicamos contenido (que es la información acerca de incidentes, dato, etc.) y sentimientos (que demuestran involucramiento personal en el contenido). También nuestro estilo de comunicación puede ser pasivo o dependiente, tratando de complacer a nuestros sentimientos, pensamientos y decisiones sin herir a otros o ser agresivos con otras palabras que tratan de disminuir, criticar o culpar al interlocutor o una situación en cuestión. Para los adolescentes, en una sociedad cambiante, con una gran influencia extrema y una igualmente distante brecha generacional con sus padres a veces es difícil mantener una comunicación positiva y sus intentos de ser asertivos pueden

¹¹ Nigaranda, J. "Psicología", 1era Edición. Lima – Perú. 2000. Pág. 67



ser muchas veces rechazados por la rigidez de nuestro pensamiento tradicional, que está dirigido a la dependencia, aprobación y sumisión.

- **ACEPTACIÓN FAMILIAR:** La célula primaria de la socialización del adolescente es la familia. En la actualidad, al hablar de los factores de socialización del adolescente la atención se centra no tanto en la manera de cuidarlo sino en la atmósfera emocional en la que permanece: como lo tratan los padres, si se siente querido y rodeado de cariño, o al contrario se siente abandonado. Generalizando los resultados de muchos investigadores especiales tenemos que admitir que cuanto menos caricias, cuidados y cariño recibe el adolescente más lenta es su maduración como personalidad, tanto más inclinado se muestra a la pasividad y la apatía, tantas más las probabilidades hay de que en su carácter sea débil. La familia como institución social primaria le preexiste al individuo por consiguiente, influye en un proceso de formación ya sea favoreciendo, obstruyendo o alterando su desarrollo. La familia es expresión sustancial de los defectos, virtudes de la vida social. Es factor trascendental del proceso de socialización, la familia es una necesidad no sólo para los hijos, sino también para los propios padres.

La familia no solo es importante para la formación del niño sino para el propio equilibrio del adulto. El comportamiento de los padres, es decir las diferentes formas de relación que establecen entre ellos puede influir



decididamente en la presencia de la salud psíquica de sus componentes.¹²

3.2.5. VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar o domestica: "Son todas las agresiones físicas, psíquicas y sexuales que sufren los miembros de la familia, ejercidos por los compañeros, maridos, hermanos e hijos. Es una violencia sin límites a ya que no contempla edad ni raza"

El ser humano es agresivo, tiene una agresividad propia que la lleva consigo que se expresa como un impulso para conseguir alimento, pareja, protección, etc. El ser humano por ser sumamente inteligente, El animal humano es el animal más cruel, más destructivo, más violento, que existe en la creación, al extremo que arremete por ejemplo en forma sistemática cruel, y destructiva a su propia pareja y a sus hijos con una intensidad y frecuencia enormes, lo que no sucede con otros animales.

Es cualquier conducta abusiva que por acción u omisión produce daño psíquico o físico a una persona.

No es una consecuencia directa del alcohol, la enfermedad o la pobreza si no que se tiene la creencia errónea que es la mejor forma de resolver conflictos pequeños o grandes.

Las personas sometidas a continua violencia sufren debilitamiento gradual de

¹² Mendoza, I.. Formas de Violencia Intrafamiliar [en línea]
<<http://www.seguridad.mendoza.gov.ar/vjojnfa/f010000.htm>>fconsulta:17-05-031



sus defensas físicas y psicológicas así como marcada disminución en su rendimiento intelectual y laboral.

Los niños que viven situaciones de violencia o son testigo de la misma, tienden a repetirlas en sus próximos vínculos.

La violencia se ejerce desde los más fuertes a los más débiles se da con frecuencia y se va agravando en intensidad.

- **Las formas de abuso son:**

- **Físico:** Sin importar el grado de lesión física, siempre es traumático psicológicamente. Incluye desde las lesiones leves, hasta graves que llevan a la muerte.

Cualquier acción no accidental, por parte de padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño, adolescente, adulto, anciano y/o discapacitado. La intensidad puede variar desde una lesión a la muerte.

- **Psicológico:** Comprende insultos, gritos, críticas, amenaza, comparaciones odiosas, acusaciones, etc. que tienen en común producir daño psicológico.

Bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio o amenazas de abandono), más un solo acto de violencia física.

- **Sexual:** Cualquier clase de contacto sexual por parte de un familiar o tutor adulto, desde exhibición sexual a violación. Consiste en obligar a la mujer a la realización de conductas sexuales no deseadas. Incluye la insistencia sin



respetar sus deseos, hostigamiento sexual, criticar su forma de tener relaciones sexuales, tratarla como objeto sexual, violarla mientras duerme.

- **Importancia del maltrato en el desarrollo emocional del adolescente:**

Cabe destacar la necesidad de un trato especial a las adolescentes víctimas de abuso. Las consecuencias a nivel físico, psíquico y social son muy importantes. Sentimientos de vergüenza o culpa inevitable, de falta de confianza, confusión, sentimientos de su daño serán más grandes, cuanto más cercana sea la relación entre el abusado y el abusador. En estos casos hay que todo, el grupo familiar para proteger al adolescente y buscar dentro de la familia algún miembro que sea de confianza del chico, quien lo acompañará en la difícil situación de exponer lo vivido. Es importante creerle al adolescente y considera muchos obstáculos que limitan al adolescente para que hablar libremente: temores, vergüenza, sentimientos contradictorios como "quien me debería cuidar me pudo hacer daño". Nosotros debemos ayudarlo a través de la palabra, la verdad, el respeto, el no preguntar más allá de lo estrictamente necesario para registrar en la denuncia.

3.2.6. SUICIDIO

a. SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Las tasas de suicidio entre la juventud, en especial entre los muchachos, han aumentado al punto que en la actualidad es la segunda causa de muerte para



los varones entre 15 y 24 años, y la tercera para este grupo de edad en general (USDHHS, 1992). Algunos profesionales en el estudio del niño creen que las tasas de suicidio entre los adolescentes han aumentado porque los jóvenes de hoy se encuentran bajo más estrés que los jóvenes de generaciones anteriores (Elkind, 1994). Sin embargo muchos adolescentes que tratan de suicidarse no quieren morir. Solamente quieren cambiar su vida, y sus intentos de suicidio son súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda. Por un arranque de impulsividad o un error de cálculo muchos de ellos mueren antes de que alguien llegue en su ayuda. Muchos jóvenes que tratan de suicidarse tienen historiales de enfermedades emocionales con diagnósticos comunes de depresión, abuso de alcohol y drogas, y personalidad inestable. Tienden a ser impulsivos, con autocontrol deficiente y baja tolerancia ante la frustración y el estrés (Slap y otros, 1999). Además, es probable que tengan una baja opinión de sí mismos, vivan en una familia desgarrada por los conflictos o en donde no sientan que cuentan con apoyo, que sus relaciones no sean adecuadas fuera de la familia y que se sientan desamparados (Swedo y otros, 1999). - Las drogas y el alcohol representan un papel importante en cerca de la mitad de los intentos de suicidio entre adolescentes. Con frecuencia, los adolescentes suicidas se encuentran en situaciones de conflicto con sus padres y no pueden encontrar en ellos apoyo necesario cuando se sienten solos y sin amor. Muchos vienen de familias conflictivas y en un alto porcentaje han sido víctimas de abuso o descuido. Aunque los problemas escolares por razones académicas o de comportamiento son comunes, el bajo desempeño no es una norma general.



Entre un grupo de estudiantes con alto desempeño en los primeros y los últimos años de secundaria, 31 % había considerado el suicidio y 4% lo había intentado. Quienes tienen logros bajos pueden sentir que su vida carece de valor mientras que aquellos que logran buenos resultados pueden sentirse sometidos a demasiada presión en su desempeño.

¿Qué se puede hacer para detener el alarmante aumento de suicidios entre los adolescentes? Dé cara a las señales individuales de alarma, la familia y los amigos de un adolescente que esté considerando el suicidio pueden ayudar en ocasiones. Sin embargo, una causa más importante incluye el contexto ecológico en donde los jóvenes viven, el cual debe cambiarse a niveles de política social.

Particularmente, el suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático en los años recientes, siendo la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 y 21 años de edad, y la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años. Si el niño o adolescente dice, "Yo me quiero matar" o "Yo me voy a suicidar", hay que tomarlo muy en serio y hacer una consulta a un psiquiatra de niños y adolescentes o a otro médico para que evalúe la situación. A la gente no le gusta hablar de la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de "ponerle ideas en la cabeza"; por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas. Con la ayuda de la familia y con tratamiento profesional, los niños y adolescentes con tendencias



suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo.

b. DEFINICIÓN DE SUICIDIO

El suicidio o provocarse la propia muerte no sólo es un acto trágico sino que también es desconcertante y confuso. Aunque se ha proporcionado razones del porque se cree que estos individuos se causaron la muerte nunca se podrá tener una seguridad completa. ¿Por qué las personas terminan con sus propias vidas de manera consciente y deliberada? La explicación más fácil y frecuente es que los individuos que se provocan la muerte sufren de un trastorno mental.

Creemos conveniente partir del significado de la palabra suicidio. Deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, de matar, lo que sería "matarse así mismo". Para Durkheim, se trata de todo caso de muerte mediante una acción, producida por la víctima misma y ante la cual tiene absoluta conciencia del resultado a producirse. Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas "elegidas" que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo (Saldaña, 2001). Sin embargo muchas veces estos comportamientos no han sido provocados con la finalidad de morir, sino como una expresión de cólera rabia, frustración. Por este motivo es que actualmente se han realizado definiciones más exactas al estudio de los comportamientos suicidas, así tenemos (Saldaña, 2001):

- **Ideaciones Suicidas:** Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos



que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.

- **Parasuicidas:** Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta, dichos actos deben ser poco habituales.
- **Suicidios:** Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es consciente de la meta para lograr.

c. TIPOS DE SUICIDIO:

- **El altruista,** en el que la motivación hacia la muerte está originada por una rígida estructuración en la sociedad en la que se vive. La muerte en sí misma no es tan importante como preservar el "honor".
- **El egoísta,** en el cual el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. No interesa lo que los demás opinen.
- **El anómico:** que se produce ante una confusión de valores; sociales, que lleva a una crisis individual acerca del sentido de la existencia

Otros autores clasifican al suicidio según:



- **El origen:** puede ser sicótico, neurótico, psicosisplásico o filosófico. En el sicótico la persona se halla desconectada de la realidad y de lo que pasa en su entorno. Sufre alucinaciones y tiene ideas ilógicas no aceptadas por los demás. El neurótico se caracteriza por manifestaciones teatrales con escasa intención real del suicidio. En el psicodisplásico, el psicópata dirige la agresividad hacia sí mismo. El filosófico se produce en personas que sienten un vacío en su existencia.
- **La forma:** puede ser impulsivo, obsesivo y reflexivo. El primero se lleva a cabo súbitamente, sin avisos previos de la intención. El obsesivo se produce por una idea de autodestrucción, que resulta imposible rechazar. El reflexivo se caracteriza por un análisis detenido de la idea de suicidio, siendo más frecuente en personas deprimidas.

d. INTENTO DE SUICÍDIO O AUTOCASTIGO

Stengel estableció la diferencia entre el suicidio radical y el intento de suicidio. Este segundo lo definió como un acto no mortal de daño así mismo que se concentra en su carácter deliberado y consciente, ya sea que pueda demostrarse o no el deseo de lograr la autodestrucción. Podemos referirnos colectivamente a los episodios no mortales de daño a uno mismo como problemas de auto envenenamiento o de autolesión.

Las tendencias para suicidas son mucho más comunes en adolescentes mujeres que en hombres. Una característica muy notable del Auto castigo es que la mayoría que lo cometan alcanzan a llegar al hospital y sobreviven.



- **Efectos para llamar la atención y establece comunicación:** El Auto castigo no puede comprenderse como "patología ínter psíquica, porque hay una estrecha relación entre los sucesos interpersonales y sociales del individuo. La búsqueda de un cambio a través del acto suicida es inminente por ello no es extraño encontrar variaciones en la vida de quien infringe Auto castigo, por el solo hecho de ingresar a un hospital y tener la atención de las personas "que necesita" para resolver su conflicto interno.
- **Los métodos más comunes de auto castigo:** El consumo de fármacos como por ejemplo: Barbitúricos, hipnóticos, laceraciones, intoxicación con gases, inmersiones consumo de agentes que producen adicción, entre otras.
- **El Problema de la Repetición:** En los casos de Auto castigo hay un alto porcentaje de uno o más episodios de repetición. Indudablemente esta circunstancia hace que cada vez sea más eficaz el intento de suicidio. Este tipo de evento es una motivación para el incremento de conductas que involucren un alto grado de riesgo. A continuación se enumeran las conductas más reconocidas de este tipo actualmente y la respectiva clasificación.
 - Accidentes de tránsito por exceso de velocidad
 - Alcoholismo
 - Juegos riesgosos, como la ruleta rusa
 - Rituales satánicos
 - Frecuentar zonas peligrosas



- Auto laceraciones más profundas
- Aumento de dosis en fármacos
- Combinaciones nocivas de los alimentos
- Práctica de deportes de alto riesgo (montar Skate sobre barandas en edificaciones altas)
- Duelos con armas al finalizar las fiestas
- Consumo incrementado en narcóticos

e. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO GENERAL DEL SUICIDIO

Cuando hablamos de significado psicológico, queremos advertir cual es la causa o el para que realiza el adolescente el acto suicida. Baechler ha descrito varios sentidos posibles:

- **La huida:** es el "hecho de escapar" a través del atentado contra su vida, de una situación experimentada como insoportable por el individuo.
- **El duelo:** es el "hecho de atentar contra su vida después de la pérdida de un elemento actual de la personalidad o plan de vida".
- **El castigo:** es "el hecho de atentar contra su vida para expiar una falta real o imaginaria".
- **La venganza:** es "el hecho de atentar contra su vida para provocar remordimiento de otro o para infringirle el oprobio de la comunidad".
- **La llamada y el chantaje:** es "el hecho de atentar contra su vida para hacer presión sobre otro".



- **El sacrificio y el paso:** es "el hecho de atentar contra su vida para conseguir un valor o un estado juzgado superior".
- **El juego:** es el "hecho de arriesgar su vida para probarse a sí mismo".

En los adolescentes es común que se presenten los comportamientos de huida frente a los fracasos y la llamada o chantaje.

3.2.7. FACTORES CORRELATIVOS Y CAUSAS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

a. FACTORES PERSONALES

- **Sexo y edad:** El sexo es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida. Revisando las estadísticas se puede determinar que por cada 12 hombres hay 7 mujeres suicidas entre (10-19 años). Por ello es más factible que las mujeres que realicen intento de suicidio, tengan una visión más bifurcada a la hora de tomar una decisión entre la vida o la muerte.
- **Antecedentes de Trastornos Mentales:** El suicidio como tal, puede ser antecedido por varios intentos, por lo regular este fenómeno se presenta en personas que han estado bajo tratamiento psiquiátrico durante largo tiempo. A esto se le suma la incidencia que puede tener en un adolescente la muerte de un familiar por Suicidio. Es muy común encontrar familias donde el evento se ha registrado en más de un caso y con esto ya es



suficiente para que exista una predisposición psicológica y biológica (aprendizaje por observación, imitación). Existen varios trastornos psicopático en él diagnóstico de las enfermedades mentales que pueden llevar el suicidio; tales como la esquizofrenia (caracterizada por la pérdida del contacto con la realidad y por alteraciones considerables de la personalidad), las psicosis orgánica crónica (caracterizada por la pérdida de la introspección como consecuencia de un grave deterioro intelectual y menos cavo de la memoria.

- **Trastornos Afectivos:** La adolescencia es la etapa donde el ser humano empieza a establecer su identidad y formar vínculos sociales que involucran en mayor proporción el campo afectivo dentro y por fuera de la familia. Si esta no le ha ofrecido al joven una estabilidad emocional, a largo del desarrollo, es muy posible que su interacción social se vea alterada por inestabilidades en sus relaciones, ya sea por aislamiento de las mismas o por la excesiva dependencia a ellas. Es este el sitio propicio en el que suelen surgir problemas tales como: la desfiguración del autoimagen, el abuso de sustancias psicoactivas, relaciones hostiles en la familia, embarazos no planeados, paternidades no responsables, pérdidas recientes: muerte de familiares, desaparición de un miembro de la familia y una serie de eventos que pueden desencadenar el suicidio.
- **Trastornos de la Personalidad:** Dentro de los trastornos, de la personalidad los que implican mayor riesgo de suicidio son él antisocial y el límite. Sin embargo, la consumación del suicidio es relativamente baja en



comparación con otras patologías, como la depresión. Se ha establecido que los trastornos antisociales y las adicciones a las drogas, son más comunes en los hombres y los trastornos de personalidad límite y depresiva son más familiarizados con las mujeres.

- **Adicción a las Drogas:** La adicción a las drogas se relaciona con el suicidio, en lo que abarca especialmente con las técnicas de inyección (heroína). En este punto se suele ubicar los suicidas con trastorno de personalidad sociopático que llevan una destrucción crónica de la vida familiar, una subcultura de violencia, alcohol, abuso de drogas y frecuentemente uno o más episodios de intento de suicidio.
- **Enfermedad Crónica:** Padecer de una enfermedad de carácter crónico y más si aún conlleva una incapacidad del sujeto es otra condición que se considera como riesgo para el suicidio.

f. **EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA:**

A continuación se enumeran las condiciones de orden personal o circunstancial que puedan dar indicio sobre la posibilidad de una conducta suicida en el individuo.

- **Ideación Suicida:** Consiste en el surgimiento de la idea misma, aun cuando puede parecer obvio, este elemento le da un sentido a otros indicadores de riesgo: Como por ejemplo la vulnerabilidad que existe en el hombre hacia el suicidio y la vulnerabilidad de la mujer a solo intentarlo.



- **Intentos Previos:** Se considera que la presencia de intentos previos aumentará el riesgo del suicidio en un futuro, el carácter de repetición suele incrementar los deseos de muerte. Aumenta el riesgo de suicidios en un futuro.
- **Plan y Métodos:** Entre más estructurado sea el plan del suicidio, mayor es el riesgo. La estructuración del plan se refiere principalmente a que si la persona tiene identificado un donde, aun cuando y un cómo. El cómo es el método a utilizar: Si ha escogido un medio y que tanto acceso tiene a él. Aquí juega un papel muy importante la letalidad del método y la trascendencia que el suicida le quiera dar al acto.
- **Comunicación del Intento Suicida:** En lo que respecta a la comunicación del adolescente suicida puede presentarse una gran variedad, desde el joven que comparte todas sus crisis emocionales en su grupo social, hasta el que reprime todos sus sentimientos. Estas advertencias son expresadas verbalmente en repetidas ocasiones, tienen diferentes contenidos y suelen comunicarse a muchas personas en las semanas anteriores al suicidio. Las observaciones de esta clase son particularmente ominosas cuando difieren de lo que la persona acostumbra a decir, especialmente cuando sus comportamientos y sus modales en general también son insólitos. Aunque una amenaza no es precisamente una predicción del suicidio, puede ser también un grito de ayuda que refleja el conflicto y el deseo coercitivo para llamar la atención de los demás.
- **Las Notas:** Por lo regular en ellas figuran afirmaciones objetivas por las



que se dan órdenes, admoniciones, listas de cosas que hay que hacer, como si el autor estuviera pensando en ausentarse e ilógicamente permanecer en él sitio para verlas cumplir. También en ellas se perciben hondos sentimientos de venganza y culpabilidad. Cabe destacar que estas notas en algunos casos cumplen el papel de aviso para la familia del adolescente que no está completamente decidido a suicidarse.

- **Ocultación de Ideas Suicidas:** Existen adolescentes que no revelan sus sentimientos, sin embargo bajo esa apariencia de total tranquilidad hay una intención firme de quitarse la vida y la exteriorización de la idea, solo le imposibilitará realizarlo. Estos son casos normalmente detectados por las respuestas ambiguas que ellos expresan ante los cuestionamientos relacionados con el futuro y toda acción trascendental sobre el tema de la muerte, claro está que su conducta suicida puede reflejarse también en una sintomatología fisiológica, en el rendimiento académico, relaciones socioculturales que por muy normales que parezcan pueden revelar su conducta .
- **La Recuperación Espontánea o Depresión Sonriente:** Es la conducta típica del suicida que oculta sus ideas. Esta suele expresarse en una aparente calma e incluso, euforia y alegría, que el sujeto mismo puede manifestar en medio de una situación tormentosa. Se le llama recuperación espontánea porque existiendo un evento desencadenante activo, éste aún no se ha superado y la persona se muestra indiferente ante el hecho. Por lo general los adolescentes con riesgo de suicidio experimentan una fuerte



ambivalencia entre matarse y no matarse. Este estado de duda genera grados de ansiedad bastante elevados, es por eso que se le ve intranquilo. Una vez se ha tomado la decisión, la ansiedad desaparece, al tener ya un claro propósito, es quizás por eso que la persona se muestra mucho más calmada y serena, pues ya ha decidido su muerte.

- **Síntomas del Suicidio y del Intento de Suicidio:** Apariencia depresiva, insomnio, Hipnóticos, Aumento de Peso, Apariencia angustiosa, Expresa su tristeza, Disminución de peso, Dificultad para estudiar o trabajar, Disminución del trabajo, Falta de interés, Desesperanzado respecto al futuro, Anorexia, Bulimia, Menor actividad social, Menor energía, autoreproches, Dificultad para concentrarse, Llanto, Inquietud, Variación diurna del estado de ánimo, Hipocondría, Indecisión, Se considera como una carga, Habla más lento, Se siente inútil; Piensa que ha defraudado, se queja de angustia, Sentimientos de culpa, temblores y sacudidas, daños autoinfligido.

g. REPERCUSIONES EN LA FAMILIA

Si "el hijo es adolescente se crea en los padres una sensación profundo fracaso así como sentimientos de culpa, se sienten responsables por la muerte de su hijo. Algunas veces, a los hijos sobrevivientes se les estimula a ocupar el lugar del hijo fallecido. En ocasiones, la familia trata de compensar sus sentimientos de culpa donando el dinero a obras de caridad o programas de rehabilitación juvenil.



El suicidio de un hijo por lo general tiende a introducir una inestabilidad en las relaciones familiares en vez de unir a las personas. En una familia cualquier muerte causa sufrimiento, pero la muerte por autodestrucción es más difícil de comprender y de aceptar.

3.2.8. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Realizar campañas de prevención del suicidio para la comunidad.
- Fortalecer programas de consejería.
- Realizar campañas de la restricción y control de la tenencia de armas de fuego y otros elementos potencialmente letales en el hogar.
- Realizar encuestas sobre la prevalencia de ideas suicidas en establecimientos educativos.
- Vigilar y controlar la prescripción y el expendio de medicamentos controlados.
- Poner rótulos suficientemente explícitos y llamativos en envases con contenidos altamente tóxicos y no aptos para el consumo humano.
- Realizar programas de acción continuada a personal de la salud, para la identificación de las personas con factores de riesgo.
- Fortalecer programas de recreación y de apoyo psicológico a personas con trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia y alcoholismo).



- Promover la creación de líneas de apoyo inmediato para la comunidad, como las del programa.

3.2.9. CONDUCTAS GENERALES DE MENORES CON TENDENCIA AL SUICIDIO.

- Baja repentina en su nivel académico.
- Deja de frecuentar su grupo de amigos.
- Dolores de origen psicossomático y emocional.
- Regala sus cosas.
- Presenta un cambio repentino en su forma habitual de comportarse.
- Por ejemplo de hablador pasa a callado.
- No se siente bien consigo, mismo.

3.2.10. MODALIDADES DEL INTENTO DE SUICIDIO.

Los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, en función de la disponibilidad y la accesibilidad. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto. En lo que la tentativa se refiere, algunos autores afirman que la intoxicación en adolescentes es por órganos fosforados es el más utilizado por los adolescentes.

a. INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADOS.

Son fundamentales esteres del ácido fosforito. Se descomponen con mayor facilidad y son menos persistentes en el ambiente con mayor relación a los órganos clorados, pero más peligroso para el hombre debido a que tienen un alto grado de toxicidad y su antídoto es Sulfato de Atropina.

- **Propiedades de los Órganos Fosforados:**

- Liposolubles
- Volátiles
- Degradables¹³

- **Clasificación:**

Entre los compuestos órganos fosforados destacan por su mayor toxicidad: paratión, paratión-metilo, dimetón; de mediana toxicidad: diazinón; y ligeramente tóxicos: malatión y ronel.

- **Órgano fosforados no sistémicos o de contacto:**

Estas sustancias deben ser lo suficientemente estables a las condiciones del medio ambiente y al mismo tiempo tener condiciones físicas adecuadas para ser absorbidas por los tejidos que rodean la cutícula de los insectos, la cubierta de su canal alimenticio o del sistema traqueal adyacente, y luego ser transportadas intactas hacia el sitio de acción de los tejidos susceptibles.¹⁴

- **Órgano fosforados sistémicos:**

Los órgano fosforados sistémicos son compuestos que frecuentemente son

¹³ www.minsa.bob.ni/enfermería/prot

¹⁴ Bloomquist, J. Insecticidas: Químicas y Características; Departamento de Entomología, Instituto Politécnico y Universidad del Estado de Virginia Blacksburg; Virginia, 1996.



transformados en cantidades considerables dentro del organismo, ya sea en productos de descomposición menos tóxicos o productos metabólicos que también tienen propiedades insecticidas y acaricidas.¹⁵

b. INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.

El término intoxicación se refiere a los efectos adversos producidos por el contacto con ciertas sustancias químicas, medicamentos u otros genobióticos y que están supeditados a la dosis. La dosis hace al veneno. En una cantidad excesiva, las sustancias que suelen ser inocuas, como el oxígeno y el agua, pueden ser tóxicas. Por el contrario, con dosis pequeñas, las sustancias que suelen considerarse tóxicas, pueden consumirse sin efectos nocivos. Sin embargo, tanto la respuesta como el destino de determinada dosis son muy variables. Una parte de estas variaciones es de tipo genético y otra es adquirida por inducción o inhibición enzimática o por tolerancia. La intoxicación puede ser local (ejemplo: piel, ojos o pulmones) o generalizada, según las propiedades físicas y químicas de la sustancia tóxica, su mecanismo de acción y la vía del contacto. La gravedad de la intoxicación y la posibilidad de revertirla también dependen de la reserva funcional de cada órgano o persona, que a su vez depende de la edad y la presencia de enfermedades preexistentes.

¹⁵ Bloomquist, J. Insecticidas: Químicas y Características. Departamento de Entomología, Instituto Politécnico y Universidad del Estado de Virginia Blacksburg. Virginia, 1996.



c. OTROS.

En las diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular.

Dañarse con armas blancas es otro de los métodos que emplean para intentar suicidarse y si la lesión involucra vasos sanguíneos puede llegar a perder la vida.

En muchos casos las armas de fuego que se encuentran en los hogares de las víctimas es el método utilizado para alcanzar la muerte. Es preocupante ver que la tercera vía para suicidarse, luego de los tóxicos, venenos y ahorcamientos, lo ocupa el uso de armas de fuego.

3.2.11. RESILIENCIA

Masten y Coatsworth (1998) definen la resiliencia global como la capacidad manifiesta en un contexto de desafíos importantes para el desarrollo o la adaptación. Se aprecian dos elementos claves para identificar la resiliencia; por un lado, debe existir un estado de riesgo alto o un trauma severo; y por otro lado, la calidad de la adaptación o del desarrollo debe ser adecuada. Es decir, que el niño o el adulto se comporten de manera socialmente competente a pesar de lo ocurrido. Además de las definiciones mencionadas y para complementar el bagaje conceptual, se presentan de manera sintética definiciones que han desarrollado diferentes autores en el mundo:



La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción. Esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

Esta definición pone de manifiesto que la resiliencia pese a ser un mecanismo de afrontamiento individual, no debe estar aislado de lo estipulado socialmente, es decir, que las estrategias para afrontar la adversidad no pueden atropellar, e incluso convertirse en adversidad para otras personas. Esta situación suele ocurrir, en medio de los desastres naturales, cuando en la lucha por la supervivencia, muchas personas, hurtan, invaden o agraden la propiedad de otras personas o a las mismas personas.

La Resiliencia es la capacidad humana de resistir, afrontar, superar y construir frente a condiciones de riesgo y situaciones adversas, forjando un comportamiento vital positivo orientado hacia el éxito y la construcción de un ajuste psicosocial al entorno.¹⁶

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves¹⁷. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación

¹⁶ Dominguez, E. Agosto del 2007.

¹⁷ Loesel, F. "Resiliencia en Niños y adolescentes". Alemania. 1992



traumática, han conseguido encajarla y seguir desarrollándose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.¹⁸

"A pesar de traumas graves, incluso muy graves, o de desgracias más comunes, la resiliencia parece una realidad confirmada por muchísimas trayectorias existenciales e historias de vida exitosas. De hecho, por nuestros encuentros, contactos profesionales y lecturas, todos conocemos niños, adolescentes, familias y comunidades que "encajan" shocks, pruebas y rupturas, y las superan y siguen desarrollándose y viviendo a menudo a un nivel superior como si el trauma sufrido y asumido hubiera desarrollado en ellos, a veces revelado incluso, recursos latentes y aun insospechados".¹⁹

La resiliencia constituye toda una historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.²⁰

¹⁸ Casas, M., y GONZÁLEZ, C. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. (Pediatria Integral)

¹⁹ Manciaux, M. "La resiliencia": ¿mito o realidad?

²⁰ Luthar y Zingler, y otros. Resiliencia. 1992.



Realmente existen bastantes conceptualizaciones sobre la resiliencia, para Losel es el Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos.²¹ Para (Grotberg, 1995), la resiliencia es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez,²² por su parte Milgran y Palti (1993), definen a los niños resilientes como aquellos que se enfrentan bien a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida.²³

Luego de la revisión de las diferentes definiciones que existen en la literatura alrededor del tema, un concepto propio sobre resiliencia debe contener, por un lado, la capacidad para afrontar situaciones dolorosas; y por otra, la capacidad para hacer de la experiencia, una oportunidad para proyectar un futuro mejor. Es decir, que no se trata solo de resistir y resistir sino también de buscar otras alternativas para mejorar las condiciones de la vida personal, familiar y social. Por lo tanto, este concepto involucra la integralidad y el dinamismo propio de los procesos psicológicos en donde se conjugan factores internos y externos que hacen parte de la condición misma del hombre como ser social.

En este trabajo de investigación entendemos como resiliencia a la capacidad humana para enfrentarse, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de la adversidad.

²¹ Lösel, Blieneser y Köfer Afrontamiento del Estrés en Brambing et al., 1989.

²² Grotberg, E. Una guía para promover resiliencia en niños: Tensionando el espíritu humano, proyecto internacional de Resiliencia, Fundación Bernard. 1995.

²³ Portal sobre resiliencia-chile <http://www.resiliencia.cl/>



3.2.12. RESILIENCIA EN LA ADOLESCENCIA

Resiliencia en la adolescencia, es la capacidad del adolescente que le permite resistir, sobreponerse y percibir sus experiencias dolorosas de un modo constructivo a pesar de circunstancias tempranas adversas; reasumiendo con éxito un desarrollo sano y positivo.²⁴

“Nadie tiene resistencia absoluta; es más apropiado considerar la susceptibilidad al estrés como un fenómeno gradual. Algunos individuos son más resistentes que otros pero cada uno tiene sus límites. Hay una gama de mecanismos por los cuales los factores de riesgo funcionan y debe anticiparse que las características que constituyen la resiliencia variarán según el mecanismo de riesgo. La resiliencia puede residir tanto en el contexto social como en el individuo mismo. Los cambios en el desarrollo influyen la resiliencia influyen como cualquier otra característica”.²⁵

Después de estas aproximaciones sobre la resiliencia, queda claro que se trata de un cúmulo de conocimientos que está inacabado, difícil de abarcar en su totalidad y en todas sus dimensiones.²⁶ Los factores protectores en general tienen las siguientes características: un factor protector puede no constituir un suceso agradable, los factores protectores incluyen un

²⁴ Barreto, B., Castaño, B., y Mercado, A. Elaboración de una Escala de estimación de la actitud resiliente en niños de 9 a 11 años de las instituciones y Centros Educativos de la ciudad de Sincelejo. Universitaria del Caribe –CECAR. Sincelejo. 2003

²⁵ Rutter, M. Op. Cit. Pag. 156.

²⁶ Infante, F. “La resiliencia como proceso” en “Resiliencia, Descubriendo las propias Fortalezas”.Edit. Paidós. Bs.As. 2005.



componente de interacción; es decir, la respuesta del sujeto está en relación con un evento externo frente al cual se reacciona con más adaptación que lo esperable; un factor protector puede ser una característica de la personalidad o aún una experiencia vivida.^{27,28}

3.2.13. PERSONALIDAD RESISTENTE

Se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. En general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto. El concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo.^{29,30}

Los seres humanos nacen con la capacidad de hacer frente a las demandas del ajuste de su medio, de desarrollar habilidades sociales y comunicativas, una conciencia crítica, autonomía y propósitos para el futuro, el desarrollo y el reforzamiento de la misma requieren de la estimulación contextual, familiar y de los pares.³¹

²⁷ González, K., Ramos, S., y Vega, L. Caracterización de los factores protectores y de riesgo de familias. Corporación Universitaria del caribe –CECAR. 2001

²⁸ Cyrułnik, B. Hay vida después del horror. [http://www. Unesco](http://www.Unesco). 2001

²⁹ Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, vol. 27. 2006

³⁰ Peñacoba, C. y Moreno, B. El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. Boletín de Psicología, 58:61-96. 1998

³¹ Vera, P. Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. 2004.



Los jóvenes resilientes muestran una serie de características que se asocian directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas cotidianos, las cuales se relacionan con el propio desarrollo personal.

Los jóvenes resilientes presentan, entre otras características comunes: adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso, habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores, resumiendo de la siguiente manera:

- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de auto observación.
- Gran confianza en una vida futura significativa y positiva, con capacidad de resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor flexibilidad y tolerancia.
- Habilidad para enfrentar eficaz y adecuadamente situaciones adversas y eventos traumáticos, además del desarrollo del potencial de ajuste individual o del sistema.
- Dinámico, varía a lo largo del tiempo de acuerdo con las circunstancias.

Con el desarrollo del individuo o del sistema y con la calidad de estímulos a los que están expuestos.³²

³² Vera, P. Op. Cit.



3.2.14. FACTORES PROTECTORES

Son las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Se puede distinguir en factores externos e internos. Los externos se refieren al medio donde actúan reduciendo la probabilidad de daños y los internos a los atributos de la propia persona como la personalidad autoestima y capacidad de comunicarse.

INDIVIDUALES O PERSONALES

- Buena salud física, estado nutricional e imagen corporal propia y adecuada.
- Apropriados hábitos de salud.
- Capacidad de simpatía: carácter positivo y amistoso.
- Capacidad de empatía: respetar derechos y necesidades del otro.
- Buena relación con sus pares (amigos).
- Habilidades sociales para la comunicación y solución de problemas.
- Sentido del humor, experimentar esperanza, alegría, éxito, amor y autoestima alta.
- Manejo adecuado del estrés y tolerancia a la frustración.
- Auto eficacia y autonomía de acuerdo a la edad, combinada con capacidad para pedir ayuda.
- Proyecto de vida: metas educacionales y vocacionales.
- Cuenta con un sistema de valores.



- Enfrenta la competencia escolar.

FAMILIARES Y SOCIALES

- Promueve las necesidades básicas: comida, techo, ropa, seguridad, atención de salud.
- Reconoce y valora al adolescente, entiende sus cambios y necesidades biopsicosociales.
- Dedicar tiempo al adolescente.
- Establece comunicación asertiva y relaciones democráticas entre sus miembros.
- Estimula la independencia y responsabilidad de los adolescentes.
- Desarrolla un equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados.
- Apoya las metas educacionales y/o vocacionales del adolescente.
- Provee de sistemas de valores y modelos.
- Pertenece a un grupo religioso que promueve la unión familiar y la búsqueda de valores y significado en tiempos difíciles.
- Provee modelos y normas familiares claras que estimen conductas, actitudes y relaciones saludables.
- Al menos una persona emocionalmente estable en la familia provee apoyo incondicional al adolescente.
- Otorga educación sexual.

DEL MEDIO O COMUNIDAD

- Provee de oportunidades educacionales y vocacionales de calidad que permiten la realización de sus proyectos de vida.
- Provee espacios sociales que promuevan habilidades personales y sociales (actividades educacionales, recreativas, deportivas, etc.)
- Otorga apoyo a familias de adolescentes con necesidades especiales.
- Dispone de una legislación que protege a los adolescentes.
- Otorga servicios integrales y diferenciados de salud y educación para adolescentes.
- Otorga un medio ambiente libre de riesgo (tóxicos, violencia, polución).
- Asegura transporte público y derecho a vivienda.³³

3.2.15. LA FAMILIA Y SUS FACTORES PROTECTORES.

Garmezy (1987), indicó que las “cualidades positivas de la familia” incluyen “elementos tales como la calidad de la relación padre-niño, la adecuada comunicación familiar, el grado de percepción de los padres sobre el niño y la competencia general de los padres”. Tanto la organización como la estabilidad y la cohesión en las familias sirven como factores protectores y “los niños con estas características en su familia son más inteligentes, más

³³ MINSA. Orientación para la atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención. Lima. Perú. 2007. Pag. 38



competentes y tienen menos probabilidad de llegar a perjudicarse en situaciones de alto estrés". Los investigadores operacionalizaron la estabilidad y la organización familiar por cosas tales como el número de mudanzas familiares, los matrimonios, los trabajos, el mantenimiento del hogar; y la cohesión familiar, por la frecuencia de actividades familiares, los niveles de afecto manifiesto, la presencia de reglas con respecto al comportamiento de la prole y la adecuada comunicación familiar.

Los estudiosos sobre esta materia, coinciden en afirmar que el apoyo emocional por parte de los padres se constituye en un arma de protección contra fenómenos como el fármaco dependencia. Para los niños las interacciones de apoyo con los padres reduce el impacto de los factores de riesgo y observar la habilidades de los progenitores para resolver problemas por ejemplo, permite que por modelamiento, se desarrollen competencias para afrontar los retos de la vida con capacidad mayor para establecer relaciones de apoyo por fuera de la familia.

Algunos autores como Gary (1983), luego de varios estudios identifican características de familias fuertemente resilientes:

1. Sólida base económica
2. Orientación de logro
3. Roles adaptativos
4. Espiritualidad
5. Enlaces con la familia extensa
6. Orgullo racial
7. Respeto y amor



8. Recursividad
9. Involucramiento con la comunidad.
10. Unidad familia

3.2.16. LA COMUNIDAD Y SUS FACTORES PROTECTORES

Se encuentran descripciones acerca de las comunidades que como una colección de gente en constante interacción, también tienen capacidades para sobrevivir y desarrollarse lo cual sugiere en ellas, la presencia de factores protectores que contribuyen a la resiliencia frente a las adversidades con “capacidad transformadora inherente para adaptarse y cambiar” (Bernard, 1996)

Igual que otras instituciones, no solamente proporcionan modelos positivos para los niños, sino que también proporcionan una infraestructura para los programas de la juventud. Wandersman y Nation (1998) sustentan también la importancia “de una red social fuerte en la cual los adultos están conectados el uno al otro”. Se pueden enumerar ocho factores que se identifican como características de las comunidades resilientes:

- Autoestima colectiva
- Identidad cultural.
- Honestidad.
- Solidaridad, sentido de compasión, justicia y lealtad.
- Liderazgo comunitario.
- Resistencia frente a la destrucción.

- Capacidad de construcción.
- Elasticidad y flexibilidad.

3.2.17. FACTORES DE RIESGO

Cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud

INDIVIDUALES O PERSONALES

- Poco desarrollo de asertividad, autonomía, capacidad para la toma de decisiones
- Baja autoestima
- Inestabilidad emocional
- Sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia frente a riesgos
- Dificultades para planear y desarrollar proyectos de vida a largo plazo
- Baja capacidad para tolerar las frustraciones
- Dificultad para controlar impulsos

FAMILIARES Y SOCIALES

Circunstancias familiares: clase social baja, enfermedad mental o abuso de las sustancias en la familia, familia de gran tamaño, eventos estresantes en la vida, desorganización familiar, desviación comunicativa, conflictos familiares, y lazos insuficientes con los padres.



DEL MEDIO O COMUNIDAD

- Presencia de violencia familiar.
- Miembros de familia con conductas delictivas.
- Miembros de la familia con trastornos mentales.
- Miembros de la familia alcohólicos o consumidores de drogas.
- Muerte, separación o divorcio de los padres.
- Ausencia física y/o psicológica del padre y/o madre.
- Miembro de la familia víctima de abuso sexual.
- Madre y/o hermana embarazada en la adolescencia.
- Enfermedad crónica de uno de los padres.
- Bajo nivel educativo de los padres.
- Mudanza, migración familiar.

SOCIALES

- Exclusión escolar.
- Entornos no saludables (delincuencia, violencia, comercialización/ consumo de drogas, alcohol, etc.)
- Condiciones laborales riesgosas.
- Pobreza con exclusión social.
- Exposición a mensajes de los medios que promuevan conductas de riesgo.
- Exposición a violencia social.³⁴

³⁴ MINSA. Orientación para la atención Integral de Salud del Adolescente. Op.cit. pág. 39



3.2.18. FACTORES INDIVIDUALES: CONDUCTA DE RIESGO

Las conductas de riesgo, violencia, droga, embarazo, suicidio en términos de comportamientos concretos, se van a vincular a tres grupos de factores:

- 1) **PERSONALES:** Como su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etc.
- 2) **PRECIPITANTES:** Como la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
- 3) **DE CONTEXTO:** Como la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuente; el nivel de integración; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario, para procesar la información de manera coherente. La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.^{35,36}

3.2.19. FACTORES SOCIALES: FACTORES DE RIESGO

Revisando el papel que juega la sociedad en la resiliencia en principio debemos asumir que todo riesgo supone siempre una perspectiva vincular, ya que toda acción humana tiene un destinatario. Es así que aún el suicidio que

³⁵ Casullo, M. "Adolescentes en riesgo". Editorial Paidós, Bs. As., 1998.

³⁶ <http://www.adolesc.org/pdf/resilman.pdf>



podría considerarse como la conducta humana más autoagresiva y solitaria, lleva un mensaje dirigido a un "otro"³⁷

Es decir que toda conducta social nos lleva a considerar estos factores que incluyen variables tales como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación, las normas y los valores y las creencias del contexto sociocultural en el que se vive³⁸. Los modelos parentales desempeñan un papel trascendental; que las redes de apoyo afectivo y la aceptación de los "otros significativos", generan una menor vulnerabilidad al consumo de drogas o a tener una iniciación sexual muy temprana.³⁹

Son también conocidos los estudios que muestran el enorme efecto del grupo de pares sobre los comportamientos de riesgo. El grupo, para el adolescente, lleva implícito un mandato: ¡Se cómo nosotros! y generalmente es el que incita y facilita conductas de riesgo.⁴⁰

Lo mismo podríamos decir del peso de los modelos que ofrecen los medios de comunicación social, especialmente la televisión.

Los estímulos sociales han cambiado notablemente en los últimos años. Estamos inmersos en una sociedad caracterizada por la vertiginosidad de los cambios y por el pasaje de una modalidad de expectativas tradicionales, a un mundo laboral regido por la competencia y la incertidumbre.⁴¹

La rapidez de los cambios nos obliga a un estado de permanente tensión, de alerta, para poder adaptarnos y que los cambios no nos superen.

³⁷ Calderón, G. "Salud Mental Comunitaria". Editorial Trillas, México, 1981.

³⁸ Casullo, M. "Adolescentes en riesgo". Op. Cit.

³⁹ Casullo, M. "Adolescentes en riesgo". Ibidem.

⁴⁰ Desjarlais, R. y otros. "Salud Mental en el mundo". OPS, Washington, 1995.

⁴¹ Lipovetsky, G. "La era del vacío". Anagrama, Barcelona, 1994.

El choque cultural, la urbanización, la pérdida de valores, el sentimiento de marginalidad y la pobreza (factores relacionados con una crisis de identidad) que afectan a muchos jóvenes, se asocian con las situaciones de estrés planteadas antes, y agravan también las consecuencias.⁴²

3.2.20. AMBIENTES QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA

- a) La presencia de adultos accesibles, responsables y atentos a las necesidades de los jóvenes. Pueden ser padres, tíos, abuelos, maestros u otras personas que muestren empatía, capacidad de escucha y actitud cálida. Además es importante que expresen su apoyo de manera que favorezca en los niños y jóvenes un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismos.
- b) La existencia de expectativas altas y apropiadas a su edad, comunicadas de manera consistente, con claridad y firmeza que le proporcionen metas significativas, lo fortalezcan y promueven su autonomía, y le ofrezcan oportunidades de desarrollo.
- c) La apertura de oportunidades de participación: los adultos protectores son modelo de competencia social en la solución de problemas, pudiendo proporcionar oportunidades para que los niños y adolescentes participen en conjunto, aprendan de los errores y contribuyan al bienestar de los otros, como parte de un equipo solidario y participativo.

Greenspan (1996) enumera una serie de condiciones familiares que favorecen el desarrollo de la resiliencia en jóvenes:

⁴² Obiols, A. y Obiols, S. "Adolescencia, posmodernidad y escuela media" Kapelusz, Bs. As., 1995.



Dentro del sistema familiar: normas y reglas claras y respeto a las jerarquías.

- Apoyo entre los miembros de la familia como costumbre.
- Estrategias familiares de afrontamiento y eficacia.
- Práctica de un estilo de crianza, donde el adecuado uso del tiempo libre, la internalización de valores, al amor y el respeto enmarcan el estilo de vida de los hijos.
- Expectativas positivas de los padres sobre el futuro de los hijos.
- Responsabilidades compartidas en el hogar.
- Apoyo de los padres en las actividades escolares de los hijos.
- Oportunidades de desarrollo y responsabilidades extra familiares (voluntariado, trabajo, estudio, etc.)

3.3. MARCO CONCEPTUAL

ADOLESCENTE.- Población comprendida entre las edades de 13 a 19 años de edad. Grupo vulnerable porque existe un cambio tanto fisiológica y psicológica y social; por lo que es importante el apoyo de la familia y la comunidad para desarrollarse como hombre de bien ante la sociedad.

CONDUCTAS DE RIESGO.- Son actuaciones repetidas que pueden alterar el desarrollo psicosocial y pueden tener repercusiones negativas para la vida actual o futura. Se debe pensar en las prácticas sexuales de riesgo, el uso y



abuso de drogas, la conducción temeraria de vehículos y la pertenencia a bandas o sectas.

FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO.- Es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

FACTORES DE RIESGO.- Características o cualidades de una persona o entorno que representa una elevada probabilidad de limitar o dañar la salud del adolescente.

FACTORES PROTECTORES DEL ENTORNO.- Son las condiciones del entorno capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

FACTORES PROTECTORES.- Características o cuidados a una persona, grupo de personas y entorno capaz de favorecer el desarrollo del adolescente y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables

FACTORES.- Condiciones del entorno familiar, institución educativa y de la comunidad que van a influir en el desarrollo de la persona.



RESILIENCIA.- Capacidad humana para enfrentarse, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de la adversidad.

SALUD INTEGRAL.- Bienestar físico, mental y social del adolescente, que incluye su desarrollo educativo y la adecuada participación en la comunidad. La salud se podrá ver comprometida desde lo biológico, lo psíquico y lo social, por lo que no sólo se va a expresar como una enfermedad orgánica, sino en la modificación de sus comportamientos.

SITUACIONES DE RIESGO.- Son aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social, entre las que vale la pena destacar la permisividad en el uso de drogas, el culto excesivo a la imagen corporal o las exigencias en la práctica de algunos deportes.



CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS Y VARIABLES

4.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

- ✓ Son más los factores familiares los que están asociados al nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, 2014.

4.2. SUBHIPOTESIS

- ✓ La mayoría de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave presentan de medio a bajo nivel de resiliencia.
- ✓ No existe asociación entre los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave

- ✓ Si existe asociación entre los factores familiares con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave

4.3. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES.

- A. Variable Independiente. Factores sociofamiliares.
- B. Variable Dependiente. Nivel de resiliencia.

4.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
Factores socio familiares	Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Estado de civil• Grado de Instrucción• Ocupación	<ul style="list-style-type: none">- 10-14 años- 15-18 años- 19-21 años- Masculino- Femenino- Soltero- Casado- Conviviente- Superior- Secundaria- primaria- Sin instrucción- Estudiante- Empleado(a)- Ama de casa- Pastor- Desocupado- Otros



		<ul style="list-style-type: none"> • Zona de residencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Periurbana - Rural
	Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de familia • Relaciones familiares • Comunicación familiar • Aceptación familiar • Violencia familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Mono parenteral • Separados • Otro • Inestable • Estable • No se registra • Buena Regula Deficiente • Aceptado • No aceptado • Física • Psicológica • Sexual
Nivel de Resiliencia		<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Media • Alta 	<ul style="list-style-type: none"> entre 50 y 117 puntos entre 118 a 187 puntos entre 188 a 250 puntos



CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el tipo de investigación cuantitativo, de corte transversal

Con diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional.

5.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.

Análisis estadístico descriptivo usando las frecuencias, los estadígrafos de tendencia central y de dispersión. para una proporción y la Ji cuadrado.
Prueba que s

En la prueba estadística inferencial se utilizó la distribución normal sirvió para determinar la relación entre los factores sociofamiliares y los niveles de resiliencia que presentan los pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital en Collao llave.



5.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

5.3.1. Técnicas: Para el estudio se utilizó

- **Encuesta:**

- Se aplicó para identificar los factores sociofamiliares de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital en Collao.
- También se aplicó para identificar los niveles de resiliencia que presentan los pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital en Collao.

- **Instrumentos:**

- Cuestionario los factores sociofamiliares de los pacientes con intento de suicidio. (anexo N° 1).
- Test Goldstein para medir los niveles de resiliencia de los pacientes con intento de suicidio (anexo N° 2).

5.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estuvo constituida por todos los adolescentes con antecedentes de intento de suicidio atendidos en el hospital el Collao de la provincia de Ilave el año 2014

MUESTRA

La muestra de estudio estuvo constituida por adolescentes, en un número de 58 historias clínicas que fueron atendidos durante los meses de enero a diciembre del año 2014 con diagnóstico intento de suicidio.

La unidad de muestras fueron los Adolescentes de 10 a 21 años con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el hospital el Collao de la provincia de Ilave.

a. Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de adolescentes considerados entre los 10 a 21 años de edad con diagnóstico de intento de suicidio.
- Historias clínicas con registros de datos completos.

b. Criterios de Exclusión:



- Pacientes que no cuenten con sus respectivas historias clínicas y estas estén incompletas.

5.5 Diseño de Recopilación de Información

Tratamiento de datos

Se realizó a través del paquete estadístico SPSS, donde se hizo el análisis para hallar la relación entre las variables factores sociofamiliares y niveles de resiliencia que presentan los pacientes con intento de suicidio, para ello se aplicó la distribución norma y la chi cuadrada.

5.6 Matriz de consistencia



TITULO
FACTORES SOCIOFAMILIARES Y NIVEL DE RESILIENCIA DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO LLAVE, 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACION	DISEÑO DE LA INVESTIGACION
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuales son los principales factores sociofamiliares que están asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave, 2014?</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>¿Cual es el nivel de resiliencia más frecuente que caracteriza a los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave?</p> <p>¿Como estan asociados los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p> <p>¿Como estan relacionados los factores familiares con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar los principales factores sociofamiliares asociados a los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave, 2014</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>Identificar los niveles de resiliencia que caracterizan a los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave.</p> <p>Establecer la asociación entre los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p> <p>Establecer la relación entre los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p>	<p>GENERAL</p> <p>Son más los factores familiares los que están asociados al nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave, 2014.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>La mayoría de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave presentan de medio a bajo nivel de resiliencia.</p> <p>No existe asociación entre los factores sociales con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p> <p>Si existe asociación entre los factores familiares con los diversos niveles de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El collao llave</p>	<p>Factores socio familiares</p>	Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado de civil • Grado de Instrucción • Ocupación • Zona de residencia 	<ul style="list-style-type: none"> - 10-14 años - 15-18 años - 19-21 años - Masculino - Femenino - Soltero - Casado - Conviviente - Superior - Secundaria - primaria - Sin instrucción - Estudiante - Empleado(a) - Otros - Urbana - Periurbana - Rural 	<p>Tamaño de muestra:</p> <p>58 adolescentes</p> <p>Técnica: entrevista</p> <p>Instrumento: Lista de Chequeo de Goldstein</p> <p>Formulario Estructurado para recolectar factores socioeconomicos.</p> <p>Tipo de Investigación: correlacional, con diseño no experimental</p> <p>Contrastación de Hipótesis:</p> <p>Prueba de hipótesis de una proporción</p> <p>Prueba de hipótesis de tablas de contingencia</p>
				Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de familia • Comunicación familiar •Violencia familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Mono parenteral • Extensa • Buena • Regula • Deficiente • Física • Psicológica • Sexual 	
			Nivel de Resiliencia		<ul style="list-style-type: none"> . Baja . Media . Alta 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 50 a 117 puntos Entre 118 a 187 puntos Entre 188 a 250 puntos 	

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE RESULTADOS

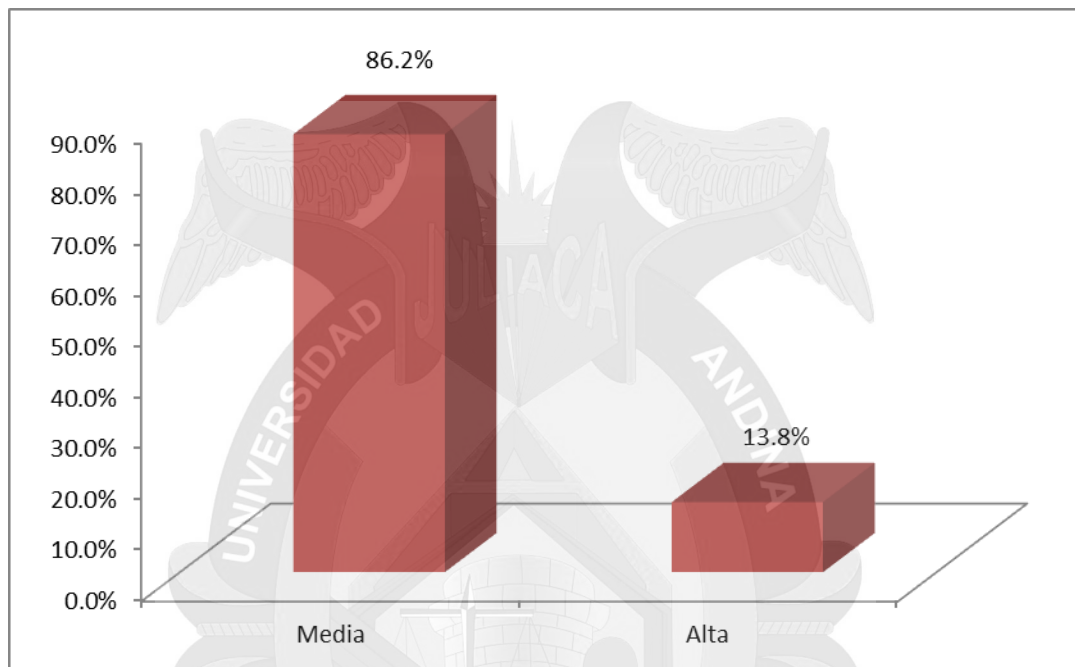
6.1. NIVEL DE RESILIENCIA

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Media	50	86.2%
Alta	8	13.8%
Total	58	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 01**NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014**

Fuente: tabla N° 01

RESULTADO:

La tabla N° 1 refiere acerca del nivel de resiliencia que presentan los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave. De ellos, el 58.6% denota un nivel de resiliencia "medio", continuado por aquellos pacientes con un nivel de resiliencia "baja" (36.2%). Mientras que solo el (5.2%) denota un nivel alto de resiliencia.

Para corroborar con mayor precisión esta distribución del nivel de resiliencia, recurrimos a la prueba de hipótesis de una proporción:

HIPÓTESIS

H_0 : El 50% o menos de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave presentan un nivel de resiliencia de "Bajo a Medio"

H_1 : Más del 50% de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave presentan un nivel de resiliencia de "Bajo a Medio"

DATOS:

$$\hat{p} = 94.8\%$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 50\%$$

$$n = 58$$

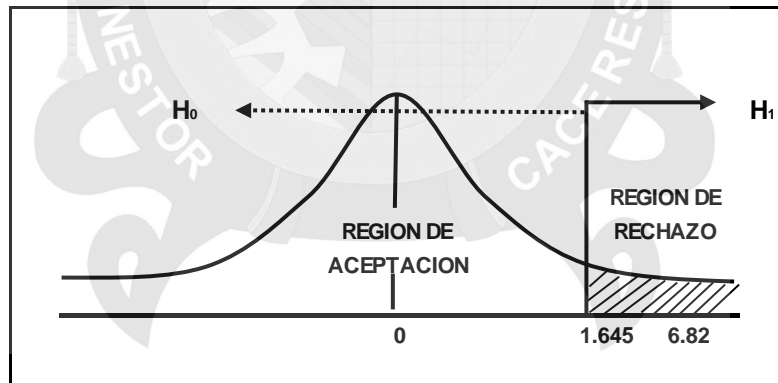
$$Z_{95\%} = 1.645$$

$$Z_c = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

DONDE:

$$H_0 : P \leq 50\%$$

$$H_1 : P > 50\%$$



Se rechaza la H_0 , pues la $Z_c = 6.82$ es mayor a la $Z_t = 1.64$, y $Z_t = 1.96$, tanto para un 95% y 99% de confianza, esto quiere decir que más del 50% de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave presentan un nivel de resiliencia de "Bajo a Medio"

6.2. RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIALES Y NIVEL DE RESILIENCIA

TABLA N° 02**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES****CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO**

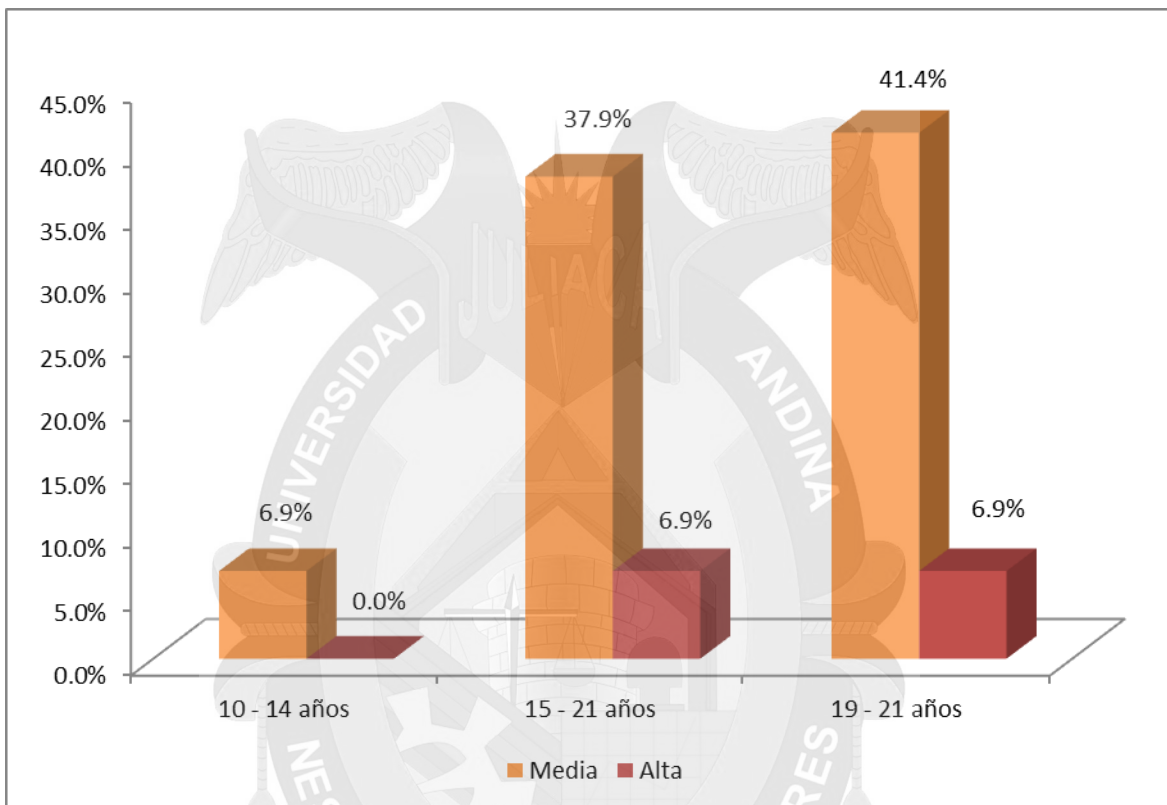
ILAVE, 2014

Edad del paciente	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
10 - 14 años	4	0	4
%	6.9%	0.0%	6.9%
15 - 21 años	22	4	26
%	37.9%	6.9%	44.8%
19 - 21 años	24	4	28
%	41.4%	6.9%	48.3%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 02

EDAD Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014



Fuente: tabla N° 02

RESULTADO:

La tabla N° 02 refiere acerca de la edad que tienen los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. De ellos, el 51.7% precisa que tiene una edad entre 19 a 21 años, continuado por aquellos adolescentes de 15 a 18 años (39.7%). Mientras que el 8.6% de tales adolescentes refiere sus edades entre 10 a 14 años. Aparentemente visualizamos a mayor edad mayor es

la presencia del nivel de resiliencia baja, para corroborar la mencionado recurrimos a la prueba del chi cuadrado

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,855 ^a	4	,065
Likelihood Ratio	11,592	4	,021
Linear-by-Linear Association	1,343	1	,247
N of Valid Cases	58		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

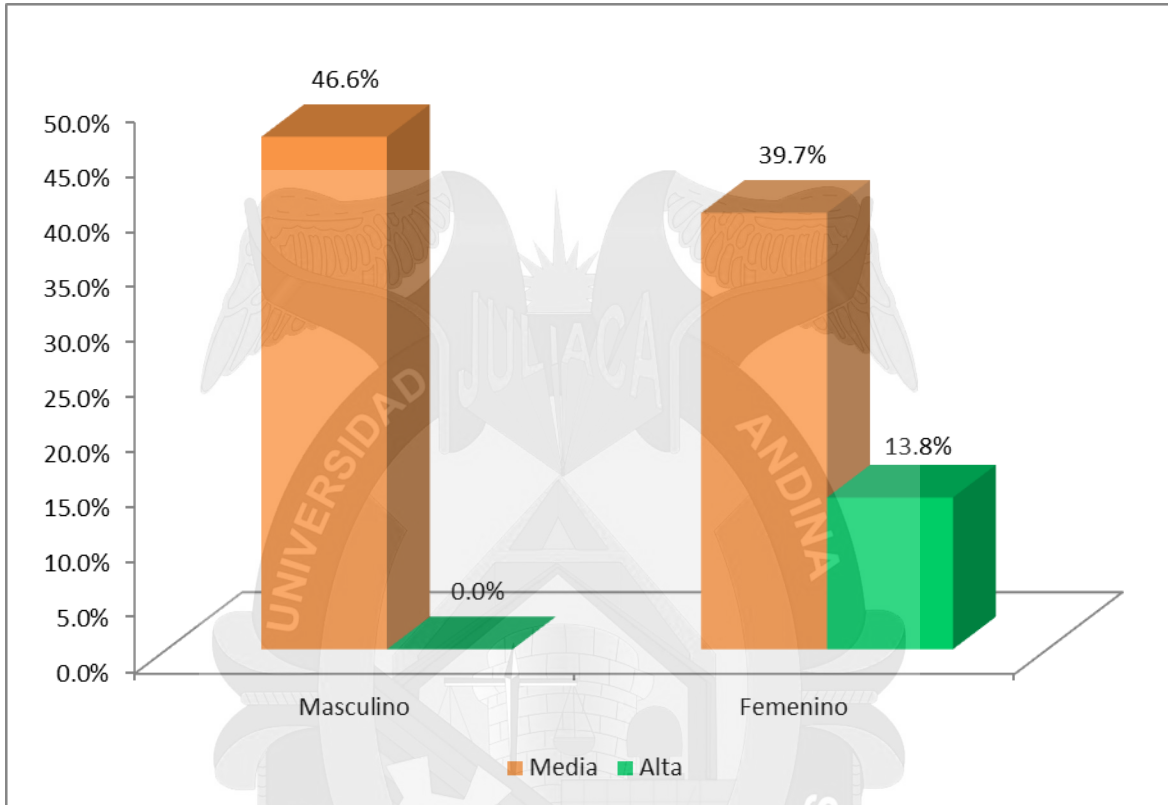
Esta prueba denota que no existe relación entre la edad y el nivel de resiliencia entre los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.65$) a cuatro grados de libertad.

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN DEL GENERO Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Genero del paciente	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Masculino	27	0	27
%	46.6%	0.0%	46.6%
Femenino	23	8	31
%	39.7%	13.8%	53.4%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 03**GENERO Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014**

Fuente: tabla N° 03

RESULTADO:

La tabla N° 03 refiere acerca del genero de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. De ellos, el 41.4% pertenece al género femenino. Mientras que el 58.6% pertenece al género masculino. Aparentemente existe una mayor tendencia porcentual hacia el género masculino. Para corroborar lo mencionado recurrimos a la prueba de hipótesis de una tabla de contingencia

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,456 ^a	2	,483
Likelihood Ratio	1,457	2	,483
Linear-by-Linear Association	1,319	1	,251
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.24.

La prueba chi cuadrada denota que no existe relación entre el género y el nivel de resiliencia entre los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p < 0.483$) a dos grados de libertad.

TABLA N° 04**DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014**

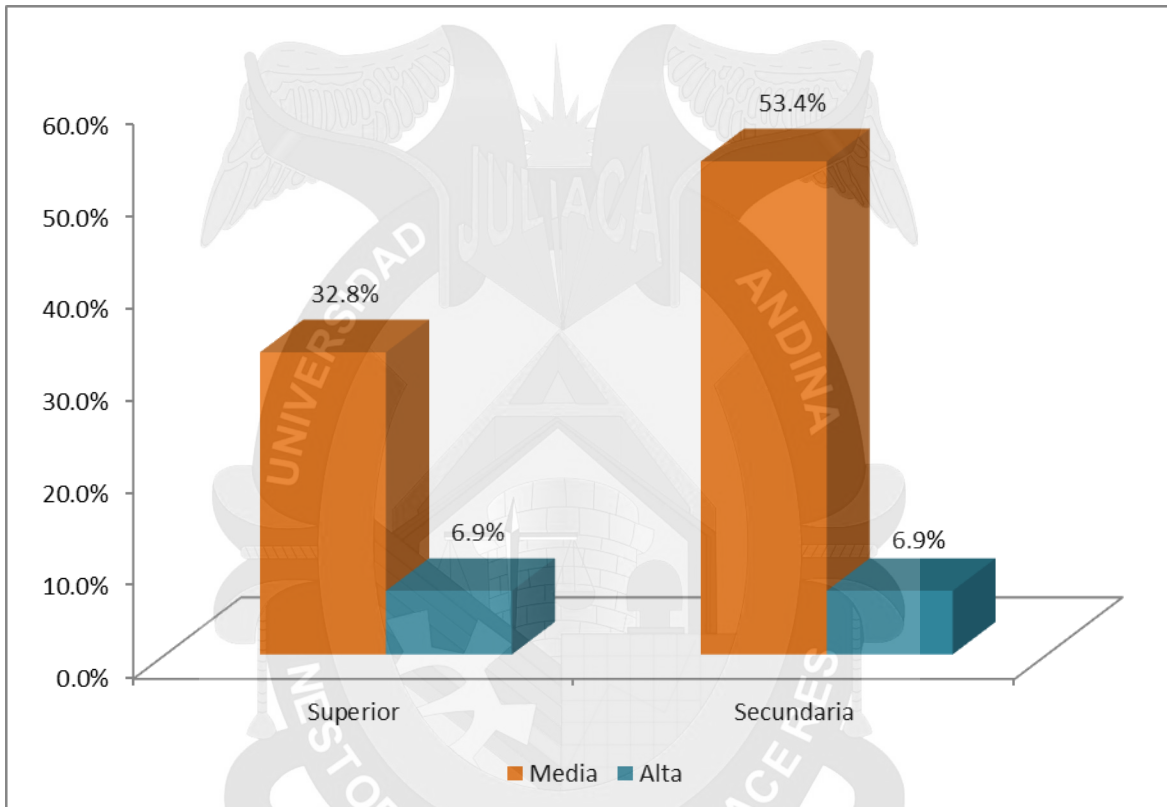
Grado de instrucción	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Superior	19	4	23
%	32.8%	6.9%	39.7%
Secundaria	31	4	35
%	53.4%	6.9%	60.3%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 04

**GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO**

ILAVE, 2014



Fuente: tabla N° 04

RESULTADO:

La tabla N° 04 refiere acerca del grado de instrucción de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave. De ellos, el 60.3% refiere tener estudios a nivel de secundaria. Mientras que el 39.7% de tales adolescentes indica tener estudios a nivel superior. Aparentemente existe un

predominio de dichos pacientes con nivel de instrucción secundaria. Para validar lo señalado, recurrimos a la prueba de hipótesis de una tabla de contingencia

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,945 ^a	2	,084
Likelihood Ratio	5,937	2	,051
Linear-by-Linear Association	2,196	1	,138
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.19.

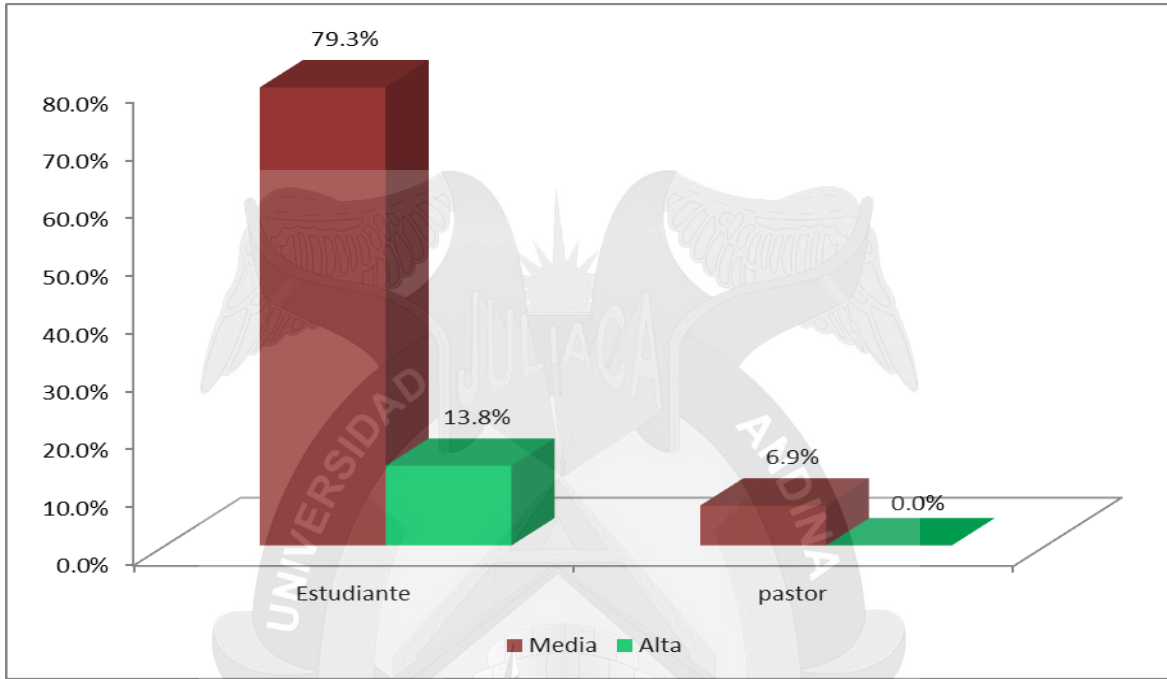
La prueba chi cuadrada denota que no existe relación entre el grado de instrucción y el nivel de resiliencia entre los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.84$) a dos grados de libertad.

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Ocupación	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Estudiante	46	8	54
%	79.3%	13.8%	93.1%
pastor	4	0	4
%	6.9%	0.0%	6.9%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 05**OCUPACIÓN Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014**

Fuente: tabla N° 05

RESULTADO:

La tabla N° 05 refiere acerca de la ocupación que tienen los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave. De ellos, el 91.4% refiere dedicarse actualmente al estudio. Mientras que el 8.6% de tales adolescentes refiere dedicarse a otras actividades diferentes al estudio. Aparentemente existe un predominio de dichos pacientes dedicados al estudio con el nivel de resiliencia media. Para validar lo señalado, recurrimos a la prueba de hipótesis de una tabla de contingencia

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,862 ^a	2	,145
Likelihood Ratio	5,671	2	,059
Linear-by-Linear Association	1,631	1	,202
N of Valid Cases	58		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

La prueba chi cuadrada denota que no existe relación entre la ocupación del paciente y el nivel de resiliencia que presentan los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.145$) a dos grados de libertad.

TABLA N° 06

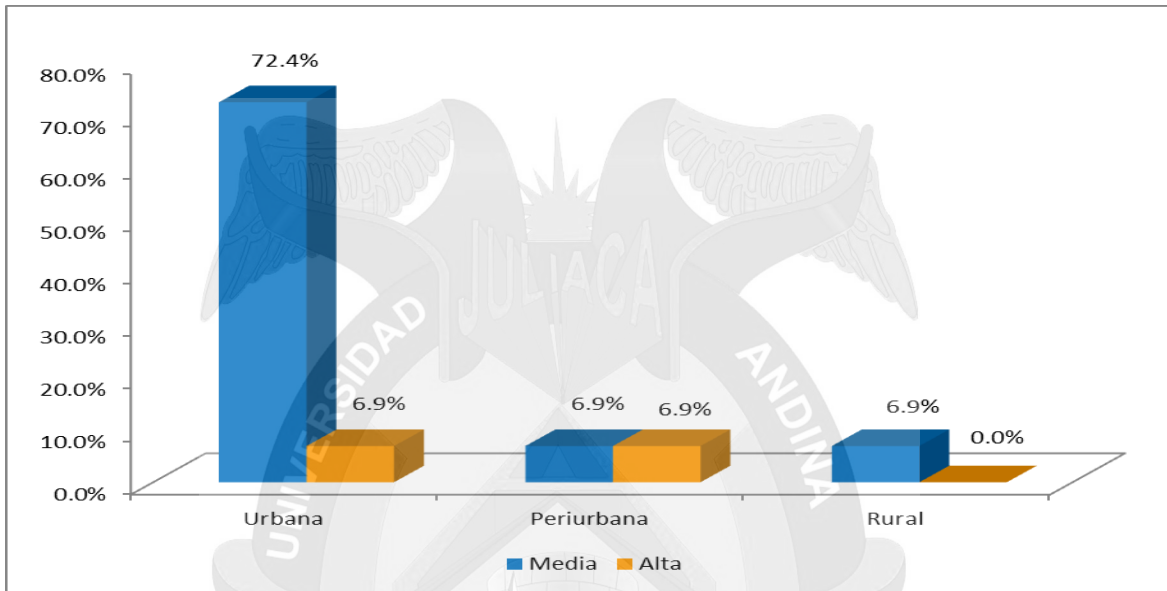
DISTRIBUCIÓN DE LA ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Zona de residencia	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Urbana	42	4	46
%	72.4%	6.9%	79.3%
Periurbana	4	4	8
%	6.9%	6.9%	13.8%
Rural	4	0	4
%	6.9%	0.0%	6.9%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 06

ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014



Fuente: tabla N° 06

RESULTADO:

La tabla N° 06 refiere acerca de la zona de residencia que tienen los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. De ellos, el 89.7% residen en la zona urbana, continuado por aquellos adolescentes que residen en la zona rural (8.6%). Mientras que el 1.7% de tales adolescentes residen en la zona periurbana. Se aprecia aparentemente que en las zonas de procedencia urbana y rural predominio del nivel de resiliencia medio, en tanto que los pacientes que provienen de la zona urbana denotan los tres niveles de resiliencia con mayor frecuencia el nivel de resiliencia medio. Para corroborar lo expresado recurrimos a la prueba de hipótesis

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,724 ^a	4	,317
Likelihood Ratio	6,893	4	,142
Linear-by-Linear Association	1,907	1	,167
N of Valid Cases	58		

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

La prueba chi cuadrada denota que no existe relación entre la zona en la que reside y el nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.317$) a cuatro grados de libertad.

6.3. RELACIÓN ENTRE FACTORES FAMILIARES Y NIVEL DE RESILIENCIA

TABLA N° 07

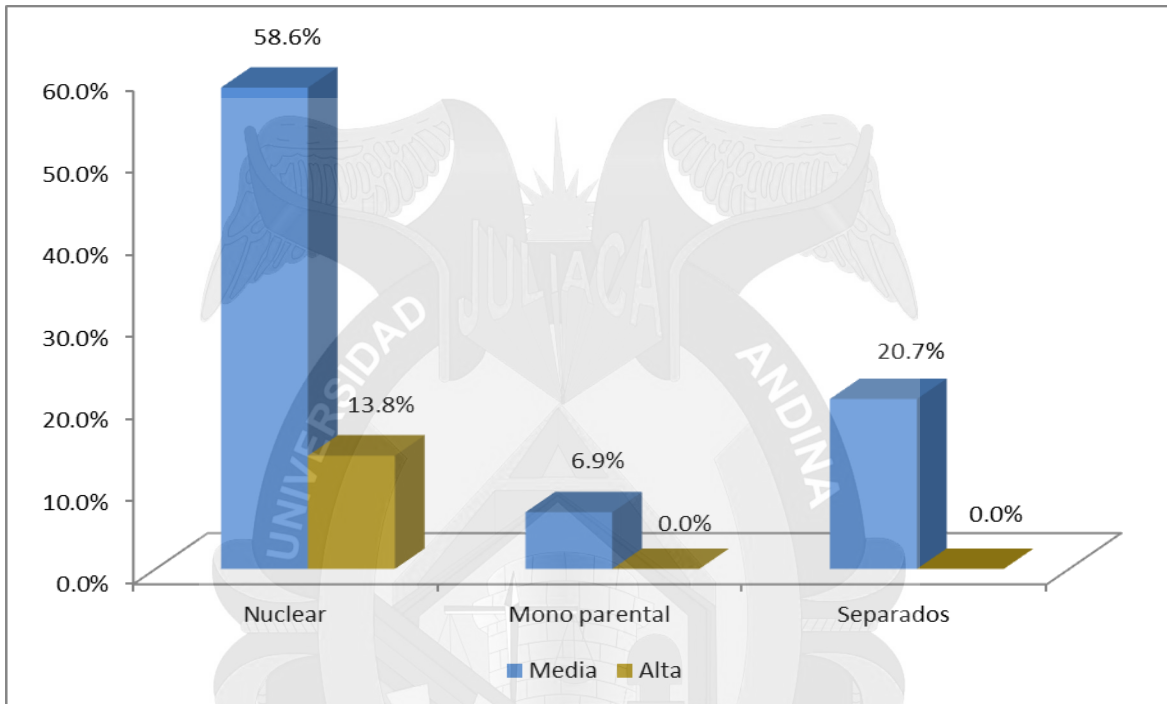
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Tipo de familia	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Nuclear	34	8	42
%	58.6%	13.8%	72.4%
Mono parental	4	0	4
%	6.9%	0.0%	6.9%
Separados	12	0	12
%	20.7%	0.0%	20.7%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 07

TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014



Fuente: tabla N° 07

RESULTADO:

La tabla N° 07 refiere acerca del tipo de familia al que pertenecen los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. De ellos, el 72.4% pertenece al tipo de familia nuclear, continuado por aquellos pacientes con tipo de familia monoparental (19%). Mientras que el 8.6% de tales adolescentes provienen de familias extensas. Aparentemente se visualiza que solo los adolescentes con intento de suicidio provenientes de familias nucleares denotan en cierto modo algunos de sus integrantes alto nivel de resiliencia. Para

corroborar lo mencionado, recurrimos a la prueba de hipótesis de una tabla de contingencia.

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,709 ^a	4	,005
Likelihood Ratio	16,567	4	,002
Linear-by-Linear Association	10,255	1	,001
N of Valid Cases	58		

a. 6 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

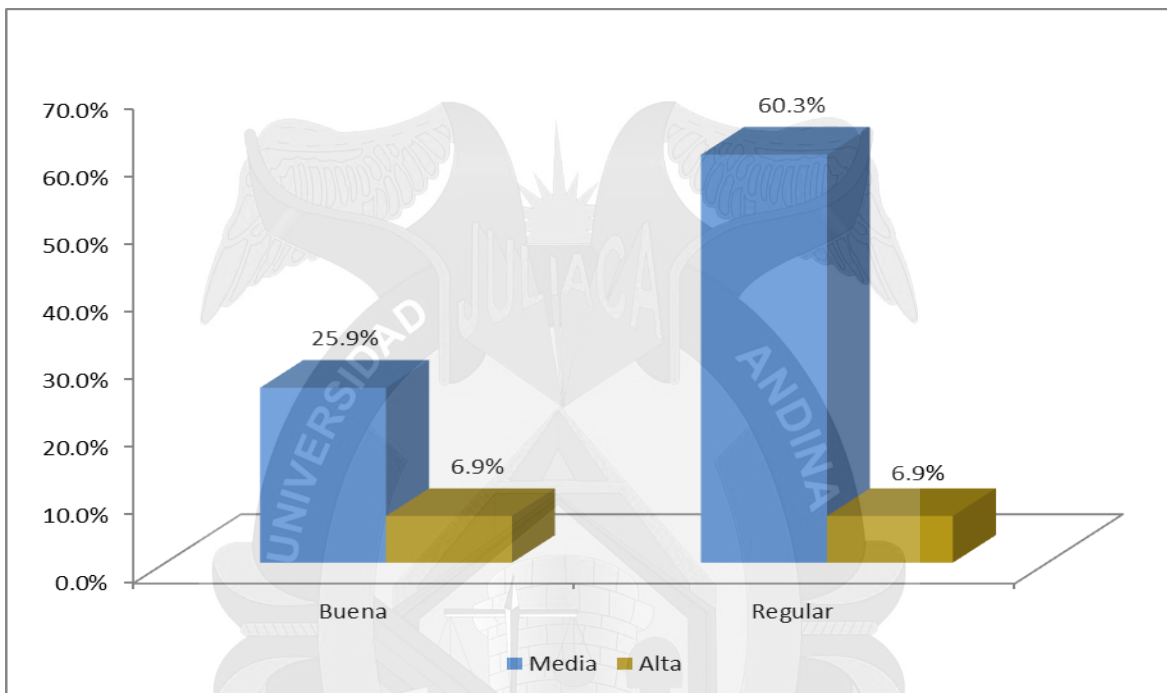
La prueba chi cuadrada denota que si existe relación entre el tipo de familia y el nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.005$) a cuatro grados de libertad.

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Comunicación familiar	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Buena	15	4	19
%	25.9%	6.9%	32.8%
Regular	35	4	39
%	60.3%	6.9%	67.2%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 09**COMUNICACIÓN FAMILIAR TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014**

Fuente: tabla N° 08

RESULTADO:

La tabla N° 08 refiere acerca de la comunicación familiar que tienen los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave. De ellos, el 75.9% asevera que tiene una buena comunicación con su familia. Mientras que el 24.1% de tales adolescentes refiere tener una regular comunicación familiar. Aparentemente visualizamos en los adolescentes que denotan una buena comunicación familiar, no hay presencia del nivel bajo de resiliencia, en oposición a lo dicho los adolescentes con regular comunicación familiar si presentan bajo nivel de resiliencia. Para validar lo expresado recurrimos a la prueba de hipótesis

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,510 ^a	2	,005
Likelihood Ratio	15,056	2	,001
Linear-by-Linear Association	8,326	1	,004
N of Valid Cases	58		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .72.

La prueba chi cuadrada denota que si existe relación entre la comunicación familiar y el nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.05$) a dos grados de libertad.

TABLA N° 09

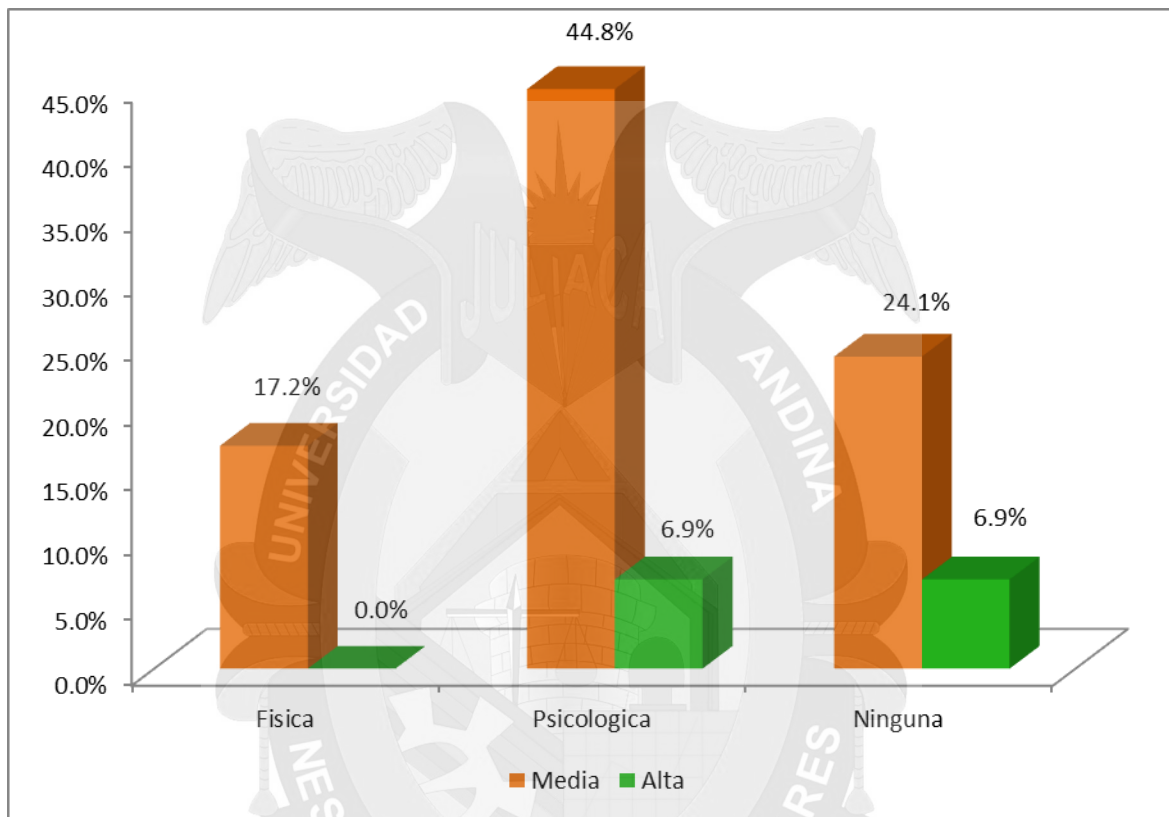
DISTRIBUCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014

Violencia familiar	Nivel de resiliencia		Total
	Media	Alta	
Física	10	0	10
%	17.2%	0.0%	17.2%
Psicológica	26	4	30
%	44.8%	6.9%	51.7%
Ninguna	14	4	18
%	24.1%	6.9%	31.0%
Total	50	8	58
%	86.2%	13.8%	100.0%

Fuente: Encuesta procesada / Elaboración propia.

GRAFICO N° 09

VIOLENCIA FAMILIAR TIPO DE FAMILIA Y NIVEL DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL COLLAO ILAVE, 2014



Fuente: tabla N° 09

RESULTADO:

La tabla N° 09 refiere acerca de la presencia de violencia familiar en los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao Ilave. De ellos, el 62.1% precisa que si existe violencia psicológica en su entorno, continuado por aquellos adolescentes que refieren la presencia de violencia física (19%). Mientras que el otro 19% de tales adolescentes asevera que no existe ningún tipo de violencia en su entorno. Aparentemente apreciamos que los

adolescentes con intento de suicidio con presencia de violencia psicológica denotan en su mayoría un nivel medio de resiliencia. Para confirmar lo versado, acudimos a la prueba de hipótesis

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,189 ^a	4	,037
Likelihood Ratio	14,117	4	,007
Linear-by-Linear Association	9,015	1	,003
N of Valid Cases	58		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .57.

La prueba chi cuadrada denota que si existe relación entre la presencia de violencia familiar y el nivel de resiliencia de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave, lo cual se comprueba con el nivel de significancia ($p > 0.037$) a cuatro grados de libertad.



CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** La mayoría de los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave (86.2%), presentaron un nivel de resiliencia de "Bajo a Medio". Valor que fue probado a un $p = 0.05$, por lo que se considera este resultado altamente significativo.
- SEGUNDA.-** No existe asociación entre los diversos factores sociales como: edad, género, grado de instrucción ocupación y zona de residencia con los diversos niveles de resiliencia en los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. Valor que fue probado con la distribución chi cuadrada para tablas de contingencia.
- TERCERA.-** Si existe asociación entre los diversos factores familiares como: tipo de familia, tipo de relación familiar, comunicación familiar y presencia de violencia familiar con los diversos niveles de resiliencia en los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave. Valor que fue probado con la distribución chi cuadrada para tablas de contingencia a un $p = 0.05$, por lo que se considera este resultado significativo.



RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Sugerimos al director del hospital El Collao llave propicie el diseño de prácticas educativas mediante su personal pertinente , basadas en mensajes hacia los pacientes en los que se señalen sus capacidades más que sus defectos, contribuyendo así a generar una adecuada autoconfianza y autoimagen de sus estudiantes.

SEGUNDA.-Sugerimos al personal pertinente para que aproveche los factores sociales como: edad y grado de instrucción a fin elevar el nivel de resiliencia que presentan los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave.

TERCERA.- Sugerimos al personal pertinente para que aproveche los factores familiares como: presencia de violencia familiar a fin elevar el nivel de resiliencia que presentan los adolescentes con intento de suicidio atendidos en el hospital El Collao llave.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aboal, J. (2003). La Adolescencia en la Postmodernidad. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos/adolpostmoder/shtml#> [2014, 7 de febrero].
2. Aguirre, A. (2002). Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores". Lima Perú.
3. Arthur M, Hawkins DJ, Pollard J, Catalano R, Baglioni A. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. Eval Rev. 2002;26(6):575-601. University of Washington, USA.
4. Barreto, B., Castaño, B., y Mercado A. (2003). Elaboración de una Escala de estimación de la actitud resiliente en niños de 9 a 11 años de las instituciones y Centros Educativos de la ciudad de Sincelejo. Universitaria del Caribe –CECAR.
5. Bernard, J. (1999). Manual de Sicopatología del Adolescente. Barcelona: Masson.
6. Bloomquist, J. (1996). Insecticidas: Químicas y Características. Departamento de Entomología, Instituto Politécnico y Universidad del Estado de Virginia Blacksburg. Virginia.
7. Brown, B. B., Clasen, D. R. & Eicher, S.A. (1996). Perception of peer pressure, peer conformity dispositions, and self-reported behavior among adolescents. Developmental Psychology, 22, 521-530



8. Calderón, G. (1981). Salud Mental Comunitaria. México: Trillas.
9. Carlton-Ford, S. y Collins, W. A. (1988). Family conflict: Dimensions, differential reporting, and developmental differences. Paper presented at the meeting of the American Sociological Association, Atlanta, GA.
10. Casas, M. y González, S. (2009). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. (Pediatría Integral). Lima – Perú.
11. Castañeda, A. (2000), Características psicosociales del adolescente para suicida. Tesis para optar el grado de académico de Doctora. Universidad Femenina del sagrado. Lima.
12. Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Buenos aires: Editorial Paidós.
13. Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E., y Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Revista Cubana de Medicina General Integral, 27(1), 33-41.
14. Cyrulnik, Boris (2001). "Hay vida después del horror". Entrevista realizada por Sophie Boukhari, periodista del Correo de la UNESCO. C:\Documents and Settings\Lamas\Mis documentos\Boris Cyrulnik hay vida después del horror.html
15. Damon, W. (1984). Self-understanding and Moral Development from Childhood to Adolescence. In W.M. Kurtines & J.L. Gewirtz (Eds.), Morality, Moral Behavior, and Moral Development. New York: John Wiley.
16. Davis, J. A., Gunther, A. J., O'Connor, J. M., Richardson, B. J., Spies, R. B., Wyatt, E., y Larson, E. (1991). Status and trends report on pollutants in the San Francisco Estuary. San Francisco Estuary Project, Oakland, CA.



17. Desjarlais, R., y otros (1995). Salud Mental en el mundo. OPS, Washington: OPS.
18. Elkind, D. (1994). Ties that stress: The new family imbalance. Cambridge, MA: Harvard University Press.
19. Fittipaldi, J. (2006). Suicidio en niños y adolescentes. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos11/suni/suni.shtml#su> [2014, 22 de mayo]
20. González, K., Ramos, S., y VEGA, L. (2001). Caracterización de los factores protectores y de riesgo de familias. Corporación Universitaria del Caribe –CECAR.
21. Granada Echeverri, Patricia; Domínguez de la Ossa, Elsy. (2012). Las Competencias Parentales en contextos de desplazamiento forzado. Psicología desde el Caribe, Mayo-Agosto, 456-482.
22. Granada, E. y Domínguez, E. (2014). Las Competencias Parentales en contextos de desplazamiento forzado. Psicología desde el Caribe 201229456-482. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851009>. [2014, 11 de junio].
23. Grotberg, E. (1995). Una guía para promover resiliencia en niños: Tensionando el espíritu humano, proyecto internacional de Resiliencia, Fundación Bernard.
24. Guibert, W. y Alonso, A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev Cubana Medicina General Integral. vol.17, no.2. ISSN 0864-2125.



25. Herbas, V. y Uriel, E. (1999). Incidencia de la intoxicación aguda por órgano fosforado en el Hospital Manuel Núñez Butrón-Puno.
26. Hermoza, R. (2001). Psicología del Usarrollo. Arequipa: Editorial UNSA.
27. <http://www.inei.gob.pe/>
28. <http://www.resiliencia.cl/>
29. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
30. Infante, F. (2005). La resiliencia como proceso: en Resiliencia, Descubriendo las propias Fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
31. King, Lynda A.; King, Daniel W.; Fairbank, John A.; Keane, Terence M.; Adams, Gary A. (1998). Journal of Personality and Social Psychology, Vol 74(2), Feb 1998, 420-434.
32. Ley Nacional 24417. Protección contra la violencia de la mujer. Recuperado en http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/legislacion/Ley%2024%20417%20Violencia%20familiar.pdf [2014, 16 de marzo].
33. Lipovetsky, G. (1994). La era del vacío. Barcelona: Anagrama.
34. Loesel, F. (1992). Resiliencia en Niños y adolescentes. Alemania.
35. Lopez, E. y otros (2000). Resiliencia y violencia política en niños. Buenos Aires: Colección Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
36. Lösel, F y Blieneser, K. (1989). Afrontamiento del Estrés. Alemania: Brambing.
37. Manciaux, M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa.



38. Masten, A.S., Coatsworth, D., Neemann, J. y et al. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Dev.* 66: 1635–1659.
39. Mendoza, I. (2013). Formas de Violencia Intrafamiliar. Recuperado en http://www.seguridad.mendoza.gov.ar/vioi_nfa/fOI_0000.htm [2014, 19 de mayo].
40. MINSA. (2007). Orientación para la atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención. Lima. Perú.
41. Montemayor, R. (1983). Parents and adolescents in conflict: All families some of the time and some families most of the time. *Journal of Early Adolescence* Vol 3(1-2)1983 p.83-103. US: Sage Publications.
42. Nigaranda, J. (2000). *Psicología* (1ª ed.). Lima – Perú.
43. Obiols, A. y Obiols, S. (1995). Adolescencia, posmodernidad y escuela media. Buenos Aires: Kapelusz.
44. Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe de América Latina.
45. Papalia, E. (2000). *Psicología del Desarrollo* (7a ed.). Colombia: Editorial interamericana.
46. Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58:61-96.
47. Prado, R. y Del Aguila, M. (2005). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. Lima-Perú.



48. Rodríguez, R., Pedraza, M. y Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Rev Cub Med Mil*
49. Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In *Handbook of Early Intervention*. J.P. Shonkoff & S.J. Meisels, Eds.: 651–681. Second edition. New York: Cambridge University Press.
50. Salas, H. y López, V. (2000). Factores que influyen en el intento de suicidio en adolescentes en el hospital Goyeneche-Arequipa enero-abril 2000
51. Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
52. Slap, P y otros (1999). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
53. Smetana, J. G., Killen, M. and Turiel, E. (1991), Children's Reasoning about Interpersonal and Moral Conflicts. *Child Development*, 62: 629–644. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01557.x
54. Stocker, C., Dunn, J., y Plomin, R. (1989). Sibling relationships: Links with child temperament, maternal behavior, and family structure. *Child Development*, 60, 715-727.
55. Swedo, F. y otros, (1999). On the Concept of Invulnerabil Evaluation and First Results of the Bielefeld Project. En M. Brambring, F. Löesel & H. Skowronek. *Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention*, (pp. 186-219). Nueva York: Walter de Gruyter.



56. Timkham, R. y Noorc, T. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
57. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1986). The health consequences of using smokeless tobacco. Atlanta, Ga.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control.
58. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid – España.
59. Vanistendael, S. (1994). Resilience: a few key issues. Malta: International Catholic Child Bureau.
60. Vásquez, A. y Guarachi, D. (2012). Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llallagua, Bolivia. Recuperado en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1656/1684> [2014, 25 de enero].
61. Vera, B., Carbelo, B. y, Vecina, M. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, vol. 27.
62. Vera, P. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva.



ANEXOS

FICHA DE CHEQUEO EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES
(GOLDSTEIN 1980)

Instrucciones:

A continuación encontrarás una lista de habilidades sociales que los adolescentes como tú pueden poseer en mayor o menor grado.

Cada una de las habilidades descritas a continuación, tiene los siguientes puntajes:

- 1 si nunca utilizas bien la habilidad
- 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad
- 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad
- 4 si utilizas a menudo bien la habilidad
- 5 si utilizas siempre bien la habilidad

GRUPO 1: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES	Nunca	Muy Pocas Veces	Alguna Vez	A menudo	Siempre
	1	2	3	4	5
1.- ¿Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo?					
2.- ¿Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento?					
3.- ¿Hablas con otras personas sobre personas, sobre cosas que les interesan a ambos?					
4.- ¿Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada?					
5.- ¿Dices a los demás que tu estas agradecido con ellos por algo que hicieron por ti?					
6.- ¿Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa?					
7.- ¿Presentas a nuevas personas con otras (os)?					
8.- ¿Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen?					
GRUPO 2: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS					
9.- ¿Pides ayuda cuando lo necesitas?					
10.- ¿Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad?					



11.- ¿Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica?					
12.- ¿Prestas atención a las instrucciones, pides explicación y lleva adelante las instrucciones correctamente?					
13.- ¿Pides disculpas a los demás cuando haz echo algo que sabes que este mal?					
14.-¿Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mayores y que serán de mayor utilidad que las de otras personas?					
GRUPO 3: HABILIDADES RELACIONADOS CON LOS SENTIMIENTOS					
15.- ¿Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas?					
16.- ¿Permites que los demás conozcan lo que sientes?					
17.- ¿Intentas comprender lo que sienten los demás?					
18.- ¿Intentas comprender el enfado de las otras personas?					
19.- ¿Permites que los demás sepan que tu te interesas o te preocupas por ellos?					
20.- ¿Cuándo sientes miedo, piensas por que lo sientes y luego intentas hacer algo para disminuirlo?					
21.- ¿Te das a ti mismo una recompensa después de algo bien?					
GRUPO 4: HABILIDADES ALTERNATIVAS					
22.- ¿Sabes cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a las personas?					
23.- ¿Compartes tus cosas con los demás?					
24.- ¿Ayudas a quien lo necesitas?					
25.- ¿Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?					
26.- ¿Controlas tu carácter de modo que no se te escapen las cosas de la mano?					
27.- ¿Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista?					
28.- ¿Conservas el control cuando los demás de te hacen bromas?					
29.- ¿Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas?					



30.- ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?					
31.- ¿Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta?					
32.- ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti?					
33.- ¿Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado?					
34.- ¿Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?					
35.- ¿Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y luego haces algo para sentirte mejor en esa situación?					
36.- ¿Manifiestas a los demás cuando sientes que una amenaza no a sido tratado de manera justa?					
37.- ¿Si alguien esta tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir que hacer?					
38.- ¿Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en un a situación particular?					
39.- Reconoces y resuelves la confusión que produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra?					
40.- ¿Comprendes de que y por que has sido acusado y luego, piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?					
41.- ¿Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática?					
42.- ¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagan otra cosa distinta?					
43.- ¿Si te sientes aburrido, intentas encontrar algo interesante que hacer?					
44.- ¿Si surge un problema, intentas determinar que lo causó?					
45.- ¿Tomas decisiones realistas sobre los que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea?					
46.- ¿Determinas de manera realista que tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea?					
47.- ¿Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información?					
48.- ¿Determinas de forma realista cual de tus					



numerosos problemas es el mas importante y cual debería seleccionarse primero?					
49.- ¿Analizas ante varios posibilidades y luego eliges lo que te hará sentirte mejor?					
50.- ¿Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a os que quieres hacer?					

CALIFICACION:

La calificación es un procedimiento simple y directo que se facilita por la estimación que hace el sujeto de su grado de competencia y deficiente en que usa las habilidades sociales, comprendidos en la lista de chequeo el cual esta indicando un valor cualitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ITEM es 5 y el valor de uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala. El puntaje total que varía en función al número de ítems que responde el sujeto en cada valor de 1 a 5, este puntaje como mínimo es de 50 y cómo máximo 250 puntos.

VALOR DE LA ESCALA:

Nivel Alta: Puntuación de Goldstein entre 188 a 250 puntos

Nivel Media: Puntuación de Goldstein entre 118 a 187 puntos

Nivel Baja: Puntuación de Goldstein entre 50 y 117 puntos