UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EFECTO DEL PROGRAMA "DE CARA AL FUTURO" PARA REDUCIR EL RIESGO SUICIDA EN ALUMNOS DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA HUANUCO - 2014

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO

EN PSICOLOGIA

LINA JESARELL CABANILLAS BERAÚN

CESAR GABRIEL BRAVO AVILA

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada en primer lugar a Dios, En especial a mi Padre y mi Madre quienes en todo momento me han apoyado emocional y económicamente. A los docentes por las enseñanzas, y asesoría profesional.

Lina

Dedico esta investigación a mis padres Celia y Arturo, Cuyo amor guía y apoyo me han dado los cimientos para todo lo que hago. A mi hijo Distefano con mucho afecto, quién es mi luz y fuente de inspiración.

Cesar

AGRADECIMIENTO

La investigación se realizó, gracias al apoyo y colaboración de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui" – El Amauta, a los alumnos del 5to año de Secundaria turno mañana y tarde, que tuvieron la voluntad y entusiasmo de participar en el proyecto realizado.

También agradecemos a los Psicólogos Olimpio Inocente Paulino, Jesús Calle Ilízarbe, Doris Godoy Cortez, quienes de forma desinteresada apoyaron la validación del programa "De Cara al Futuro".

Un especial agradecimiento a nuestra Asesora de Tesis Yessica Rivera Mansilla, quién en todo momento fue nuestra impulsora para continuar con el proyecto, por el profesionalismo y exigente trabajo.

INDICE

Dedicatoria
Agradecimiento

	Pág.
Resumen	6
Introducción	7
I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del problema	9
1.2 Formulación del Problema	11
1.3 Objetivos	
Objetivo General	12
Objetivo Específico	12
1.4 Hipótesis	12
1.5 Justificación	13
1.6 Limitaciones	14
II MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes históricos del suicidio	15
2.2 Fundamentación Teórica	30
2.3 Definición de términos	36
2.4 Bases teóricas	39
III ASPECTOS METODOLOGICOS	
3.1 Tipo de investigación	69
3.2 Nivel	69
3.3 Método	69
3.4 Diseño	70
3.5 Proceso de muestreo	70
3.6 Variables	72
3.7 Técnicas e instrumentos de recopilación	73
3.8 Técnica de procesamiento de datos	74
3.9 Instrumentos de estudio	74
IV RESULTADOS	
4.1 Presentación de cuadros y figuras	77
4.2 Prueba de hipótesis	84
V DISCUSION	87
VI CONCLUSIONES	90
VII RECOMENDACIONES	92

Referencias bibliográficas
Anexos

RESUMEN

Los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen un serio problema de salud mental pública en todas las clases sociales. El suicidio es la segunda causa de muerte en la población joven, después de los accidentes de tránsito; las estadísticas de centros de salud e investigaciones, indican porcentajes preocupantes, esto ha despertado un gran interés en los profesionales de la salud, maestros, por estudiar las causas sociales y realizar la debida intervención. Por otro lado, existe todo un conjunto de factores que constituyen serias dificultades en el manejo asistencial de estos adolescentes, por lo que ha sido un impulsor para la investigación y la aplicación del programa "De Cara al Futuro". La investigación realizada por Lobon (2008), sobre la proporción de riesgo suicida en centros educativos del distrito de amarilis, ubicó en segundo lugar con riesgo suicida a la I.E "José Carlos Mariátegui"; es por esto que se ha visto a bien desarrollar el programa "De cara al futuro" para reducir el riesgo suicida en alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. – "El Amauta". El nivel de la investigación es explicativo, el tipo es tecnológico, el método experimental y el diseño es de pre y post test de un solo grupo. Como primer paso se efectuó una evaluación a los adolescentes de todos las secciones del 5to año del nivel secundario, con la escala de riesgo suicida Plutchik (adaptada 2012), seleccionando a los adolescentes con riesgo suicida, es decir a aquellos que obtuvieron como resultado un puntaje mayor a 6 o la respuesta afirmativa en el ítem 15. Seguidamente, se procedió a ejecutar el programa ya mencionado, el cual consta de 7 sesiones, que consisten en los siguientes temas considerados pertinentes: Autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones, toma de decisiones y proyecto de vida. Una vez culminados los talleres se procedió a evaluar con el post test a los participantes, finalizando con una comparación de resultados en los cuales se observó la efectividad del programa al reducir el riesgo suicida en un 18.18 % en el grupo de participantes seleccionados.

INTRODUCCION

La etapa de la adolescencia presenta muchos cambios, en el área cognitivo, afectivo, físico, por lo cual el adolescente muchas veces se siente confundido, sorprendido, sin tener una forma definida de cómo actuar frente a episodios nuevos y muchas veces afrontándolas de la manera inadecuada.

La OMS refiere que cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, lo que eleva a un millón anual la cifra de aquellos que deciden acabar con su vida, una epidemia que cada vez más se extiende a los jóvenes. (OMS 2012).

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la organización mundial de la salud (OMS, 2004). (Citado por Lobon R., Noreña D & Espinoza Y., 2008)

Los resultados que observamos a nivel mundial son alarmantes es así que nos llamó a tomar conciencia de la realidad actual de los adolescentes y realizar un programa denominado "DE CARA AL FUTURO" para la intervención en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa El Amauta "José Carlos Mariategui". En primer lugar el propósito fue detectar aquellos adolescentes en riesgo suicida, utilizando la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada 2013), luego se aplicó el programa con la finalidad de reducir el porcentaje de alumnos que tienen riesgo suicida, a través de talleres participativos, vivenciales, fomentando los factores protectores y reduciendo los factores de riesgo. Finalmente

se aplicó el post test de tal manera que comparando entre ambos resultados se pudo determinar la efectividad del programa aplicado.

El presente proyecto está conformado por 4 capítulos y está organizado de la siguiente manera: primer capítulo encontramos al "Problema de Investigación", desde la descripción de los sucesos en el contexto mundial, nacional y regional, la influencia de la globalización en el tema de investigación y los antecedentes que pudieran haber referente al problema, se define el objetivo general y los específicos de la investigación, la respectiva justificación del trabajo a investigar así también se hace mención de la viabilidad del proyecto y las limitaciones. Por otro lado como segundo capítulo tenemos al "Marco teórico" en el que se detalla y desarrolla los contenidos teóricos y modelos a los que se ajustan el constructo del problema a investigar en este caso el riesgo suicida, las definiciones conceptuales y operacionales de las variables y elementos empleados en el proyecto, las hipótesis en sus dos aspectos las sustantivas y estadísticas referidas al efecto del programa en la variable dependiente. En el tercer capítulo denominado "el marco metodológico", se incluye la población de estudio (adolescentes del 5° año de secundaria). La obtención de la muestra fue mediante el procedimiento probabilístico, con el tipo de investigación tecnológica, el método experimental y el diseño de un grupo con pre y pos test. Y por último mencionamos el cuarto capítulo que viene a ser los resultados" en el que se detallan los datos estadísticos, las tablas, la discusión, conclusión y recomendaciones; finalmente están los anexos, incluye la matriz de consistencia, los instrumentos de medición, el programa de aplicación y el plan de tabulación.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

La globalización es un sistema mundial con tendencia a intercambiar mercado, tecnología, cultura, ideología y creencias religiosas con otros países fortaleciendo la integración e interacción. Es así que estos fenómenos repercuten en la vida del ser humano, como consecuencia surge la internacionalización cada vez más acentuada en vínculos políticos, económicos y sociales.

En el aspecto cultural, se caracteriza por un proceso que interrelaciona las sociedades y culturas locales en una cultura global (aldea global), al respecto existe divergencia de criterios sobre si se trata de un fenómeno de asimilación occidental o de fusión multicultural. En lo tecnológico, la globalización depende de los avances en la conectividad humana (transporte y telecomunicaciones) facilitando la libre circulación de personas y la masificación de la tecnología de la información, comunicación e internet. (Camarena C., Natividad C & Jaimes K., 2011)

Este fenómeno ha traído consigo consecuencias no solo económicas Y tecnológicas, sino que con ello vinieron las consecuencias en la salud de la persona, para muchos puede ser beneficiosa la globalización pero para otro grupo de pobreza, este fenómeno les traerá más pobreza, contraponiéndose al concepto de globalización el cual busca libertad, democracia y la oportunidad de desarrollo.

Este fenómeno de la globalización al abrir las puertas de la tecnología a una nueva economía, competencia laboral y demás cosas nos da también una realidad en la que tendremos que vivir con mucho más estrés, traerá consigo también la puerta quizás a nuevas enfermedades o al aumento de malestares que no eran tan

frecuentes en nuestro país, toda esta realidad globalizada pone a muchas personas en una situación de vida agitada, el cual exige adaptarse a la nueva realidad, cambiando muchas veces sus hábitos y estilos de vida, los cuales en muchos casos pueden ser perjudiciales para su salud mental, decimos entonces que la salud mental no es meramente la ausencia de una enfermedad sino que involucra muchos otros factores. (Alcántara L., Urbano F., Pagán J., 2014)

La salud mental es la expresión de un conjunto de factores protectores, condicionantes, determinantes, precipitantes y de sostenimiento, de naturaleza integral que se manifiesta en el bienestar subjetivo de la persona, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente. El desequilibrio de estos factores se expresa en desajuste mental. La salud mental es una dimensión inseparable de la salud integral, es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integridad social. (MINSA., 2005).

Los problemas que aquejan a las personas pueden llevar a resultados fatales, donde el suicidio puede ser un medio de escape para estas personas la OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual P., et al.2005).

Todas las personas están siempre sometidas a distintos problemas, los cuales afectaran tanto emocional, física como psíquicamente, y todo ello ocasiona un riesgo para que un sujeto pueda cometer el acto suicida, por tanto, el riesgo

suicida serian situaciones o experiencias que llevan a una persona a ser más vulnerable, a cometer un acto suicida.

Lobón R., et al (2008) encontraron en el distrito de Amarilis en los alumnos de secundaria, que la población con más riesgo suicida son la I.E. Cesar Vallejo que presentó un 20.6% y la I.E. José Carlos Mariátegui "El Amauta" un 19% de riesgo suicida.

Así mismo encontramos la aplicación de un programa "Vida Nueva" en el riesgo suicida realizada por Lázaro R., (2011) en la I.E "El amauta" hallando una reducción del riesgo de 30 %.

Ante dichos antecedentes e investigaciones, no podemos ser insensibles de esta problemática, por ello consideramos que es importante elaborar un programa que cumpla las características de manejar, controlar los factores de riesgo y fortalecer aquellos factores protectores, con la función de reducir el riesgo suicida en el adolescente. La aplicación de este programa se realizó en alumnos que presentaron riesgo suicida, del 5to año de secundaria de la Institución "José Carlos Mariátegui" – "El Amauta" 2014

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el efecto del programa "De Cara Al Futuro" en el riesgo suicida de los alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. El Amauta "José Carlos Mariátegui", Huánuco 2014?

1. 3 OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el efecto del programa "De Cara al Futuro" en el riesgo suicida, en una muestra de alumnos del 5to año de secundaría de la I.E. "El Amauta – José Carlos Mariátegui", Huánuco – 2014.

ESPECÍFICOS

- Identificar el riesgo suicida antes de la aplicación del programa "De Cara al Futuro" en los alumnos del 5to año de la I.E. El Amauta "José Carlos Mariátegui", Huánuco - 2014
- Aplicar el programa "De Cara al Futuro" en los alumnos de la I.E. El Amauta "José Carlos Mariátegui", Huánuco - 2014
- Identificar el riesgo suicida después de la aplicación del programa "De Cara Al Futuro" en los alumnos de la I.E. El Amauta "José Carlos Mariátegui", Huánuco - 2014
- Comparar los resultados del pre y post test del riesgo suicida en los alumnos del 5to año de la I.E. "El Amauta "José Carlos Mariátegui", Huánuco – 2014.
- Explicar los resultados encontrados en la presente investigación.

1.1 HIPOTESIS

Luego del análisis de la bibliografía existente y los antecedentes, respecto a la efectividad de programas en el riesgo suicida, formulamos las siguientes hipótesis.

HIPOTESIS SUSTANTIVA: Si aplicamos el programa "De Cara al Futuro", entonces se disminuirá el Riesgo Suicida en los alumnos adolescentes del 5° año de secundaria de la I. E. José Carlos Mariátegui, Amarilis – Huánuco 2014.

ESTADISTICA:

$$H_0 = U1 \leq U2$$

$$H_i = U1 > U2$$

LEYENDA:

U1: Media poblacional del Riesgo suicida en el Pre-test.

U2: Media poblacional del Riesgo suicida en el pos-test.

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Los datos obtenidos por la OMS y el MINSA, son preocupantes porque pone en evidencia la magnitud del problema del suicidio o intento de suicidio.

A través de esta investigación pretendemos identificar a aquellos adolescentes que se encuentren en riesgo de actuar determinantemente atentando contra su integridad física. A partir de esto se realizara un programa de intervención teniendo como principio reducir aquellos factores de riesgo con características individuales, aplicando técnicas cognitivas, conductuales mediante los talleres participativos.

La función del psicólogo es diversificado, dentro de ella encontramos la tarea preventiva, enfocado a identificar y reducir los patrones de riesgo ya que la

personalidad del sujeto con ideación suicida es de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.

Siendo conocedores de la problemática social, se ha visto necesario promover la salud mental para reducir el riesgo suicida en los alumnos de la I.E El Amauta "José Carlos Mariátegui" a través de esta investigación.

1.6 LIMITACIONES

- No existen suficiente información física (libros, investigaciones) acerca del tema en específico Riesgo Suicida.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Según OMS (2004). El suicidio, cada vez tiene un rostro más joven. El suicidio en adolescentes ocupa un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud. (Lobon R et al., 2008)

Rosselló, J & Berríos, M., (2004) en su investigación de "Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as", en este estudio correlacional participaron 113 adolescentes, 61 féminas y 52 varones. De esta muestra clínica, 49% provenía de escuelas públicas y 51% de escuelas privadas del área metropolitana de San Juan. Sus conclusiones fueron que los resultados obtenidos mostraron una relación significativa entre las variables de ideación suicida, depresión y autoestima; Esto sugiere que existe una asociación entre la baja autoestima, la sintomatología depresiva, y el riesgo de ideación suicida. Se encontró una relación significativa entre ideación suicida y eventos de vida negativos. Esto sugiere que a mayor presencia de eventos o experiencias negativas por las que atraviese el/la adolescente, existe una mayor probabilidad de que éste/a presente algún tipo de ideación suicida. Los hallazgos de esta investigación sugieren que existe una relación significativa entre las actitudes disfuncionales y la ideación

suicida. Se obtuvieron altos porcentajes de ideación suicida en esta muestra clínica. Se encontraron diferencias entre los/as adolescentes que reportaron altos niveles de ideación suicida y aquéllos/as que reportaron bajos niveles de ideación suicida. Los/as que reportaron niveles altos de ideación suicida reportaron además altos niveles de depresión, bajos niveles de autoestima y la presencia de más eventos de vida negativos. Al preguntarle a estos/as adolescentes cuáles fueron los eventos que habían experimentado en los últimos 12 meses, los que obtuvieron mayor porcentaje fueron: dificultades económicas, rompimiento con novio/a, y dificultades o conflictos con algún miembro de la familia

Según informó la Organización Mundial de la Salud (2012), cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, lo que eleva a un millón anual la cifra de aquellos que deciden acabar con su vida, una epidemia que cada vez más se extiende a los jóvenes.

En otra investigación de González-Forteza C., Berenzon-Gorn S., Tello-Granados AM., Facio-Flores D & Medina-Mora Icaza ME., (1998) "Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes", El estudio fue transversal y ex-post-facto. Se analizó la información de dos muestras: 1 712 mujeres, estudiantes de enseñanza media –secundaria– y media superior –bachillerato– (muestra escolar representativa en el D.F.), y 30 adolescentes mujeres internadas por intento suicida (muestra clínica), su conclusiones fueron que la prevalencia, tanto de presencia como de persistencia de ideación suicida, fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo, 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días. Las características sociodemográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntajes de ideación fueron: cursar

secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. En la muestra clínica se analizaron las características que distinguieron a las jóvenes con un intento suicida, de aquellas con dos o más; las más significativas fueron: vivir solas con uno de sus padres y pensar en que su muerte sería posible.

Las causas exactas del porqué de este cambio en esta tendencia no la sabemos. Es un fenómeno que afecta a todos los países y que va en aumento, pero las razones principales no las conocemos, son muchas, variadas y cambian mucho de caso a caso.

Durkheim (1985) afirmaba que las conductas suicidas aumentaban con la urbanización. Las tasas de tentativas suicidas son más elevadas en las áreas urbanas, y estas son aún más altas cuanto mayor es el número de habitantes de la ciudad, de manera que las tasas de suicidio tienden a ser proporcionales al tamaño de la ciudad Gonzáles (1997). (Citado por Camarena C et al., 2011)

En un artículo de investigación de Salvo, L & Melipillán, R., (2008) "Predictores de suicidalidad en adolescentes", Se administró la escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet a 763 estudiantes de enseñanza media. Concluyeron que 19,1% cometió intentos suicidas y 17,9% había pensado muchas veces en terminar con su vida. Existe diferencia en la relación entre género y suicidalidad, siendo mayor en mujeres. Edad e impulsividad se relacionan directamente con suicidalidad; autoestima, cohesión familiar y apoyo social inversamente. Los predictores explican 33,8% de la suicidalidad; contribuyendo en el siguiente orden de importancia: autoestima,

género, impulsividad, cohesión familiar, apoyo social y edad. Los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad.

En los estudios realizados por Pfeffer & Plutchik, en muestras de niños hospitalizados y no hospitalizados o "normales", revelan que ambas poblaciones, con relación a las conductas suicidas no son similares. En dicha investigación se compararon dos grupos de pacientes ingresados versus no ingresados de 06 a 12 años de edad. Los resultados indicaron que ambos grupos se diferenciaban significativamente presentando los niños ingresados mayor severidad en las conductas suicidas y en los métodos empleados en las tentativas de suicidio López (2007). (Citado por Camarena C et al., 2011)

En la tesis de González, J., (1995) "tentativas de suicidio en la adolescencia", La muestra estaba constituida por 54 adolescentes (edad comprendida entre los 13 y 18 años) atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid por presentar una tentativa de suicidio. Sus conclusiones fueron a) En la adolescencia las tentativas de suicidio son realizadas fundamentalmente por mujeres de 14 y 15 años mediante la autointoxicación con medicamentos b) En la adolescencia predominan las tentativas suicidas de carácter impulsivo, es decir, sin planificación suicida previa c) Casi un 40% de los jóvenes habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno d) Las discusiones con los padres son los factores desencadenantes más frecuentes (38.8%) e) Se constató la existencia de antecedentes suicidas familiares en el 26% de los adolescentes f) el 64.8% de los casos se llegó a establecer un diagnóstico psiquiátrico según criterios CIE-10, siendo los diagnósticos más frecuentes los

episodios depresivos y los trastornos de adaptación g) Los adolescentes con T.S. han sufrido más pérdidas parentales precoces y han tenido durante el último año un mayor número acontecimientos vitales estresantes y de mayor intensidad h) Los adolescentes con tentativa suicida tienen frecuentemente un concepto más agradable de la muerte y son fundamentalmente introvertidos, ansiosos, reservados, poco integrados y emocionalmente inestables.

Se estima que 1 de cada 5 adolescentes norteamericanos considera seriamente el suicidio; entre un 5 y un 8% de adolescentes realiza un intento suicida, representando aproximadamente 1 millón de adolescentes, de quienes casi 700.000 recibe atención médica por este hecho; y que aproximadamente 1.600 adolescentes mueren por suicidio consumado Considerando estas cifras, el suicidio fue la 3ª causa de muerte en los grupos etarios 10 – 14 y 15 – 19 años en los EEUU durante el año 2000 (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). (Citado por Rivadeneyro A., Solis C & Visag J., 2011)

En el estudio de Chamorro, E & Cristancho, D., (2010) "estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales", contó con una muestra de 585 estudiante de instituciones educativas oficiales y privadas de la ciudad de Ipiales, de edades comprendidas entre 10 y 19 años. Sus conclusiones fueron que hay una alta prevalencia de conducta suicida, el 32,4% presenta alguna conducta suicida, de los cuales el 16,7% presento ideación, el 3,1% planeo suicidarse y el 12,6% lo intento en algún momento. Los grupos etarios que presentan mayor riesgo frente a las conductas suicidas son la pre-adolescencia (16.1%) y la adolescencia media (39%), con esta afirmación los grados que presentan mayor índice son 10° (58,1%) y 11° (55,6%). La presencia de

conducta suicida y de problemas psicológicos o emocionales en el evaluado o sus seres queridos son los eventos vitales que tienen la relación más altamente significativa con la conductas suicidas, (...). El pertenecer a una familia compuesta y convivir con la madrasta y los hermanastros está relacionado significativamente con las conductas suicidas, además un muy mal desempeño en el área familiar indica un riesgo alto de presentar alguna conducta suicida y en lo que corresponde a la imitación, se halló que conocer a alguien que haya incurrido en el suicidio incide significativamente respecto a cualquier tipo de conducta suicida, en especial si es el padre, la madre o los hermanos. Los métodos suicidad más empleados se encontró al corte con objetos filudos, el ahorcamiento y el ahogamiento como los principales. El terminar con los problemas y dejar de ser carga a los demás son los objetivos suicidas que pretenden alcanzarse. Entre los hombres y mujeres que buscaron una fuente de apoyo, el 21,4% acudieron a los amigos, sin embargo, se presenta una diferencia en cuanto a género, pues el 12,2% de las mujeres buscaron apoyo de un profesional y el 22,7% de los hombres seleccionaron apoyo espiritual.

Así mismo se debe ser concientizar de que todos somos propensos a este problema de desorden psicológico, pero en los últimos años se ha visto que son las damas las que más optan por esta "medida", en el caso de un hospital un 70% en promedio de los casos son de mujeres y el 30% restante se da en varones. Las edades promedios de las personas suicidas en un 80% de pacientes oscilan entre las edades de 15 a 20 años y un 20% tienen de 20 años a más. Esto porque la etapa de adolescencia es una de las etapas del ser humano más complicadas en donde los chicos necesitan sentirse queridos, protegidos y confiados Viñas (1996). (Citado por Camarena C et al., 2011)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

A nivel nacional tenemos la investigación de Cano P., Gutiérrez C & Nizama M., (2009) "Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonia peruana", contó con una muestra seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios ("La Inmaculada", "Faustino Maldonado" y "San Fernando") de la ciudad amazónica de Pucallpa. Concluyen que de los 530 estudiantes, 263 fueron de sexo masculino (49,6%) y 267 de sexo femenino (50,4%). El 64,3% de la muestra corresponde al grupo de 12 a 14 años y 35,7% al grupo de 15 a 19 años. La mayoría de los jóvenes que participó del estudio vive con sus padres u otros familiares (86,5%), el 1,9% ya formó un hogar y vive con su cónyuge y sólo 1% refiere vivir solo. Del total de la muestra, 33,6% presentó, por lo menos, un cuadro del espectro ideación suicida. El 31,3% ha deseado morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y 18,1% de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento. La prevalencia de vida de algún cuadro del espectro ideación suicida según sexo, muestra que 46,6% de las mujeres refiere haber presentado algún cuadro del espectro en comparación con 26,3% de los varones. Con relación a los grupos etarios, la prevalencia de algún cuadro del espectro ideación suicida fue mayor entre los de 15 a 19 años (48%) en comparación con el grupo de 12-14 años. La conducta violenta se ha manifestado en 18,7% del total de los adolescentes. La prevalencia de esta conducta alcanza la cifra de 26,2% entre los hombres, en comparación con 11,3% de las mujeres. De los 530 escolares de la muestra, 166 (31,3%) desearon morir, 105 (63,3% de los que desearon morir) pensaron en quitarse la vida y 78 (74,3% de los que pensaron en quitarse la vida) intentaron suicidio. Mediante el análisis bivariado, se encontró asociación entre haber pensado en matarse alguna

vez en la vida y pensamiento heteroagresivo. También se mostraron asociadas la ideación suicida y conducta violenta en adolescentes escolares. Con el análisis multivariado se obtuvo, en orden decreciente según fuerza de asociación, que: ser de sexo femenino, tener síntomas depresivos durante las últimas dos semanas y tener conductas violentas se asocian con haber pensado en matarse alguna vez en la vida. No hubo asociación con pensamiento heteroagresivo.

Según el Instituto Gestalt de Lima (IGL), alrededor de 200 personas se han suicidado en el país en el año (2010), siendo uno de los aspectos más preocupantes, que en el 80% de los casos existe la depresión como problema de fondo. Según las estadísticas, los varones se suicidan más que las féminas en relación de tres a uno. Sin embargo, las mujeres cometen más cantidad de intentos que los hombres. En el Perú, se quitan la vida 650 personas al año entre edades mayormente de 15 a 24 años. El suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte, siendo los motivos más frecuentes los conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), problemas mentales (17.6%), problemas económicos (2.2%), enfermedad física (0.8%), también el 90 por ciento de las jóvenes que se quitan la vida tienen problemas mentales no diagnosticados ni tratados oportunamente (Saravia, 2007. Citado por Camarena C. Natividad C. Jaimes K., 2011)

Salinas, J., (2013) en su investigación "Riesgo suicida en mujeres víctimas y no víctimas de violencia familiar, nuevo Chimbote, 2013", contó con una muestra conformada por 104 mujeres, de las cuales 52 eran víctimas de violencia familiar y 52 no víctimas de violencia familiar, cuyas edades oscilaban entre 15 y 45 años de edad. El tipo de investigación empleado fue Descriptiva. En sus conclusiones se

encontró que la diferencia en cuanto a Riesgo Suicida entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia familiar es altamente significativa ($X2 = 49,111$, $gl=1$, $p<.01$). Hallándose que el 67.3% de las Mujeres Víctimas de Violencia Familiar presentan mayor Riesgo Suicida, en comparación a las mujeres No Víctimas de Violencia Familiar, quienes presentan un 1.9% de Riesgo Suicida. Asimismo se halló que factores socio demográficos como el nivel socioeconómico (marginal), estado civil (sin ninguna relación sentimental) grado de instrucción (ninguna y primaria) y edad (15 a 45 años) influyen en el aumento de riesgo suicida en la población de estudio, en especial en el grupo de mujeres víctimas de violencia familiar.

En el estudio publicado por el INSM (1998) se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), psicopatológicos (17.6%), laboral – económico (2.2%), enfermedad física (0.8%). Tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%), y un 23.8% está asociado también con abuso de alcohol y sustancias.

En otro estudio posterior del INSM (2002), se han encontrado que la prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos suicidas es de 30.3% de la población encuestada, este tipo de pensamiento es más frecuente entre las mujeres 40.4% que entre los varones 19.6%, a diferencia del suicidio consumado. En este mismo estudio, se observa una tendencia generacional al incremento de indicadores suicidas. La prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole suicida en el adulto, adolescente y adulto mayor es de 30.3%, 29.1% y 27.8%, respectivamente.

En la investigación de Leal R & Vásquez L., (2012) "Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados", en cuanto a la población de estudio ésta estuvo integrada por los adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Cajamarca matriculados en el año lectivo 2012. Esta asciende, según estimaciones del INSM HD-HN (2003), a 10 054 adolescentes. El tamaño de la muestra de estudio asciende a 638 estudiantes, 50.6% de éstos son varones y 49.4%, mujeres. Asimismo, 45.1% proceden de centros educativos privados mientras que 54.9%, de centros públicos. Concluyen que la ideación suicida, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que alguna vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). Se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes. Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones. Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes. Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio. Mientras respecto a las de estrategias de afrontamiento, la auto-denigración y pasividad que resultó en mayor medid asociada al suicidio.

En el estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (INSM, 2003), para el grupo de mujeres unidas o algunas vez unidas se encontró una prevalencia de vida del deseo de morir del 45.5%. La prevalencia de vida de la conducta suicida es mayor en las mujeres: 3.6% contra 1.7% en los varones.

En el estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana (INSM, 2004), para el grupo de mujeres unidas o alguna vez unidas se encontró una prevalencia de vida del deseo de morir del 39.9%. La prevalencia de vida de la conducta suicida es mayor en las mujeres: 4.8% contra 2.2% en los varones.

En un estudio anterior realizado en el INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29,6%), conflictos familiares (27,6%), conflictos sentimentales (22,1%), etc. Los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39,4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5%); un 23% está asociado también con el abuso de alcohol y otras sustancias MINSA (2004). (Citado por Lobon R et al., 2008)

En el Perú las ciudades con mayores problemas de salud mental son Ayacucho, Puno, Lima, Tacna de Puerto Maldonado de acuerdo al estudio sobre "La salud mental en el Perú" que realizó un grupo de investigadores liderado por el doctor Javier Saavedra, director ejecutivo de la Oficina de apoyo a la Investigación y docencia especializada del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Nugochi"

En la tesis de Villaverde S., Flores D & Flores LL., (2007") "Factores socio demográficos y psicológicos relacionados al intento de suicidio en pacientes

atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud. Iquitos- 2007", La muestra estuvo constituida por 129 pacientes con diagnóstico de Intento de Suicidio. Se utilizó el muestreo Probabilístico estratificado. Su conclusión es que los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 13.0. El 63.3% de sujetos que intentaron suicidarse fueron adultos, 59.7% de sexo femenino, 55.8% no tuvieron pareja, 65.1% no tuvieron empleo, 55.8% presentaron depresión leve, 93.8% autoestima baja, 57.4% disfuncionalidad severa. El 62.8% intentaron suicidarse con órganos fosforados. Las variables relacionadas al intento de suicidio fueron sexo (p= 0.015), edad (p= 0.026), grado de instrucción (p= 0.033), autoestima (p= 0.001), funcionalidad familiar (p = 0.010).

2.1.3 Antecedentes Locales

En la investigación "Efecto del programa "sentido de vida" en el riesgo suicida de estudiantes del 5to de secundaria de la I.E.E "nuestra señora de las mercedes", contó con una población conformada por 153 alumnos de las 4 secciones de 5to año del turno tarde de la I.E.E "Nuestra Señora de las Mercedes" y una muestra de 11 alumnos que cumplieron los 2 criterios del muestreo intencional, sus conclusiones fueron a) del total de estudiantes evaluados de las 4 secciones del quinto año de secundaria (153 alumnos) se encontró que un 22% que equivale a 34 alumnos con riesgo suicida b) los estudiantes que participaron en el programa y estuvieron presente en la primera sesión del programa quedando conformada la muestra intencional por 11 alumnos que asistieron desde la primera sesión hasta la sexta sesión c) el 81,9% de los estudiantes que conforman la muestra intencional presenta puntajes ubicados entre 6,7,8 en la escala de riesgo suicida, siendo el puntaje de corte 6 d) en el pre-test la media aritmética de riesgo

suicida alcanzadas por los estudiantes es de 7.4, en tanto que el pos-test, dicha media disminuye a 4.6, tras el programa de tratamiento e) en la prueba de hipótesis para muestras dependientes se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir la aplicación de la variable independiente ha producido diferencias significativas en el riesgo suicida de los participantes. Por ende el programa aplicado fue efectivo. (Rivadeneyro et al., 2011)

Del mismo modo en la investigación de (Lázaro R., Mendoza J & Boza V., 2011) el "Efecto del programa "nueva vida" en el riesgo suicida en alumnos del quinto año de secundaria amarilis-huanuco-2009", contó con una población conformada por 67 alumnos que cursan el 5to año de secundaria en la Institución Educativa José Carlos Mariategui "El Amauta" del distrito Amarilis-Huánuco 2009 y una muestra de 10 sujetos. Lazaro R et al., (2009) sus conclusiones fueron a) un 40% presenta riesgo suicida en los niveles altos, medios y bajos, índice superior a otras investigaciones realizada en el mismo distrito b) la muestra fue elegida por el método intencional en la I.E José Carlos Mariátegui "El Amauta" de todos los alumnos que cursaban el quinto año de secundaria del turno mañana c) para obtener la muestra y los resultados se utilizó como instrumentos de evaluación, la Escala de Riesgo Suicida Plutchick adaptada en el 2008 por Lobon Fabián, Roberto; Noreña Estrada, David y Espinoza Yanag, Yesmina d) la prevalencia del riesgo suicida es mayor en mujeres que en varones, es así que, 1 de cada 2.5 mujeres presentan riesgo suicida y 1 de cada 3 varones presentan riesgo suicida e) de 10 adolescentes evaluados se analizó cada categoría como un total, es decir en cada categoría se consideró como 100%, donde encontramos dos tipos de familia la mono parental y la completa (ya que no se especificó si es nuclear o no), en la categoría donde viven solo con la madre, el 100% presenta riesgo suicida alto y en

los adolescentes que viven con ambos padres los resultados también son alarmantes ya encontramos de 6 que Vivian con sus padres los 6 (100%) presentan riesgo suicida. Se debería a los problemas familiares, a la falta de una buena comunicación entre los miembros de la familia f) los mayores niveles de riesgo suicida se presentan en adolescentes que pertenecen a las religiones católica (86%) y evangélica (100%) en esta categoría, creemos que esto pueda deberse a la polarización de normas que profesan cada una estas dos religiones g) determinamos que el riesgo suicida se presenta en adolescentes que estudian y trabajan en un 100% y en los que solo estudian en un 77,78%, así mismo la muestra de los que trabajan 1 (100%) es poco significativa por lo que no se puede realizar inferencias mayores.

Huerto, J.P. (2009) en su investigación "Perfil de la personalidad de los pacientes de 16 a 35 años con intento suicido en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco de abril a diciembre 2008", población pacientes hospitalizados por intento de suicidio (...) y una muestra que cumplían con los criterios de inclusión, siendo 60 pacientes con intento de suicidio de 16 a 35 años. Su conclusión fue a) de 60 pacientes evaluados, con diagnóstico médico y psicológico de intento de suicidio, la mayoría pertenece al sexo femenino (71.7%), los varones (28.3%) b) se identificó que edades de los pacientes con intento de suicidio para las mujeres es de 16 a 20 años (35%), mientras que para los varones es de 31 a 35 (11.7%) c) según el grado de instrucciones en los pacientes con secundaria incompleta el 30%, con superior incompleta el 26.7%, mientras que los pacientes con secundaria completa logran 20% d) en lo que respecta el estado civil el mayor porcentaje son los solteros en un 66.7% seguido de los convivientes 16.7% y casados 13.3% e) según la ocupación los de estudiantes en un 46.7%,

seguido de la ocupación empleado en un 18.3% y ama de casa en un 16.7% f) según los factores asociados al intento de suicidio se encontró en mayor frecuencia los problemas de pareja en un 46.7% y problemas familiares 38.3% g) el perfil de personalidad de los pacientes con intento de suicidio se caracterizan por: temperamento melancólico en mujeres y colérico en varones, introvertido (melancólico) y extrovertido (colérico); inestable emocional; depresión, baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza, no tiene esperanza en el futuro; inseguridad con necesidad de cariño; impulsividad; defensivos; falta de confianza con los contactos sociales; evasión; pesimismo; susceptibles a la ofensa y resistencia a la autoridad; dependencia; agresividad; ansiedad; problemas en la identificación sexual; baja autoestima; supervaloración excesiva del medio ambiente con disminución del propio yo; sentimiento de culpa; inmadurez emocional y egocentrismo; dificultad en el control de los impulsos e infantilismo.

En el departamento de Huánuco en el año 2006, se registraron 431 casos de intento de suicidio, con mayor incidencia en adultos jóvenes (20 a 39 años) con 167 casos, en jóvenes (15 a 19 años) se registró 112 casos y en adolescentes (10 a 14 años) se registró 44 casos. En el año 2007, se registraron 701 casos de intento de suicidio, con mayor incidencia en adultos jóvenes (20 a 39 años) y en jóvenes (15 a 19 años). Hasta el tercer mes del 2008 se registró 59 casos de riesgo suicida. (DIRESA, 2008; citado por Lobon R et al., 2008).

Un estudio realizado por Lobon R et al., 2008, en el 2008 determina los factores y prevalencia del riesgo suicida en adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de las instituciones educativas nacionales del distrito de Amarilis - 2008, siendo evaluados 1280 adolescentes, del total de evaluados según grado, del tercer

grado el 24% presenta riesgo suicida y del cuarto grado el 25%. Por otro lado del total de adolescente con riesgo suicida según grado, el 51% al tercer grado. Concluyendo que uno de cada cuatro alumnos sea del tercer o cuarto grado, presenta riesgo suicida. Del total de evaluados según sexo, el 29% de las mujeres presenta riesgo. Y en el sexo masculino el 19% presenta riesgo suicida. Concluyendo que por cada 7 mujeres 2 presenta riesgo suicida; mientras que la proporción de riesgo en varones, es 1 de cada 5. Del total de adolescentes con riesgo suicida, el 70% son mujeres. Del total de adolescentes con riesgo suicida según factores de riesgo predominantes son: los problemas familiares en una proporción 0.30; problemas consigo mismo en una proporción de 0.24; problemas escolares en una proporción de 0.20, el factor menos predominante son los problemas con el enamorado en una proporción de 0.016, y otros factores en una proporción de 0.006.

2.2 FUNDAMENTACION TEORICA

2.2.1 SUICIDIO

La palabra suicidio etimológicamente deriva de los vocablos latinos "sui" y "cedere"; cedere significa "darse muerte", y sui, "sí mismo". El suicidio se puede definir como un proceso que inicia con la ideación suicida, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado. (Castelli & Serrano, 2002).

El suicidio es definido como el acto infringido que determina en la muerte y con pleno conocimiento de sus consecuencias, mientras que, el *intento de suicidio*

(parasuicidio), es el acto que denota una supuesta intención suicida, pero con un resultado no mortal. (Frayre. E., 1994).

Según Puentes-Rosas: "Además de la pérdida directa de la vida, el suicidio debe considerarse un hecho trágico que acarrea daños profundos y prolongados para los familiares y amigos de la víctima, y en algunos casos puede implicar la pérdida del apoyo económico de la familia (pérdida del proveedor de bienes)". (Puentes-Rosas, et. al., 2004). A pesar de ser un acto individual su impacto social no distingue edad ni nivel socioeconómico.

2.2.2 ADOLESCENCIA

La adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la "pubertad", término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín "púberas" y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación.

Sin embargo, en la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven.

Como se observa, los inicios de la adolescencia se conciben, en líneas generales, entre los 11-12 años, pero su culminación que marca el inicio de la juventud, para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18 años.

También es importante enfatizar que, a nuestro juicio, la adolescencia y la juventud constituyen ante todo "edades psicológicas", ya que partimos de considerar el desarrollo como un proceso que no ocurre de manera automática ni determinado fatalmente por la maduración del organismo, sino que tiene ante todo una determinación histórico social, al decir de L.S. Vigotsky, creador del enfoque histórico-cultural sobre el desarrollo de las funciones psíquicas superiores.

Existen autores pertenecientes a la llamada "tercera fuerza" destacan el rol de lo psicológico como principal determinante.

I. S. Kon señala la existencia de tres posibles enfoques en los que quedan contenidas las principales tendencias en la caracterización de estas etapas, con independencia de que dentro de ellos podamos encontrar innumerables variantes. Estos enfoques son el biogenético, el sociogenético y el psicogenético.

Analicemos sus aspectos distintivos, a partir de las consideraciones de algunos de sus más destacados representantes.

El enfoque biogenético aúna aquellas teorías (Stanley Hall, Sigmund Freud, E. Kretschmer y E. Haensch, entre otros) que consideran la maduración de los procesos biológicos como base del análisis de los restantes procesos del desarrollo. Estos últimos, se conciben como derivados o en estrecha relación con los primeros.

Para Freud la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que se extiende de los 12 a los 15 años aproximadamente, período en que tras una etapa de latencia en la edad escolar, durante la cual la sexualidad dejó de ejercer sus presiones momentáneamente, se renueva la lucha entre el ello y el yo, ya que los cambios biológicos, reducidos en este caso fundamentalmente a la maduración sexual, vuelven a poner en el centro de atención del individuo su sexualidad. La periodización del desarrollo propuesta por este autor culmina en esta etapa, por lo que no se caracteriza la juventud.

Blum (citado por Grinder, 1990) para los psicoanalistas la adolescencia es un momento de "sturm und drang"; es decir de "ímpetu y borrasca", cuya causa primordial es el conflicto sexual. De esta causa se derivan características tales como: sentimientos de aislamiento, ansiedad y confusión, unidas a una intensa exploración personal, que conduce paulatinamente a la definición del sí mismo y al logro de la identidad; también la inconsistencia en la actuación, pues unas veces luchan contra sus instintos, otras los aceptan; aman y aborrecen en la misma medida a sus padres; se rebelan y se someten; tratan de imitar y a la vez, quieren ser independientes. Según Freud (citad por Grinder, 1990), el adolescente es más idealista, generoso, amante del arte y altruista que lo que será jamás en lo adelante, pero a la vez es egocéntrico y calculador.

Por su parte, los representantes del enfoque sociogenético caracterizan estas etapas en función de las regularidades que adopta el proceso de socialización del individuo, estrechamente vinculado a las tareas que le plantea la sociedad a cada momento del desarrollo humano. Este enfoque se encuentra muy vinculado al desarrollo de la psicología social norteamericana.

Para Kurt Lewin, importante psicólogo alemán, que pasó los últimos años de su vida en Estados Unidos, la adolescencia está determinado por el carácter marginal o posición intermedia que ocupa el sujeto en relación con quienes le rodean. Ya no pertenece al mundo infantil, pero tampoco ha alcanzado el estatus de adulto. Esta situación genera contradicciones y conductas extremas: el adolescente por momentos es tímido, otro agresivo, tiende a emitir juicios absolutos y todas estas conductas son, en primer término, consecuencia de su marcada inseguridad.

Lewin al igual que Freud no estableció diferencias entre adolescencia y juventud como etapas del desarrollo de la personalidad, cada una de las cuales posee sus regularidades específicas. Valoró la contribución de lo social en tanto entorno inmediato que rodea al sujeto, sin tener en cuenta otras determinantes más generales de las peculiaridades propias de esta etapa, como son el origen social, la situación económica y la época histórica, por sólo mencionar algunas.

Otro autor, que en nuestra opinión puede enmarcarse en el enfoque sociogenético, es el norteamericano Robert E. Grinder. En su libro titulado "Adolescencia" (1990) parte del concepto de socialización, entendido como ajuste que emprenden los individuos en sus interrelaciones personales para distinguirse unos de otros y adaptarse a la estructura social. La socialización para esta autor es efectiva cuando el sujeto asimila las expectativas sociales, desarrolla de forma habilidosa comportamientos apropiados al rol y hace un uso eficiente de los recursos del sistema social, a fin de lograr las metas propuestas.

Para Grinder en estas etapas el sujeto desarrolla estilos de vida y a través del aprendizaje de roles adquiere las aptitudes necesarias para su futura vida adulta. Este proceso resulta posible por el creciente número de relaciones interpersonales

que establecen los adolescentes y jóvenes, dentro de un ambiente cada vez más amplio, con personas de determinada significación. Al valorar los enfoques biogenético y socio genético coincidimos con I.S. Kon cuando expresa que a ambos les es común el concebir que las fuentes y fuerzas motrices del desarrollo tienen un carácter extra psíquico, haciéndose énfasis, en el primer caso, en los procesos biológicos y en el segundo, en los sociales.

Por último, el enfoque psicogenético sin negar la importancia de lo biológico y lo social, sitúa el centro de atención en las funciones y procesos psíquicos que caracterizan una etapa determinada, destacándose en el caso de algunos autores el desarrollo afectivo (teorías psicodinámicas), en otros el desarrollo cognitivo (teorías cognitivistas) o en opinión de los terceros, el desarrollo de la personalidad como proceso de autorrealización que emana de la propia esencia humana (teorías personológicas).

Un importante representante dentro de las teorías psicodinámicas lo constituye Erik Erikson. Nacido en Dinamarca, su infancia transcurrió en Alemania y su juventud en Austria. Después de terminar sus estudios con Anna Freud viaja a Estados Unidos, donde desarrolla sus trabajos. Discípulo de Freud e influido por la teoría de Heinz Hartmann, clásico de las indagaciones psicoanalíticas sobre juventud e identidad, propuso un sistema de periodización del desarrollo conformado por 8 estadios, de los cuales el 5to y el 6to corresponden a las etapas de la adolescencia y la juventud.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Nos basaremos en el libro nomenclatura en suicidología en clínica. (Moreno N., 2000).

En sentido general el término el suicidio o los suicidios se utiliza para designar, a todos los tipos de fenómenos: ideas, actos, conductas y procesos suicidas, e incluye tanto al intento de suicidio como al suicidio, "en sí". Precisamente para diferenciar la utilización del término suicidio en esta última función, se usa una expresión compuestas: suicidio consumado.

La necesidad de precisión, y no otra razón ha obligado a que se acuñen términos compuestos para referirse a una enorme variedad de fenómenos suicidas que no son los que culminan con la muerte; y con tal procedimiento, lejos de perder rigor, se gana precisión y claridad.

Términos tales como gestos suicidas, intento suicida, suicidio frustrado y suicidio consumado, entre otros, son el resultados de la necesidad de diferenciar varios tipos de fenómenos suicidas de un modo más riguroso.

a. **SUICIDIO:** En suicidología clínica, es la muerte no accidental de uno mismo que resulta del desarrollo exitoso de una acción autodestructiva, por el motivo que fuere, independiente del método utilizado y de la condición mental de quien se elimina. Esta definición incluye los suicidios voluntarios, los compulsivos, los inconscientes y los orgánicos.
b. **SUICIDIO CONSUMADO:** Es cuando el suicida logra su cometido, es decir propiciarse la muerte. Se le denomina también suicidio completo. Es el verdadero suicidio, Strictus Sensus.

c. **INTENTO DE SUICIDIO:** Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, llamar la atención o manipular y obtener ganancias secundarias, y al cual se sobrevive.

Un intento puede fallar pro múltiples causas: porque no existió una firme decisión de hacerlo, por la levedad del intento, pro los medios blandos empleados, pro el desconocimiento de la ineficacia de los medios o por la rápida actuación de otras personas para evitarlo. Siempre que se determine una manipulación consciente del acto no debe registrarse como intento suicida.

d. **SUICIDIO FRUSTRADO**: Es el tipo de tentativa suicida en el cual dado la seriedad de la intención, y la eficacia de los métodos utilizados, quien lo intenta no logra la muerte, por fallas en su ejecución. Pero que, de no haber existido esos factores había alta posibilidad de que se consumara. Es decir que se designa así al más serio intento suicida. Sinónimo de suicidio fracasado y de suicidio no consumado.

Gesto o Ademán suicida: es un intento suicida que se realiza si la serio determinación de producir la autodestrucción. Busca más bien llamar, inconscientemente, la atención. En estos casos el intento es más un medio que un fin.

e. **PARASUICIDIO:** Acto que se parece al suicidio pero que en realidad no lo es, pues el sujeto que la produce no tiene realmente la intencionalidad definida de llevarla a cabo. Puede ser un gesto suicida o manipulación suicida (pseudosuicidios).

El grupo Edimburgo acuñó el término "parasuicidio", para denotar que no es un suicidio frustrado sino una conducta muy diferente

f. **ACTO SUICIDA:** Se denomina así, por definición a la acción, desarrollo o puesta en práctica de una conducta destinada, consciente o inconscientemente a poner fin a la propia vida, a llamar la atención, o a obtener alguna ganancia secundaria a través de su intento.

g. **CONDUCTA SUICIDA:** Es el conjunto de acciones, actividades, comportamientos o actos manifiestos, que por acción u omisión, tienen como propósito producir la muerte no accidental de uno mismo. Se puede originar esta conducta en virtud de una decisión voluntaria, en pulsiones o motivos inconscientes, o en trastornos psicopatológicos que cursan con alteración del pensamiento, de la conciencia o de los impulsos.

h. **IDEAS SUICIDAS:** Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo, añoranza o intencionalidad de morir o de cualesquiera otras vivencias psicológicas suicidas, tal como representación, fantasías o prefiguración de la propia muerte.

i. **EQUIVALENTE SUICIDA:** Se denomina así a la conducta de alto riesgo de muerte, inconscientemente asumida, teniendo como móvil la consecución final de la muerte, o abandonándose pasivamente a esa posibilidad.

j. **PLAN SUICIDA:** Es la programación de los pasos que el potencial suicida concibe que es preciso dar, una vez tomada la decisión para ejecutar y lograr el suicidio. La elaboración del plan puede ser la etapa final, previa a la ejecución del acto suicida. En dicho plan el sujeto establece a veces, como va a delegar sus funciones, dispone de su responsabilidades y bienes. Establece fecha y lugar, escoge el método suicida que usará; escribe a

menudo la nota suicida que dejará tras su muerte, culpando a otros de sus actos e inculpándose así mismo. La existencia de un plan es un indicador de alto riesgo suicida.

k. **POST – VENCIÓN DEL SUICIDA**: Término creado por Schneidman. Se refiere al conjunto de acciones y estrategias desplegadas para intervenir y ayudar a los sobrevivientes: a los demás familiares, y a otras personas que tuvieron una relación significativa con el suicida para prevenir en ellas que se produzca otro suicidio. (Citado por Rivadeneyro A et al., 2011)

2.4 BASES TEORICAS

2.4.1 CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO

El suicidio es un acto con significado individual. Las auténticas razones para tal proceder sólo las conoce el individuo. Sin embargo, es probable que sean más de uno los motivos que empujen a una persona al suicidio.

En la dimensión física, las ideas suicidas producen muchos de los cambios bioquímicos corporales que aparecen en la depresión. Es habitual que los suicidas no coman, ni beban, ni descansen lo suficiente como para conservar los niveles de energía necesarios. Estudios recientes han sugerido la existencia de un vínculo entre

los bajos niveles de colesterol en la sangre y los intentos de suicidio en los varones. Los resultados de un estudio indicaron que los varones con bajos niveles de colesterol tenían el doble de probabilidades de realizar intentos de suicidio médicamente graves (Golier, Marzuk, León, Weiner & Tardiff, 1995). Hasta el momento, no parece existir tal correlación con el colesterol entre las mujeres.

El método elegido para suicidarse varía según el sexo. Los hombres prefieren confiar en las armas de fuego, ahorcarse o ahogarse, en tanto que las mujeres prefieren las sobredosis de pastillas o la inhalación de monóxido de carbono.

La dimensión emocional del suicida está repleta de sentimientos de ambivalencia, culpabilidad, cólera, agresividad, desamparo y desesperanza. La ambivalencia es un estado en el cual el individuo experimenta sentimientos, actitudes o impulsos en conflicto. Para el suicida, la lucha se produce entre la auto preservación (vida) y la autodestrucción (muerte). Es frecuente que los suicidas amenacen con intentar suicidarse y, a continuación, busquen tratamiento, expresando conductualmente sus sentimientos de ambivalencia.

En los suicidas, la ira y la agresividad se dirigen hacia sí mismo. El temor a ser abandonado o rechazado se suma a esta dinámica. Muchas de las personas que se sienten atrapadas en frustrantes relaciones de dependencia suelen reaccionar con una rabia que se vuelve contra ellas mismas de forma lesiva.

La culpabilidad también puede llevar al suicidio. Los suicidas cargan con la culpa del mundo. Se sienten pecadores y sostienen la creencia de que deben haber hecho algo muy malo para merecer sus desgracias. Suelen exagerar su culpabilidad personal hasta que la única manera de subsanar sus propias transgresiones consiste en ofrecerse como sacrificio final.

Para el suicida, la dimensión emocional queda marcada por abrumadores sentimientos de desamparo y desesperanza. Nada de lo que intenta hacer sale como esperaba. Él mismo se vuelve incapaz de funcionar emocionalmente. La vida

se torna poco prometedora y desesperanzada, ya que su significado y propósito escapan al control del suicida. Su autoestima se hunde hasta el nivel más bajo posible.

En la dimensión intelectual, el intenso sufrimiento emocional del suicida le lleva a pensamientos deformados y a ideas de auto frustración. El yo tiende a devaluarse, a valer poco. Todo se vuelve sombrío y depresivo, lo que lleva a una visión negativa y pesimista del futuro. El diálogo interno se vuelve autoderrotista, lo cual se traduce rápidamente en conductas negativas. El pensamiento se centra en uno mismo en vez de orientarse a la resolución de los problemas. ¿Por qué continuar cuando el futuro parece tan poco prometedor?

La dimensión social del funcionamiento incluye la visión que el suicida tiene de los demás. Muchos suicidas suelen depender de la retroalimentación de los demás para reafirmar su propio valor. La autoestima de esta población es muy baja. Sus sentimientos de inferioridad, de ser menos que los demás, interfieren en sus relaciones sociales y les llevan al aislamiento y a la soledad que suelen acompañar al suicida.

En el último área de funcionamiento, la dimensión espiritual, los suicidas luchan con los dilemas culturales, religiosos y éticos que se asocian con la propia aniquilación. Muchos responden culpando a otras personas, a la sociedad o a sus prácticas religiosas. Otros hacen las paces con sus parcelas espirituales y alcanzan la tranquilidad y serenidad espiritual antes de suicidarse. Hay personas que creen que se reunirán con sus seres amados en una nueva vida tras abandonar su realidad. (Lobon R et al., 2008).

2.4.2 CLASIFICACION DEL SUICIDIO

2.4.2.1 EXPLICACIONES SOCIOCULTURALES

Las primeras explicaciones del suicidio enfatizaron su relación con varios factores sociales. Se ha encontrado que los índices de suicidio varían con la ocupación, tamaño de la ciudad de residencia, posición socioeconómica, edad, género, situación matrimonial y raza. Índices más altos son asociados con ocupaciones de cargo alto y bajo (en contraste con el medio), la vida urbana, hombres de mediana edad, personas solteras o divorciadas, y las clases socioeconómicas alta y baja (Hall & Cols, 1970; Weile, 1960). En un trabajo pionero, la socióloga francés Emile Durkheim relacionó las diferencias en los índices de suicidio con el impacto de las fuerzas económicas sobre la persona. (Durkheim, 1897). Propuso tres categorías de suicidio: egoísta, altruista y anímico. (Sue, 1994)

A. **El suicidio egoísta:** resulta de una incapacidad para integrarse a la sociedad. El fracaso en el mantenimiento de vínculos íntimos con la comunidad priva a la persona de los sistemas de apoyo que son necesarios para el funcionamiento adaptativo. Sin dicho apoyo, es incapaz de funcionar de manera adaptativa, la persona se aísla y se enajena de las demás personas.

B. **El suicidio altruista:** es motivado por el deseo de la persona de favorecer objetivos de grupo o lograr algún bien mayor. Alguien puede renunciar a su vida por una causa más elevada (por ejemplo, en un sacrificio religioso o en la protesta política máxima). Las presiones de grupo pueden hacer a este acto algo muy aceptable y honroso.

C. **El suicidio anómico:** resulta cuando la relación de una persona con la sociedad esta desequilibrada de alguna manera dramática. Cuando los horizontes de una persona son ampliados o reducidos de pronto por condiciones inestables, el individuo puede no ser capaz de manejar el cambio o afrontar la nueva posición y puede elegir el suicidio como una "salida". Los suicidios de personas que perdieron su riqueza personal durante la Gran Depresión o que se causaron la muerte después de ser liberados de los campos de concentración al terminar la Segunda Guerra Mundial son casos de este tipo. Del mismo modo, una persona que de pronto y de forma inesperada adquiere una gran riqueza puede ser propensa al suicidio.

D. **Suicidio fatalista:** El autor no le dedica una especial atención al mismo. Pero sin duda lo podemos considerar como aquel que es llevado a la práctica porque existe un exceso de regulación, una opresión sobre el individuo que le conduce, como salida al suicidio (Flaherty, 1991). (Citado por Lobon R et al., 2008)

En nuestra sociedad es más predominante el tipo de suicidio anómico debido al proceso de globalización y su falta de adaptación.

2.4.2.2 ENFOQUE PSICOPATOLOGICO

E. Ringel, distingue tres tipos de suicidas en relación al proceso psicopatológico (Villanda, 1986). (Citado por Lobon R et al., 2008).

A. **Suicidio Impulsivo Sin Factores Inhibidores:** El sujeto es incapaz de soportar una frustración y de prever las consecuencias de una acción.

B. **Suicidio Neurótico:** Corresponde al sujeto con una larga historia de neurosis.

C. **Suicidio por Alteración Psicopática:** En este caso el sujeto amenaza o intenta suicidarse como manera de coaccionar a quienes lo rodean.

En este tipo de casos se necesitaría de un diagnóstico psicopatológico para la prevención del mismo.

2.4.2.3 ENFOQUE PSICOLOGICO

G. Deshaies, distingue cuatro formas de suicidio infantil (Guerra, 1986). (Citado por Lobon R et al., 2008)

A. **Suicidio emotivo impulsivo:** Responde a la modalidad de reacción psico - orgánica el estado infantil, por ser la emotividad infantil viva, fácil y espontáneamente incontrolada. Existe una acumulación de fenómenos emocionales y el sugestivo influjo de un recuerdo conmovedor a la que pueda reaccionar.

B. **Suicidio imaginativo:** El niño imita una acción externa recreándola imaginativamente en su fuero interno, con sentido a veces totalmente extraño al sentido objetivo del acto suicida.

C. **Suicidio pasional:** Va guiado por la pasión, los celos por un hermano, un compañero o un familiar cualquiera.

D. **Suicidio simulado:** Es ejecutado por el niño como un proceso de asimilación ascendente o descendente de un sentido utilitario, en el mecanismo de su entorno social y familiar.

Así mismo podemos inferir que los niños pueden simular el acto suicida sin tener el sentido objetivo de lo que realmente significa el suicidio. (Citado por Camarena C et al., 2011).

2.4.3 TEORIAS DEL SUICIDIO

Dado que el suicidio es un paso final, es difícil comprender todos los factores que llevan a tomar la decisión de acabar con la propia vida. El estudio de la naturaleza del suicidio se denomina suicidiología. Diversas teorías pretenden explicar los orígenes de la conducta suicida.

A. **Teoría psicoanalítica:** afirma que todos los seres humanos tienen en su interior un instinto de vida y uno de muerte. Los suicidas experimentan una gran ambivalencia entre su deseo de vivir y su deseo de morir. La cólera se vuelve contra ellos mismos y cuando los acontecimientos estresantes de la vida activan sus deseos de muerte, el suicidio se convierte en una opción.

B. **La teoría sociológica:** considera la relación que existe entre el número de suicidio en un área determinada y las condiciones sociales de la misma. Estos teóricos creen que las tasas de suicidio se ven afectadas por el apoyo del grupo (o la ausencia del mismo) las transformaciones sociales, las leyes, religión, las sanciones o prescripciones legales y las creencias filosóficas. En resumen, las teorías sociológicas analizaban la repercusión de los factores sociales sobre el suicidio.

C. **Teoría interpersonal:** desarrollada por Sullivan. En esta teoría el suicido se completa como la consecuencia de un defecto en el manejo o en la resolución de los conflictos interpersonales.

Estas tres teorías constituyen en gran medida las bases de los posteriores estudios sobre la naturaleza del suicidio. Sin embargo, las investigaciones más recientes sobre la naturaleza psicobiologica del ser humano están poniendo en manifiesto muchos datos nuevos sobre el suicidio y sus motivaciones (Morrison & Michelle, 1998). (Citado en Lobon R., et al 2008).

2.4.4 SUICIDIO EN CADA CICLO VITAL

Los intentos de acabar con la propia vida se producen en todos los grupos de edad. Aunque las motivaciones para el suicidio pueden variar según el nivel de desarrollo, el acto sigue siendo el mismo: una tentativa de morir. Es importante comprender cómo se utiliza el suicidio en los diferentes ciclos de desarrollo. El reconocimiento y el tratamiento de los problemas que subyacen en las conductas suicidas son mucho más eficaces cuando se inician precozmente. (Morrison, 1998).

2.4.4.1 SUICIDIO EN LA INFANCIA

Aunque la depresión suele ser uno de los componentes del suicidio, en el caso de los niños puede no ser así. Hay expertos que opinan que el suicidio en los niños suele ser más la consecuencia de un conflicto o de una desorganización familiar (Clunn, 1995).

Los niños se suicidan en un grito de socorro para cambiar sus situaciones, o pueden tener un sincero deseo de morir. Los niños con auténticos problemas de salud mental, como trastornos de la conducta, de hiperactividad, déficit de atención o psicosis, tienen un mayor riesgo de suicidio que los demás. Dada la impulsividad de los niños, muchos de los suicidios infantiles no están proyectados. Es frecuente que la pérdida de un progenitor desencadene conductas suicidas en niños en los

que no se fomenta el llanto. Los niños muy pequeños no pueden comprender el concepto de la muerte como estado permanente. Sus deseos de unión con su progenitor perdido pueden llevarles a conductas suicidas. La clave para reconocer los signos de un intento de suicidio se halla en el cambio de conducta del niño. Cualquier niño cuyas actitudes o comportamientos se hayan modificado espectacularmente en un breve período de tiempo, en especial tras un acontecimiento o una situación estresante, es un candidato al suicidio. (Morrison, 1998)

2.4.4.2 SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES

La tasa de suicidios en adolescentes se ha elevado significativamente en los últimos 30 años. Esta tasa casi se ha duplicado entre los 10 y los 19 años, desde un 6,5 por cada 100.000 personas en 1970 a una pasmosa cifra de 12,6 suicidios por 100.000 personas en 1990 U.S. Bureau of Census, (1993). Los varones jóvenes son los más afectados por la violencia y el suicidio en la adolescencia. Estas cifras pueden no reflejar con precisión el número auténtico de suicidios entre los adolescentes, ya que muchas muertes por suicidio se registran como accidentales.

Durante la adolescencia, cualquier problema familiar o social existente desde antes puede continuar empeorando a medida que se van sumando las nuevas dificultades de convertirse en adulto. Si las herramientas o los recursos de afrontamiento son insuficientes, los adolescentes, en especial los que tienen una baja autoestima, pueden contemplar el suicidio como una salida para resolver sus problemas.

Los adolescentes se suicidan cuando perciben que no existe otra salida para sus problemas; los ven como realmente irresolubles, tanto en la actualidad como en el futuro. Así pues, la muerte se convierte en la única salida para estos muchachos.

Parecen ser numerosos los factores que desempeñan un papel en el suicidio de los adolescentes. La depresión, es un escaso control de los impulsos y el aislamiento emocional tienen relación con el suicidio en este grupo de edad. Las relaciones familiares disfuncionales o desorganizadas, como el divorcio o la separación de los padres, pueden resultar devastadoras para muchos adolescentes (Hogarth, 1995). (Citado por Morrison, 1998)

Los problemas sociales con compañeros de la misma edad, el consumo de drogas o alcohol y la falta de relaciones consistentes también se añaden al riesgo de suicidio. Cuando falta seguridad o existen peligros en el entorno, muchos chicos perciben que sus vidas serán breves y que no vivirán hasta convertirse en adultos. Las perspectivas de futuro encierran escasas promesas con una actitud como ésta.

La incidencia de conductas suicidas también está aumentando entre niños y adolescentes con alguna enfermedad crónica. En un reciente estudio realizado con niños y adolescentes con diabetes mellitus insulinodependiente, se llegó a la conclusión de que el riesgo de suicidio era más elevado en este grupo. La mayoría de quienes intentaron suicidarse lo hicieron por algún método relacionado con su diabetes, por ejemplo, una sobredosis de insulina (Goldston et al., 1994). (Citado por Morrison, 1998)

Esta investigación recuerda al personal de salud la necesidad de valorar de manera sistemática en todos los pacientes (incluidos aquéllos con diagnósticos o

problemas médicos) la presencia de ideas suicidas. Hay que detectar los factores de riesgo que puedan pesar en la decisión de un adolescente de suicidarse.

2.4.4.3 SUICIDIO EN LOS ADULTOS

El suicidio es un problema importante en la edad adulta, sobre todo entre varones de raza blanca. Los intentos de suicidio entre las mujeres son tres veces más frecuentes que en los varones, si bien estos últimos son más eficaces en su ejecución. En los varones de 15 a 24 años, el suicidio se sitúa como la tercera causa de muerte (Stanhope & Lancaster, 1996). (Citado por Morrison, 1998).

Entre los jóvenes, el suicidio se produce cuando los individuos son incapaces de afrontar las presiones de la edad adulta. Algunos tienen problemas con sus relaciones interpersonales, como discordias matrimoniales, un divorcio o la pérdida de un ser querido. Otros carecen de recursos personales, son pobres y están hambrientos o insatisfechos con sus vidas. La soledad es un factor importante en los suicidios de los adultos. La pérdida de un familiar o de una relación significativa, ya sea por divorcio o por muerte, incrementa el riesgo de suicidio. Además, ciertas profesiones y ocupaciones se asocian con tasas de suicidio elevadas. Casi todos los suicidios entre adultos se pueden prevenir si sus indicios se descubren a tiempo. No dude en preguntar a los pacientes si piensan alguna vez en el suicidio. La respuesta a esta pregunta puede darle la oportunidad de salvar una vida.

2.4.4.4 SUICIDIO EN LOS ANCIANOS

A medida que aumenta la edad, lo hace la tasa de suicidio. Muchos trabajos señalan claramente que la frecuencia de suicidio entre los ancianos supera a la de otros grupos y que su incidencia sigue aumentando con la edad. (Courage et al.,

1993). El número real de suicidios entre los ancianos es difícil de determinar porque sólo se contabilizan los suicidios activos. Muchos ancianos escogen el suicidio pasivo, negándose a comer, beber o a colaborar en sus cuidados. (Lobon R et al., 2008).

Las causas y los factores de riesgo de suicidio en los ancianos no se conocen bien. Aunque el 75% de los ancianos que se suicidan han tenido contacto con un profesional sanitario durante el mes anterior a su muerte, no se identificó ni se trató su situación de riesgo (Courage et al., 1993). Los ancianos tienden a no comunicar sus intenciones a no ser que se les pregunte directamente, y sus intentos de suicidio son más eficaces. Uno de cada dos intentos acaba en muerte. (Lueckenotte, 1996). (Citado por Morrison, 1998)

La mayoría de los ancianos contempla su muerte de una de estas tres maneras: controlada por Dios, por el médico y el individuo, o sólo por el propio individuo. Los factores de riesgo de suicidio entre los ancianos son la avanzada edad, el sexo masculino, el escaso nivel socioeconómico, el dolor o una enfermedad crónica y el temor a ser dependientes o a estar incapacitados. La carencia de relaciones parece ser un aspecto importante. (Fabián et al., 2008)

Leenaars (1992), refiere estudios que han especulado que la falta de vínculos podría ser la fuerza motriz de muchos suicidios, entre las personas mayores. Otros investigadores opinan que unas circunstancias vitales intolerables son el principal motivo de los suicidios de ancianos.

Las actitudes sociales ante el suicidio de los ancianos varían. Algunas personas opinan que todos los suicidios de ancianos son decisiones irracionales,

basadas en una depresión o en una enfermedad física. Creen que siempre son necesarias intervenciones agresivas. Otras personas contemplan el suicidio entre los ancianos como la última decisión racional, la última acción de control sobre la propia vida. Un teórico (Prado, 1990) describe un suicidio racional o preventivo en el cual la persona puede escoger consciente y racionalmente evitar el previsible ocaso degradante. Diversos autores argumentan a favor del suicidio racional como una elección sensata y honrosa en la ancianidad, así como en otras circunstancias (Moore, 1993). (Citado por Morrison, 1998). El concepto de suicidio racional en EE.UU. está reñido con el sistema

legal (Courage et al., 1993). (Citado por Morrison, 1998), no obstante, hay otros países, por ejemplo, Holanda, en los que el suicidio es una forma aceptable de conseguir una muerte digna. Puede parecer que los interrogantes y las actitudes que plantea el control de la propia muerte son sólo materia para filósofos y para debates de ética médica.

Así podemos decir que el suicidio en cada ciclo vital contiene sus propias características, de las cuales se podría detectar señales de cambio para su prevención o intervención. (Citado por Camarena C et al., 2011)

2.4.5 FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTE

EL Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero (2003), en su libro "Como evitar el suicidio en adolescentes" clasifica los factores de riesgo de la siguiente manera:

2.4.5.1 FACTORES DEMOGRAFICOS O SOCIALES

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término "shock cultural" para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- ✓ Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- ✓ Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- ✓ Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- ✓ Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- ✓ Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- ✓ Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres,

problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

2.4.5.2 SITUACION FAMILIAR Y EVENTOS VITALES ADVERSOS

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- ✓ Presencia de padres con trastornos mentales.
- ✓ Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disóciales en algunos de sus miembros.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- ✓ Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- ✓ Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- ✓ Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.

- ✓ Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- ✓ Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio. Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- ✓ Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- ✓ Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- ✓ Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- ✓ Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- ✓ Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- ✓ Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- ✓ Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- ✓ Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- ✓ Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- ✓ Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el

otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.

- ✓ Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. Es muy posible que usted pueda incrementar esta lista con experiencias conocidas.

2.4.5.3 PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE QUE CONSTITUYE UNA PREDISPOSICIÓN A COMETER SUICIDIO

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

Depresión. Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- ✓ Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- ✓ Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- ✓ Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
- ✓ Intranquilidad.
- ✓ Falta de concentración.
- ✓ Irritabilidad, disforia, malhumor.
- ✓ Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- ✓ Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- ✓ Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- ✓ Manifestar deseos de morir.
- ✓ Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- ✓ Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- ✓ Falta de apetito o apetito exagerado.
- ✓ Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- ✓ Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- ✓ Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- ✓ Llanto sin motivo aparente.
- ✓ Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- ✓ Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

Trastornos de Ansiedad. Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes

varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

Manifestaciones físicas: que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.

Manifestaciones psicológicas: entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.

Manifestaciones conductuales: consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Abuso de Alcohol. La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es

físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- ✓ Cambios bruscos de amistades.
- ✓ Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- ✓ Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- ✓ Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- ✓ Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- ✓ Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.

Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Trastorno Disocial de la Personalidad. Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

- ✓ ***Agresión a personas y animales:*** con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual
- ✓ ***Destrucción de la propiedad social:*** ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- ✓ ***Fraudulencia o robo:*** ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin

enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos)

- ✓ ***Violaciones graves de normas:*** a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

Trastorno de la Alimentación. En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascararse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

1. Anorexia nerviosa en la que se presentan los siguientes síntomas:

   - ✓ Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.
   - ✓ Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.
   - ✓ Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.

2. Bulimia nerviosa que se caracteriza por:

   - ✓ Atracones recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor

cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias.

- ✓ Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- ✓ Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.
- ✓ Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

2.4.6 RASGOS O ATRIBUTOS DE LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE

(Citado por Lobon R et al., 2008) Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- ✓ Inestabilidad del ánimo.
- ✓ Conducta agresiva.
- ✓ Conducta disocial.
- ✓ Elevada impulsividad.
- ✓ Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- ✓ Pobres habilidades para resolver problemas.
- ✓ Incapacidad para pensar realistamente.
- ✓ Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad
- ✓ Sentimientos de frustración.
- ✓ Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- ✓ Elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables.

- ✓ Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- ✓ Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- ✓ Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- ✓ Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- ✓ Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- ✓ Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

2.4.7 FACTORES DE PROTECCION

Según Pérez, S. (2003). (Citado por Lobon R et al., 2008) Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

- ✓ Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
- ✓ Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- ✓ Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas "en las que salga triunfador.
- ✓ Tener capacidad de auto control sobre su propio "des-tino", como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: "Tú eres el resultado de ti mismo".

- ✓ Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- ✓ Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- ✓ Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- ✓ Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- ✓ Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- ✓ Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- ✓ Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- ✓ Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- ✓ Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- ✓ Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- ✓ Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- ✓ Lograr una auténtica identidad cultural.
- ✓ Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- ✓ Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)

- ✓ Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- ✓ Desarrollar una variedad de intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- ✓ Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer. (Citado por Lobon R et al., 2008).

2.4.8 ACTORES SOCIALES COMO FACTORES PROTECTORES

- ✓ **Apoyo y Aprendizaje**

La adolescencia es, por si misma, aprendizaje. Aprendizaje de los adolescentes y aprendizaje de la sociedad sobre sus preguntas e innovaciones. Este aprendizaje requiere apoyo para realizarse a la manera de los jóvenes: experimentando, buscando nuevas sensaciones y cuestionando viejas visiones. Todo proceso de transformación implica riesgos. Los riesgos de la adolescencia pueden ser mitigados –o también aumentados– por la familia, la escuela y la sociedad, que son los tres grandes ámbitos de desarrollo vital y aprendizaje.

- ✓ **La familia**

La mayor necesidad de un adolescente es contar con la confianza de sus padres, especialmente cuando se equivoca. Los padres deben permitir que los adolescentes asuman responsabilidades según su necesidad, aunque ello implique algunos riesgos razonables. Deben hablar mucho con ellos. No dejar

de interactuar bajo ninguna circunstancia, aunque sea difícil. Lo esencial es mantener la comunicación y no suspenderla nunca. Comunicación con amor, con suavidad, con argumentos y razones, sin gritos ni imposiciones, sin interrogatorios ni castigos. La base de la comunicación es la reflexión y las preguntas claves siempre serán: ¿Cómo crees que debes hacerlo? ¿Por qué crees que estuvo bien o mal? ¿Qué aprendiste de esa experiencia? El mayor error de los padres con los adolescentes es imponerles su propio modo de ver el mundo y de actuar. En ese caso los adolescentes se ven obligados a aislarse y todos perdemos los cambios y oportunidades que su creatividad podría ofrecernos.

- ✓ **La escuela**

El adolescente está ansioso por aprender, pero requiere que ese aprendizaje se realice según su necesidad y su ritmo. Para servir a la adolescencia, la escuela debe ser divertida, creativa, experimental y cooperativa. Debe estimular la libertad, el diálogo, la posibilidad de dudar y el desacuerdo. Debe ser respetuosa de todos los derechos. Debe permitir que los estudiantes puedan expresarse, innovar, gastar su energía y formar su personalidad alrededor del deporte, de la música, el baile y el teatro. Debe facilitar la amistad y la recreación. Debe abrir sus puertas a la comunidad circundante. Y, claro, debe continuar transmitiendo conocimientos científicos y culturales, de manera reflexiva, útil y ligada a la vida cotidiana. Cuando la escuela no garantiza las condiciones mencionadas, el adolescente la sustituye por la calle como centro principal de aprendizaje y socialización. Lo peor que puede pasar a la formación de un adolescente es que se retire de la escuela,

porque usualmente no tiene regreso a ella y se le cierran entonces la mayoría de los caminos para desarrollar sus capacidades y mejorar sus oportunidades de bienestar.

- ✓ **La sociedad**

Los adolescentes aprenden en un contexto de actividades que les resultan excitantes porque son novedosas, masivas y creativas. Necesitan por ello que la sociedad les brinde estímulos y espacios para el encuentro, la diversión, la música, el arte, el deporte y la expresión política. Que les brinde toda la información que la vida y la toma de responsabilidades exigen. Necesitan también servicios de orientación y salud adecuados a sus requerimientos y que les garanticen confidencialidad.

Lo peor que la sociedad puede hacer por un adolescente es truncarle su desarrollo, obligándolo a seguir siendo niño cuando ya no lo es o a ser adulto antes de tiempo.

- ✓ Ocurre cuando no se les otorgan libertades y responsabilidades, o cuando debe trabajar para sostenerse, cuando es explotado por alguien, cuando lo prostituyen, cuando le llevan a un lugar de reclusión, cuando tiene que migrar lejos de su entorno o cuando tiene una maternidad o paternidad precoz

2.4.9 CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD DE UN ADOLESCENTE SIN RIESGO SUICIDA

- ✓ ***Actitud positiva***, Resalta los aspectos positivos por encima de los negativos; valoramos los aciertos que los errores, más las cualidades que los defectos, más lo conseguido que las insuficiencias, más el esfuerzo que los resultados, busca el equilibrio entre la tolerancia y la exigencia.
- ✓ ***Reconocer los propios sentimientos y emociones.***
- ✓ ***Se siente capaz de expresar sentimientos y emociones***, Tanto las consideradas las positivos necesitan ser canalizados a través de un medio de expresión. La persona emocionalmente sabe reconocer el canal más apropiado y el momento oportuno.
- ✓ ***Es capaz de controlar sentimientos y emociones,*** Sabe encontrar el equilibrio entre expresión y control. Sabe esperar, tolera la frustración y es capaz de demorar gratificaciones.
- ✓ ***Es empática,*** Se mete con facilidad en la piel del otro, capta sus emociones aunque no las exprese en palabras sino a través de la comunicación no verbal.
- ✓ ***Es capaz de tomar decisiones adecuadas,*** El proceso de toma de decisiones integra lo racional y lo emocional. La emoción impide a veces la decisión. Es importante darse cuenta de los factores emocionales presentes en cada decisión de cara a que estas sean apropiadas.
- ✓ ***Tiene motivación ilusión e interés,*** Todo lo contrario a la pasividad, al aburrimiento a la desidia. La persona es capaz de motivarse ilusionarse

por llegar a metas e interesarse por las personas y las cosas que lo rodean.

- ✓ ***Autoestima adecuada***, Sentimientos positivos hacia si mismo y confianza en sus capacidades para hacer frente a los retos que se encuentre en la vida.
- ✓ Saber dar y recibir.
- ✓ Tiene valores que dan sentido a su vida.
- ✓ Es capaz de superar dificultades y frustraciones aunque hayan sido muy negativas.
- ✓ ***Es capaz de integrar polaridades,*** Lo cognitivo y emocional, el hemisferio derecho y el izquierdo, soledad y compañía, tolerancia y exigencia, derechos y deberes. (Citado por Lazaro R., et al., 2009)

CAPITULO III

ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: TECNOLÓGICA

La investigación tecnológica responde a problemas técnicos, está orientada a demostrar la validez de ciertas técnicas bajo las cuales se aplican principios científicos que demuestran su eficacia en la modificación o trasformación de un hecho o fenómeno. (Sánchez C, Reyes C. 1998)

3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: EXPLICATIVO

Está dirigido a responder a las causas de los eventos físicos o sociales y su interés se centre en explicar por qué y en qué condiciones ocurre un fenómeno o porque dos o más variables se relacionan. Hay predominio de explicación, descripción y correlación. Es aquella que tiene relación causal, no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo. (Sánchez C, Reyes C. 1998)

3.3 METODO DE INVESTIGACIÓN

El método a emplear es el experimental, uno de los métodos fundamentales de las ciencias fácticas, como lo es la Psicología. En este tipo de método se manipula deliberadamente una variable (independiente), se mide el efecto de dicha manipulación en una conducta o proceso psíquico (variable dependiente), todo ello en un contexto del máximo control de variables extrañas, cuyo alcance lo da el diseño experimental.

3.4 DISEÑO METODOLOGICO

Se empleó el diseño pre-experimental de Pre test y Post test con un solo grupo, cuya representación simbólica es la siguiente:

O_1 X O_2

En donde:

O_1: Medición del Riesgo Suicida antes de la aplicación del programa en el Pre- test

X: Aplicación del Programa "DE CARA AL FUTURO"

O_2: Medición del Riesgo Suicida después de la aplicación del programa en el Post - test.

3.5 PROCESO DE MUESTREO

Población: En nuestra investigación, la población fueron 73 alumnos, matriculados en el 5to de secundaria de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui" del distrito de amarilis –Huánuco 2014.

Muestra: La muestra son 22 alumnos del 5to de secundaria de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui" del distrito de Amarilis, adquiridos de modo intencional que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1 TIPO DE MUESTREO: Intencional

El tipo de muestreo que utilizamos es de tipo no probabilístico, ya que no se conoce la posibilidad de cada uno de los elementos de una población de poder ser seleccionado en una muestra (Sánchez y Reyes 1998)

A partir de esto escogimos el muestreo intencionado, el cual consiste en que el investigador puede seleccionar la muestra por opinión o intención particular. (Sánchez y Reyes 1998)

3.5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que hayan sido evaluados con la escala de Riesgo Suicida de Plutchick (adaptada en el año 2012).
- Que cursen el quinto año de educación secundaria en el presente año 2014.
- Que estudien en institución educativa José Carlos Mariátegui
- Alumnos que oscilen entre las edades 15 y 18 años.
- Que los alumnos evaluados con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik obtengan un puntaje mayor o igual a 6, o 1 respuesta afirmativa en el ítem 15
- Ambos sexos masculinos y femeninos
- Alumnos que tengan un óptimo estado de salud.
- Alumnos con asistencia permanente a la Institución
- Su participación voluntaria.
- Que no participen actualmente en un programa terapéutico relacionado a la problemática a tratar.

3.5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que cursen grados menores al quinto año de secundaria.
- Que no estudien en la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui "
- Que no hayan sido evaluados con la escala de Riesgo suicida de Pluchik (adaptada en el año 2012).

- Que sus respuestas en la escala de Riesgo suicida de Plutchik haya sido menor a 6 o respuesta negativa en el ítem 15.
- Alumnos que tengan edades menores y mayores de 15 – 18 años de edad.
- Alumnos con discapacidad física o mental.
- Alumnos que no asistan regularmente a la Institución
- Alumnos que se muestren renuentes al cambio

3.6 VARIABLES

Variable Dependiente

Riesgo Suicida en adolescentes: son situaciones o experiencias que tienen altas probabilidad a llevar a una persona a ser más vulnerable a cometer un acto suicida.

Variable Independiente

Programa "De cara al futuro": constituido por 7 talleres, es un conjunto de técnicas administradas con la finalidad de reducir el riesgo suicida, en adolescentes de la I.E. José Carlos Mariátegui, aplicando un enfoque cognitivo – conductual.

3.6.1 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
VI: *Programa* "De Cara al Futuro"	- Autoestima. - Habilidades comunicativas - Manejo de emociones - Toma de decisiones - Proyecto de vida.	Conjuntos de técnicas y estrategias grupales que favorezcan el trabajo de forma participativa.
VD: Riesgo Suicida	- Aislamiento social. - Dificultad para relacionarse con la gente - Autoagresiones. - Ver el futuro con pesimismo - Sentirse inútil e inservible - Sentirse deprimido - Alguna vez pensó en suicidarse - Perdida o separación de algún familiar o persona cercana a ella/el. - Alguna vez intento suicidarse.	Respuestas dadas por los estudiantes a las preguntas de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Adaptada) 2012

3.7 TECNICAS DE RECOPILACIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

MÉTODOS		TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
DE RECOPILACIÓN DE DATOS	Observación indirecta	Fichaje	✓ Fichas bibliográficas. ✓ Fichas mixtas. ✓ Fichas de resumen.
	Medición	Psicometría	Escala de riesgo suicida de Plutchick

3.8 TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

MÉTODOS		TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	Análisis estadístico	Análisis estadístico descriptivo	Medidas de tendencia central y de dispersión
	Análisis estadístico	Análisis estadístico inferencial	Prueba t de studen para datos pareados

3.9 INSTRUMENTOS DE ESTUDIO (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS Y/O PROGRAMA)

Validez de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik:

NOMBRE: Escala De Riesgo Suicida De Plutchik RSP

NUMERO DE ITEMS: 15 ítems

FORMA DE APLICACIÓN: Individual Y/o grupal

TIEMPO DE APLICACIÓN: Entre 6 y 8 minutos

AMBITO DE APLICACIÓN: Varones y Mujeres de 12 años de edad a más.

PUNTUACIÓN: cada respuesta afirmativa vale 1, el total es la suma de todos los ítems.

Se considera riesgo suicida si llega a los 6 puntos o si al margen de las demás preguntas se responde afirmativamente al ítem 15 con lo cual se considera riesgo suicida de inmediato.

VALIDEZ REGIONAL

La validez de la escala fue hecha mediante Criterio de jueces, los especialistas encargados de la validación fueron:

- CALLE ILIZARBE, Jesús
- INOCENTE PAULINO, Olimpio
- SANCHEZ INFANTAS, Rosario

También se utilizó la validez de contenido en la que se utiliza el análisis por criterio de expertos, para ello se utiliza el método Aiken para ver la concordancia de los expertos en la observación de cada ítem. Este método se realizó en 2 momentos.

Primer momento: los ítems son significativos por tanto válidos, se encontró un ítem poco significativo lo cual se recomienda ser modificado o eliminado, pero que sin embargo no afecta la prueba.

Segundo momento: Los ítems son significativos, por tanto son válidos. Esto significa que de acuerdo a la valides por contenido los ítems son aceptables y válidos.

Se Aplicó también la validez por discriminación; cuanto más discriminativo es el ítem, más representativo será para el test, para ello se utiliza el análisis de Ítem – Total y la correlación Biseral para determinar la discriminación.

Resultados: Los 15 ítems tienen una orientación similar; es decir todos discriminan la misma variable en este caso "el riesgo suicida de Plutchik"; aunque algunos con mayor peso que otros.

CONFIABILIDAD REGIONAL

Confiabilidad Interna: por Alfa de Crombach

$\alpha = (15/14)\ (1 - (2.54/6.38))$ $\alpha = 0.644$

Entonces se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.642; esto indica una confiabilidad promedio.

Confiabilidad Kuder y Richardon # 20, Hallando en la fórmula (II):

KR20= (15/14) ((6.33 – 3.18)/6.33) KR20= 0.588

Se obtuvo; una confiabilidad promedio.

Conclusión final: El instrumento cumple con las propiedades psicométricas, aunque la fuente de error aleatoria (errores intermitentes provenientes de los sujetos evaluados) está interfiriendo en la confiabilidad; pero la fuente de error sistemática (errores constantes provenientes del instrumento). De modo general el instrumento es adecuado para ser utilizado en la muestra objetivo de estudio.

Validez del programa "DE CARA AL FUTURO"

El programa "DE CARA AL FUTURO" se elaboró con la finalidad de reducir el riesgo suicida en adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E José Carlos Mariátegui, para su debida validación se realizó a través de criterio de jueces; contamos con tres expertos:

- Psic. Olimpo inocente paulino
- Psic. Doris Godoy Cortez
- Psic. Jesús Calle Ilizarbe

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Los datos que presentaremos a continuación, es el resultado de la evaluación que se hizo antes y después de la aplicación del programa, en el que se utilizó el Cuestionario de Riesgo Suicida de Plutchik, se calificó el cuestionario para obtener los puntajes de los alumnos que se encuentren en condición de riesgo suicida en el pre y post test.

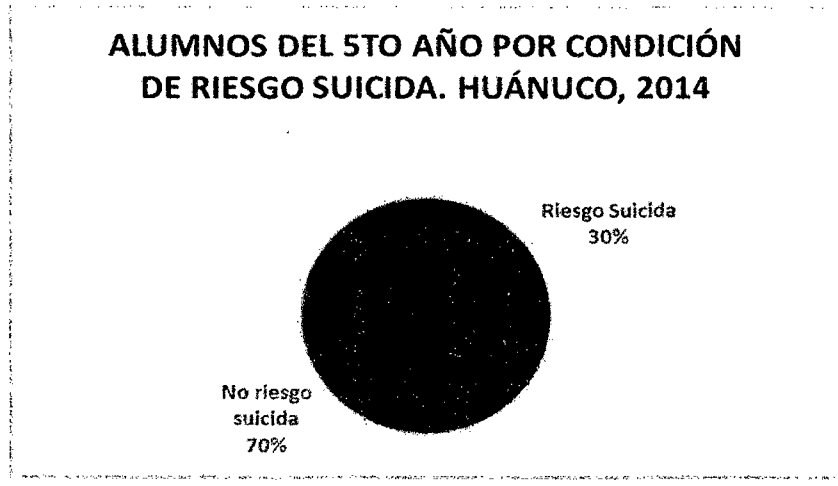
Tabla Nº 01
Alumnos del 5to año por condición de riesgo suicida. Huánuco, 2014

Condición	Adolescentes del 5to. Año	
	f	%
Riesgo suicida	22	**30.13%**
No riesgo suicida	51	**69.86%**
Total	73	100%

FUENTE: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik Adaptada.

ELABORACIÓN: propia

FIGURA N° 1



En la tabla 1 y figura N° 1 se observa que: de los 73 alumnos evaluados del 5to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui", el 30.13% (22), se encuentran en la condición de riesgo suicida, mientras que el 69.86% (51) no presentan riesgo suicida.

Datos que indicarían que 1 de cada 4 alumnos, no maneja adecuadamente estrategias para afrontar situaciones de cambio, ante los cambios emocionales, psicológicos, físicos, producto de la crisis de identidad, en la que se generan interrogantes de quienes son, a donde pertenecen; el ambiente familiar no ha sido favorable para su estabilidad emocional, ausencia de habilidades sociales, presentan desesperanza hacia el futuro.

Tabla N°02
Participantes por estadígrafos de riesgo suicida según condición experimental, Huánuco – 2014

ESTADÍGRAFOS	FASE EXPERIMENTAL PRE TEST	POST TEST
N	22	22
∑	173	89
X	7.86	4.04
S	1.80	2.64
S^2	3.26	6.99

FUENTE: Administración de la escala de riesgo suicida de Plutchick.

ELABORACIÓN: Propia

En la tabla N° 2, observamos que el número de sujetos con el que se trabajó fue de 22, también se evidencia que la media es de 7.86 en el pre test y en el post test es 4.04, teniendo como diferencia entre el pre y post test de 3.82. En la desviación típica hallamos en el pre test es pequeña (1.80) la distribución de datos es pequeña; en el post test es 2.64, relativamente mayor que en el pre test.

En cuanto a la media, observamos diferencias significativas entre el pre y post test, se observa reducción de puntajes, que indicaría disminución del riesgo suicida en los resultados.

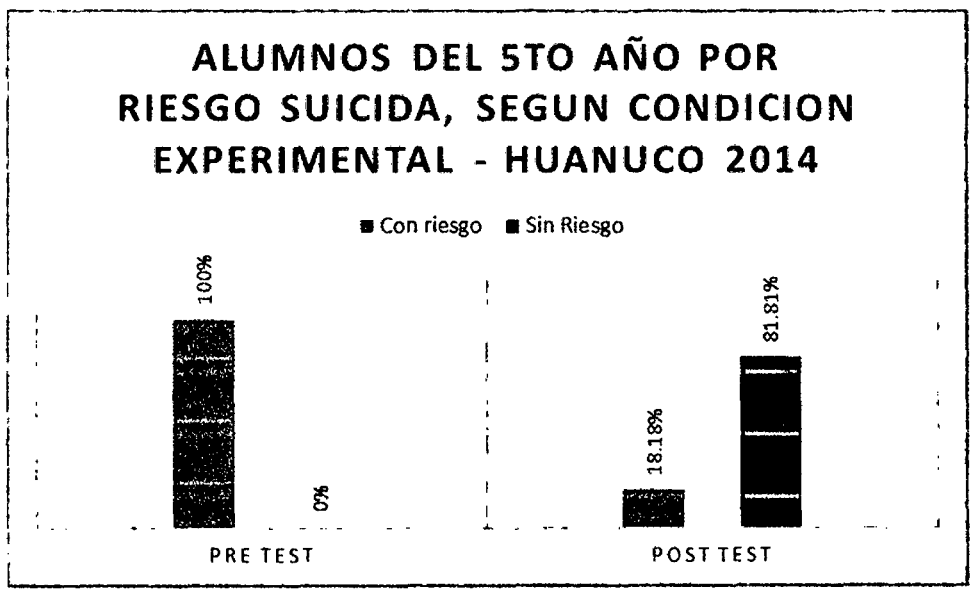
Tabla N° 3
Participantes por riesgo suicida, según condición experimental Huánuco – 2014

	PRETEST		POSTEST	
	F	%	F	%
Con riesgo	22	100%	4	18.18 %
Sin riesgo	0	0%	18	81.81 %
TOTAL	22	100%	22	100%

FUENTE: Administración de la escala de riesgo suicida de Plutchick.

ELABORACIÓN: Propia

FIGURA N° 2



En la tabla N°3 y Figura N° 2, podemos identificar que: de los 22 alumnos que presentaban riesgo suicida, el 81.81% (18 alumnos), cambiaron a la categoría de No Riesgo Suicida.

A través de los resultados estadísticos observables, podemos deducir que hubo un cambio notable en la situación de riesgo en los adolescentes del 5to año de Secundaria, evidenciando que el programa desarrollado fue efectivo.

Cabe señalar que el programa "De Cara al futuro", estuvo orientado a reducir el riesgo suicida en los adolescentes, utilizando técnicas terapéuticas específicas para cada sesión, talleres vivenciales, fortaleciendo aspectos positivos en los estudiantes, y modificando hábitos que contribuyeran a los factores que los pusieran en riesgo.

Los temas que se desarrollaron a lo largo del programa fueron: Autoestima, para lograr la aceptación de sí mismo, sus propias cualidades, defectos y limitaciones; También se trabajó Habilidades comunicativas para incentivar la comunicación asertiva y sepan diferenciar los estilos de comunicación; otra área fue Manejo de Emociones, que se dividió en dos partes, una sobre control de la ira y la segunda en estrategias para manejar emociones. Seguidamente fue Toma de Decisiones, para que los adolescentes conocieran y aplicasen los pasos del proceso de toma de decisiones en situaciones por resolver. Y finalmente fue Proyecto de Vida, lo que se hizo fue motivar a los adolescentes a diseñar un plan de vida a corto, mediano y largo plazo para alcanzar sus metas. Todos estos talleres fueron diseñados a reducir el riesgo suicida en los adolescentes, teniendo como resultados cambios en los resultados.

Tabla N° 4
Participantes por condición de riesgo suicida según género, Huánuco – 2014

GENERO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
RIESGO	f	%	f	%	f	%
Riesgo suicida	**13**	**59.09%**	**09**	**40.90%**	**22**	**100%**

FUENTE: Administración de la escala de riesgo suicida de Plutchick.
ELABORACIÓN: Propia

En la tabla N° 4 hallamos que, el género femenino se encuentra en mayor riesgo suicida a diferencia del género masculino que se encuentra en menor porcentaje.

En los resultados observamos que la diferencia de la cantidad de participantes entre el género femenino y masculino no varía significativamente es relativamente menor, siendo solo 4, llevando la mayoría el género femenino.

Durante la etapa de evaluación obtuvimos 22 adolescentes en riesgo suicida, todos ellos tuvieron asistencia regular a los talleres, excepto unos cuantos faltaron a una sesión, ya que si faltaban en una segunda oportunidad iban a ser retirados del programa.

Tabla N° 5
Participantes por puntaje del cuestionario de Riesgo Suicida de Plutchik, según condición experimental, Huánuco 2014

SUJETOS	PRE TEST	POST TEST	Di	Di^2
1) R.R.N	09	04	5	25
2) V.S.S.	06	04	2	4
3) A.R.E	11	08	3	9
4) G.R.M	07	04	3	9
5) G.T.S	08	02	6	36
6) D.A.B	12	14	2	4
7) H.S.A	09	06	3	9
8) B.L.G	06	03	3	9
9) T.S.L.	08	03	5	25
10) Z.S.J	07	04	3	9
11) M.H.E	09	03	6	36
12) A.S.C	06	04	2	4
13) V.L.W	07	04	3	9
14) S.V.C	09	05	4	16
15) T.Z.L.	08	02	6	36
16) T.U.E	08	03	5	25
17) P.E.M	07	04	3	9
18) R.E.R	05	02	3	9
19) B.M.N	06	02	4	16
20) C.F.E	11	03	8	64
21) C.R.L	07	02	5	25
22) B.P.J	07	03	4	16
TOTAL	173	89	84	404

FUENTE: Administración de la escala de riesgo suicida de Plutchick.

ELABORACIÓN: Propia

En la tabla N°5, observamos las respuestas de cada adolescente, en la columna del pre test, se señala los puntaje obtenidos de 173 antes de la aplicación del programa, y en la columna de post test se encuentra el puntaje de 89 luego de la aplicación del programa. En la columna Di, se evidencia la disminución de los puntajes de 84 entre el pre test y post test, determinando la efectividad de nuestro programa "De Cara al futuro" en el riesgo suicida.

4.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

Problema:

¿Cuál es el efecto del programa "De Cara al Futuro" en el riesgo suicida de una muestra de los alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014?

Hipótesis:

H_0: No hay una disminución de riesgo suicida, luego de aplicar el programa, en los alumnos del 5to año de la I.E. José Carlos Mariátegui – Huánuco - 2014

$Ho: u_1 \leq u_2$ (Se rechaza)

H_1: Si hay una disminución de riesgo suicida, luego de aplicar el programa, en los alumnos del 5to año de la I.E. José Carlos Mariátegui – Huánuco - 2014

$H1: u_1 > u_2$ (Se acepta)

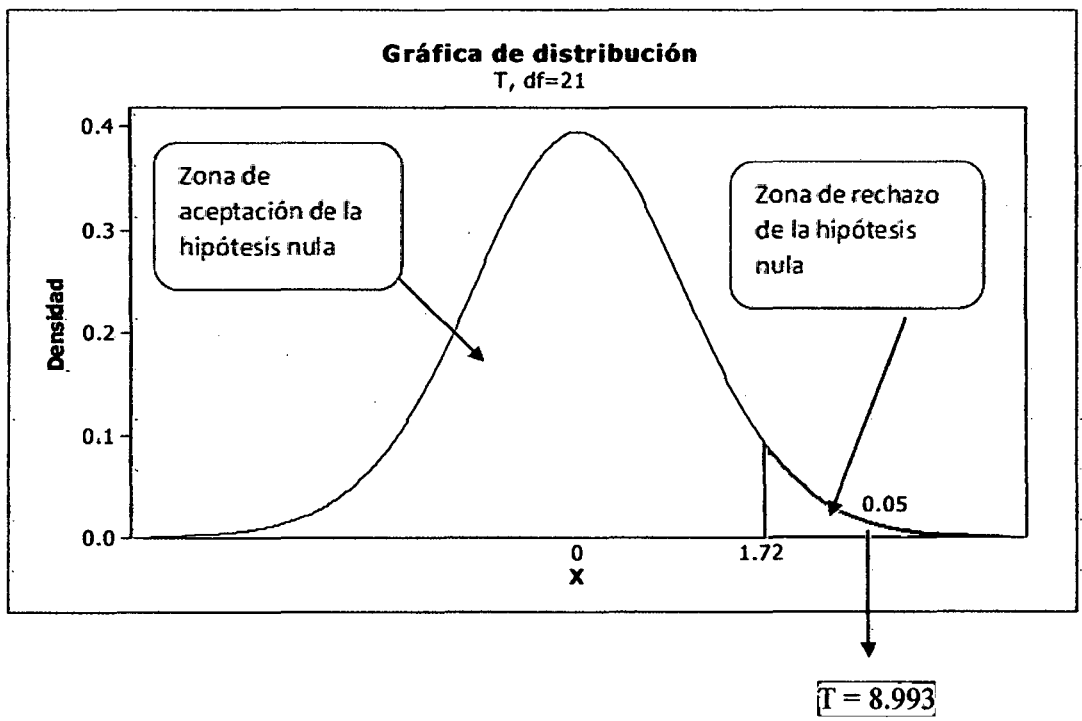
Tabla N°7: Contraste estadístico T de Student de muestras relacionadas de Pretest y Postest.

Tabla N° 7

Prueba de muestras relacionadas								
	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
pretest – postest	3.81818	1.99132	.42455	2.93528	4.70109	8.993	21	0.00

En la tabla N° 7, observamos la T de Student de la diferencia de medias muestras relacionadas, con un valor de 8.99 (Gl =21; alfa = 0.00)

Figura N° 4 Distribución de Resultados



Se observa en la Figura N° 4 que la T de Student de la distribución (T (0.05; 21) = 1.72) es menor a la T de Student que se halló en la tabla N°7. (T=8.993).

La T de Student es hallada en la zona de rechazo de la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Entonces **Se acepta la hipótesis Alterna,** es decir la aplicación del programa "De Cara al Futuro", fue efectivo en la disminución del riesgo suicida en los adolescentes del 5 to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui" – Huánuco 2014

CAPITULO V

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Nuestra investigación "Efecto Del Programa "De Cara Al Futuro" Para Reducir El Riesgo Suicida en Alumnos de 5to Año de secundaria, Huánuco – 2014", se realizó en todas las secciones del 5to año de Secundaria de la I.E "José Carlos Mariátegui" – El Amauta, que tenía en total 73 alumnos, dentro de los cuales se identificó a 22 con riesgo suicida, que está representado con el 30.1%, dichos resultados se asemejan a los hallados por (Sánchez R.; Suero, E.; y Mendoza J. 2012) quienes encuentran un 29% de alumnos con riesgo suicida entre las secciones de segundo, tercero y cuarto año del Colegio Nacional de Aplicación UNHEVAL. También se corroboran con los datos obtenidos por Alcántara L; Urbano F e Hidalgo J (2014) quienes hallan un 27% de adolescentes con riesgo suicida del 5to año de la I. E. E. "Nuestra Señora de las Mercedes". Así mismo en la investigación de Lobón R., et al (2008) encuentran un 25% de adolescentes con riesgo suicida de las instituciones educativas estatales del distrito de Amarilis - Huánuco. Esto confirma la predisposición creciente de los casos de riesgo suicida, intento suicida y suicidio.

Según género hallamos que un 60% de la población femenina evaluada, presenta riesgo suicida a diferencia del 40% de la población masculina. Estos resultados podemos compararlos con los encontrados por Camarena. C (2010) que indican que el 65,6% de la población femenina presenta riesgo, coincidiendo en que son las mujeres más propensas a presentar riesgo suicida. La OMS señala que en general, las mujeres llevan a cabo más tentativas de suicidios que los hombres, pero las personas de sexo masculino logran

concretarlo más que las féminas, porque usan métodos más radicales, como pistolas o pesticidas, frente al abuso de medicamentos por parte de ellas. Cabe mencionar que en el Perú la incidencia de Suicidio consumado llevan los varones por encima del sexo femenino, pero en cuanto a la tentativa las mujeres están por encima de los varones, confirmando así que el sexo masculino son más determinantes a la hora de suicidarse.

En la tesis de González, J., (1995), encontró que las tentativas de suicidio son realizadas fundamentalmente por mujeres de 14 y 15 años mediante la autointoxicación con medicamentos y en la adolescencia predominan las tentativas suicidas de carácter impulsivo, es decir, sin planificación suicida previa. Además Huerto J (2008), identificó que las edades de los pacientes con intento de suicidio para las mujeres son de 16 a 20 años (35%), mientras que para los varones es de 31 a 35 años (11.7%).

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Según los resultados obtenidos en nuestra investigación,

indica que el programa realizado "De Cara Al Futuro", ha sido efectivo, afirmándose a través de la aprobación de la hipótesis alterna. El programa ha tenido como ejes para desarrollar, potenciar áreas como la Autoestima, Habilidades Sociales, Manejo de emociones, Resolución de Conflictos, Uso del Tiempo Libre, Proyecto de vida; utilizando técnicas terapéuticas, talleres vivenciales, psicodramas, tareas llevadas a casa, casos prácticos, etc. Todas estas estrategias están orientadas a reducir el riesgo suicida, a manejar de una forma asertiva situaciones que vulneren su estabilidad emocional (sociales, personales, familiares, etc.)

Es necesario mencionar, que hubo un porcentaje de 81.81% que cambio su estado de riesgo suicida, a no riesgo; connotándose que el programa si tuvo un efecto positivo, y un porcentaje mínimo de 18.18 % que se mantuvo en el estado de riesgo, incluso aumentaron las respuestas afirmativas en la escala de Plutchik de riesgo suicida, esto se debería a que los factores predisponentes y precipitantes no han sido controlados, sino que siguen afectando al adolescente. Comparamos los resultados encontrados por Alcántara, L. Urbano, F. Pagán, J. (2014), donde el puntaje del efecto del programa es inferior con un porcentaje de 66.7 %, indicando que hubo un 33.3% que después del programa continuaron en condición de riesgo suicida. Así mismo podemos mencionar la investigación realizada por Rivadeneyro A., et al (2012) donde aplicaron el Programa "Sentido de Vida" en el riesgo suicida, allí demuestra que el riesgo ha reducido a un 37%.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- A través de nuestra investigación adquirimos información relevante, hallando datos cuantitativos y cualitativos, determinando el efecto positivo del programa "De Cara al Futuro", sobre el riesgo suicida en adolescentes de 5to año de secundaria, reduciendo del 100% de riesgo a 18.18% . Indicando el que el riesgo suicida no ha desaparecido de los adolescentes, sino que han disminuido sus puntajes por lo tanto también el riesgo suicida

- Utilizando la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick, se identificó que del total de 73 adolescentes entre varones y mujeres de la I.E. "José Carlos Mariátegui", el 30.13% (22) se encuentran en condición de riesgo suicida y 69.86% (51) no presentan riesgo suicida.

- Se elaboró y validó el programa a través de criterio de jueces para su aplicación en el tratamiento, evidenciándose su validez y confiabilidad. El procedimiento para aplicar el programa, que consta de 7 sesiones, el cual fue aplicado con una frecuencia de 1 vez por semana y una duración de 45 o 60 minutos por sesión. Para el desarrollo de las diferentes sesiones se utilizó las técnicas cognitivas y conductuales, dinámicas de animación, motivacionales y de reflexión, así también se utilizó técnicas de proyección de videos y retroalimentación.

- Luego de la aplicación del programa se observó que de los 22 adolescentes, se redujo el riesgo suicida a un 18.18 % (4), lo que indicaría que un 81.81 % (18) migraron de la condición de Riesgo Suicida y pasaron a la de No Riesgo Suicida.

- El número de sujetos con el que se trabajó fue de 22, también podemos evidenciar que la media es de 7.86 puntos en el pre-test y de 4.04 en el pos-test teniendo como disminución entre el pre-test y el pos-test de 3.82 puntos, evidenciando la efectividad del programa. A través de la prueba T para muestras dependientes o relacionadas y con un nivel de significancia de 0.05 y 0.1, existen diferencias significativas en los resultados obtenidos antes y después de aplicar el programa "DE CARA AL FUTURO". Es decir, el impacto del programa "DE CARA AL FUTURO" fue efectivo, porque ayudo a disminuir el riesgo suicida.

- De los 22 adolescentes que presentan condición de riesgo suicida, se encontró que 9 (40.90%) son varones y 13 (59.09%) son mujeres, en conclusión se evidencia que el sexo femenino muestra mayor riesgo suicida.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

A la Universidad:

- Se recomienda que la universidad organice actividades entre los diversos actores sociales: médicos, docentes, educadores, psicólogos, comunicadores sociales, a fin de crear conciencia, y coordinar esfuerzos en la prevención del suicidio.

A la E.A.P Psicología:

- Se recomienda a la facultad de psicología que para las prácticas pre-profesionales, enviar a los alumnos a centros o instituciones que cuenten con personal calificado, titulado en psicología para el debido crecimiento y aprendizaje a los que serán futuros profesionales en salud.

- Debido a la gran magnitud del problema social investigada, es significativo la evaluación anual para identificar casos con riesgo suicida, consecutivamente elaborar programas con estrategias dirigidos a la prevención y promoción de la salud mental y atender los casos de riesgo suicida.

- Se recomienda a la facultad de psicología en incentivar a los estudiantes de psicología realizar especializaciones, diplomados, cursos específicamente en esta temática.

- Se recomienda a la Facultad de Psicología seguir promoviendo en los estudiantes, a realizar proyectos de investigación para contribuir con mayor rapidez en la disminución del riesgo suicida en adolescentes.

- Se recomienda contar con Convenios de apoyo interinstitucional, facultad de psicología - instituciones educativas, a fin de facilitar la realización de investigaciones aplicadas o actividades de proyección social.

A la Institución Educativa:

- *Se recomienda a la institución educativa instalar e implementar un consultorio* psicológico debidamente equipado con el propósito de brindar un servicio psicológico de calidad, contribuyendo así en el abordaje y la entrevista psicológica en los adolescentes.

- Se recomienda implementar el número de sesiones "DE CARA AL FUTURO" en toda la institución, para así tener mayor efecto en reducir el riesgo suicida en los adolescentes de la I.E "José Carlos Mariátegui".

- Se recomienda a la institución educativa sensibilizar y capacitar a los docentes para que incluyan en su Plan Estratégico Institucional temas referidos con el riesgo suicida a través del curso de tutoría y trabajen conjuntamente con el psicólogo a cargo.

- Debido a la problemática preocupante de salud mental, como es el riesgo suicida, se recomienda a la I.E, realizar un seguimiento continuo a los alumnos que se han identificado con riesgo suicidio, para una mayor efectividad del programa.

A los estudiantes:

- Se recomienda a los internos de psicología a realizar sus prácticas pre-profesionales en instituciones con mayor índice de riesgo suicida, con la finalidad de aplicar programas semejantes y reducir el suicidio.

- Se recomienda al psicólogo o internista de psicología a realizar charlas psicológicas orientadas a los padres referidos al tema del suicidio a cómo prevenirlo y estar alerta ante un intento de suicidio.

- Se recomienda evaluar integralmente a estudiantes en riesgo suicida a fin de precisar un perfil psicológico, y derivar factores de riesgo que orienten las intervenciones preventivas promocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcántara L. Urbano F. Hidalgo J. (2014). *Efecto del Programa "No Cuelgues los guantes" en el riesgo suicida de Alumnos del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Emblemática "Nuestra Señora de las Mercedes".* Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Camarena P. Natividad C. Jaimes K. (2011). *Nivel de riesgo Suicida en Adolescentes del Tercer año de Secundaria de las Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de Huánuco.* Tesis para Optar el título profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

Cano P., Gutiérrez C & Nizama M. (2009) *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonia peruana.* Rev. perú. med. exp. salud pública, 26(2).

Castelli F, Happé F, Frith U, Frith C.(2000) *Movement and mind: a functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns.* Neuroimage

Castelli CP, Serrano C. (2002). *Caracterización los factores asociados al suicidio.* Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, No. 2, México, 45-55.

Chamorro, E & Cristancho, D. (2010) *"estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales".* Universidad de Nariño, facultad de ciencias humanas, Colombia.

Deshaies. G. (1947): *Psychologie du suicide.* Alcan. París.

DIRESA (2008) *Revista resumen de actividades de la estrategia nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el arco del Plan Integral de Salud a población pobre y extremo – pobre en el marco del Programa Juntos.* Huánuco: Huánuco, Editorial ESNSMyCP

Domínguez L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín electrónico de investigación de la asociación Oaxaqueña de psicología, 4(1), 69-76*

Durkheim, E. (1998). *El Suicidio.* Buenos Aires, Grupo Editorial Tomo, Primera edición.

Durkheim, E (1998). *La División del Trabajo Social.* Ciudad de México, Editorial Colofón, Primera edición.

Durkheim, E (2002). *La Educación Moral.* Madrid, Editorial Trotta, Primera edición.

Espinoza A. Visag M. Solis C. (2012) *Efecto del «Programa Sentido de Vida» Para reducir el riesgo Suicida en adolescentes del 5to año del turno de la Tarde en la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes.* Para optar el título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Huánuco – Perú

Ferrer A. (2007) "*Globalización, desarrollo y densidad nacional*". En publicacion: Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado. Vidal, Gregorio; Guillén R., Arturo. Recuperado http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/25Ferrer.pdf

Frayre E. (1994). *La Salud Del Adolescente.* Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Editorial Concytec. Lima – Perú

Gonzáles, JC. Saiz, P (1997). *Prevención de las conductas suicidas y para suicidas.* Barcelona. Masson.

Golier JA, Marzuk PM, Leon AC, Weiner C, Tardiff K. (1995) *Low serum cholesterol level and attempted suicide.* AmJ Psychiatry. ;152:419-423.

Gonzales J. (1995) *"Tentativas de suicidio en la adolescencia".* Tesis doctoral, universidad complutense de Madrid, facultad de medicina. Madrid.

González-Forteza C., Berenzon-Gorn S., Tello-Granados AM., Facio-Flores D & Medina-Mora Icaza ME. (1998) *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes.* Salud pública de México, 40(5).

Gould, M. A., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). *Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(4), 386-405.

Grinder, R. E. (1990) *Adolescencia.* Editorial Limusa. México.

Hall D. T., B. Schneider, and H.T. Nygren. (1970). *Personal factors in organizational identification.* Administrative Science Quarterly 15: 176-190.

Huánuco.com (2006 - 2013) *Mostrando al Mundo Nuestra Imagen.* Recuperado de www.huanuco.com Copyright © | Derechos reservados

INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002). *En anales de la Salud Mental*

Leenaars, A (1992). *Notas suicidas en Canadá y Estados Unidos.* Canadá. Perceptual and Motors.

Leal R & Vásquez L. (2012). *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados.* Informe de investigación, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad de Psicología. Cajamarca.

Lobòn, R, Noreña, D y Espinoza Y. (2009). *Factores y Riesgo suicida en adolescentes de colegios estatales del distrito de amarilis.* Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

López, J. (2007). *Tentativas de suicidio en el área Sanitaria.* Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.

Mansilla F. (2010) *"Suicidio y prevención".* Recuperado http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf

MINSA. (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental.* Lima. Editorial Copyright.

Moreno N (2000). *"Nomenclatura en Suicidología Clínica".* Editora Búho. Santo Domingo, República Dominicana.

Morrison, M. (1998). *Fundamentos de enfermería en Salud Mental.* Madrid -España. 1ra ed.

OMS. (2004). *Invertir en salud mental.* Recuperado el 14 de noviembre del 2010. Disponible en internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf

Pascual P., Villena A., Morena S., Téllez J.M., López C. (2005). *El paciente suicida. Guías clínicas, 5*, 38, 1-3.Extraido de http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=241 28/06/2012

Puentes-Rosas E., López-Nieto L. y Martínez-Monroy T. (2004). *La Mortalidad por suicidios.* México 1990-2001 Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 16, No. 2: 102-109, Agosto2004. Washington, USA.

Ringel, E. (1976). *The Presuicidal Sindrome. Suicide and Life Threatening*, 6, 131-149.

Romero A. (2002) *"globalización y pobreza"*. Recuperado http://www.eumed.net/cursecon/libreria/AR-glob-libro.pdf

Rosselló, J & Berríos, M. (2004). *Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as.* Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 38(2), 295-302.

Salinas, J. (2013*) Riesgo suicida en mujeres víctimas y no víctimas de violencia familiar*, Nuevo Chimbote, 2013. Rev. Psicol, 02(2).

Salvo, L & Melipillán, R. (2008) *Predictores de suicidalidad en adolescentes*. Rev. Chil Neuro-Psiquiat, 46 (2), 115-123.

Sanchez, C. (1998). *Metodología y diseño en la investigación científica.* Editorial Mantaro.2da edición. Lima.

Sánchez, H y Reyes, C. (1998). *Metodología y Diseño en la Investigación Científica.* Lima – Perú: Editorial Mantaro.

Sanchez C., Hugo. (1998). *"Metodología y diseños en la investigación científica"* segunda edición editorial Mantaro Lima.

Sanchez R., Suero E., Mendoza J., (2012). *Impacto de un programa preventivo promocional en algunos factores protectores del riesgo suicida de adolescentes del colegio nacional de Aplicación Unheval.* Huánuco - 2012

Saravia, M. Los suicidios en el Perú. (2007). Citado por Camarena C., Natividad C & Jaimes K (2011). Recuperado http://www.terra.com.pe/mujer/noticias/hof57452/suicidios-peru.html

Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1994). *Comportamiento Anormal*, México McGraw-Hill.

Trhatemberg L. (2005) *"500 años de globalización".* Recuperado (http://www.diariodeamerica.com/front_nota_detalle.php?id_noticia=763)

Viñas, F. (1996). *La ideación suicida en la población escolar de 3º, 4º y 5º de la comarca del Gironés.* Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Villaverde S., Flores D & Flores LL. (2007"). *Factores socio demográficos y psicológicos relacionados al intento de suicidio en pacientes atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud.* Iquitos- 2007. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería. Universidad nacional de la amazonia peruana. Facultad de enfermería. Iquitos.

Wagner A. (1999) *"Globalización y comercio internacional: escenarios y agendas"*, Ponencia presentada en el Seminario-Taller sobre Negociaciones Comerciales Multilaterales, Comunidad Andina.

ANEXOS

Índice De Anexos

1. Matriz de consistencia. (ANEXO 1)
2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik – versión original (ANEXO 2)
3. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik – adaptada 2012 (ANEXO 3)
4. Instrumentos de medición (Ficha técnica, validación y confiabilidad) (ANEXO 4)
5. Programa "De Cara al Futuro". (ANEXO 5)

ANEXO 1

PROBLEMA	VARIABLES	DIMENSIONES	OBJETIVOS	DEFINICIONES OPERACIONALES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	HIPOTESIS
¿Cuál es el efecto del programa "De Cara al Futuro" (basado en un enfoque cognitivo y conductual) en el riesgo suicida (evaluado con la escala de riesgo suicida de Plutchick) una muestra de los alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014?	**VI**: Programa "De cara al futuro"	- Autoestima. - Habilidades comunicativas - Manejo de emociones - Toma de decisiones - Proyecto de vida	**General**: - Determinar el efecto del programa "de cara al futuro" en el riesgo suicida, en una muestra de alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014.	El programa "de cara al futuro" consta de 7 sesiones las cuales están dirigidas a reducir el riesgo suicida en la muestra estudiada. Incluye técnicas para desarrollar: habilidades sociales, resolución de conflictos, autoestima, uso de tiempo libre y proyecto de vida	El programa "de cara al futuro" es un conjunto de técnicas administradas a los alumnos con riesgo suicida, a fin de disminuir el mismo.	**Sustantiva**: Si se aplica el programa "de cara al futuro", entonces se reducirá el riesgo suicida en los alumnos del 5to año de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014.
	VD: Riesgo Suicida		**Específicos**: - Evaluar el riesgo suicida antes de la aplicación del programa "de cara al futuro"" en los alumnos del 5to año de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014. - Elaborar el programa "de cara al futuro" - Aplicar el programa "de cara al futuro" en los alumnos de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014. - Evaluar el riesgo suicida después de la aplicación del programa "de cara al futuro". En los alumnos de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014.Comparar los resultados del pre y post test del riesgo suicida en los alumnos del 5to año de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014.	En nuestra investigación el riesgo suicida es entendida como más de 6 respuestas afirmativas, a la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick". O la respuesta afirmativa a la pregunta 15, de los estudiantes del 5to año de secundaria de la I.E. "José Carlos Mariátegui" Huánuco – 2014.	El riesgo suicida son situaciones o experiencias que llevan a una persona a ser más vulnerable, a cometer un acto suicida.	**Estadística**: $Ha = \mu_1 > \mu_2$ $Ho = \mu_1 \leq \mu_2$ **Leyenda**: μ_1 = Promedio poblacional de Riesgo Suicida antes de aplicar el programa μ_2 = Promedio poblacional de Riesgo suicida después de aplicar el programa

ANEXO 2

ESCALA DE RIESGO SUICIDA EN SU VERSION ORIGINAL DE PLUTCHICK

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
5	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
6	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
7	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9	¿Está deprimido/a ahora?		
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
	TOTAL		

ANEXO 3

INSTRUMENTOS DE MEDICION (FICHA TECNICA Y VALIDACIÓN)

VALIDACION DE LA ESCALA DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK (ADAPTADA)

La validez de la escala fue hecha mediante Criterio de Jueves, los especialistas encargados de la validación fueron:

- Prof. Calle Ilizarbe, Jesús
- Inocente Paulino, Olimpo
- Sánchez Infantas, Rosario

ESCALA DE RIESGO SUICIDA ADAPTADA (2012)

PREGUNTAS	SI	NO
1. Tengo dificultades para dormir		
2. A veces siento que podría perder el control de mí mismo/a		
3. Tengo poco interés en relacionarme con las personas		
4. Veo mi futuro con pesimismo		
5. Últimamente me he sentido inútil e inservible		
6. Me siento sin ánimos de realizar mis actividades diarias		
7. Últimamente me he sentido tan fracasado/a que sólo quería meterme a la cama y abandonar todo		
8. Me siento triste constantemente		
9. Sufro la separación o pérdida de algún familiar		
10. Sufro la separación o pérdida de mi enamorado/a		
11. Alguna vez alguien de mi familia ha intentado quitarse la vida		
12. Últimamente me he sentido tan enfadado/a que hubieras sido capaz de lastimar a alguien		
13. Alguna vez he pensado en quitarme la vida		
14. He comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería quitarme la vida		
15. He intentado alguna vez quitarme la vida		

Realizado en estudiantes huanuqueños, por ALCANTARA L. CABANILLAS L. y URBANO F., "Efecto del Programa "No Cuelgues los guantes" Para reducir el Riesgo Suicida en Adolescente de 5to año de la I.E. Nuestra Señora de las Mercedes. Huánuco – Perú. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología, Universidad Nacional Hermilio Valdizan

ESCALA RSP Y VBA (Adaptada)

Apellidos y Nombres..... Grado.....
Edad ..... Sexo.....Turno ..... Religión.....
Institución Educativa .....N° de Orden....
Actualmente Trabaja.....
Actualmente con quien vive.....
INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta con un "SI" o "NO"

PREGUNTAS	SI	NO
1. Tengo dificultades para dormir		
2. A veces siento que podría perder el control de mí mismo/a		
3. Tengo poco interés en relacionarme con las personas		
4. Veo mi futuro con pesimismo		
5. Últimamente me he siento inútil e inservible		
6. Me siento sin ánimos de realizar mis actividades diarias		
7. Últimamente me he siento tan fracasado/a que sólo quería meterme en la cama y abandonar todo		
8. Me siento triste constantemente		
9. Sufro la separación o pérdida de algún familiar		
10. Sufro la separación o perdida de mi enamorado/a		
11. Alguna vez alguien de mi familia ha intentado quitarse la vida		
12. Últimamente me he sentido tan enfadado/a que hubiera sido capaz de lastimar a alguien		
13. Alguna vez he pensado en quitarme la vida		
14. He comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería quitarme la vida		
15. He intentado alguna vez quitarme la vida		

ANEXO 4

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN. (FICHA TÉCNICA Y VALIDACIÓN)

FICHA TECNICA

1. **NOMBRE:** La Escala De Riesgo Suicida Plutchik. RSP (Adaptada).
2. **AUTOR Y AÑO:** Plutchik.
3. **AUTORES DE LA ADAPTACIÓN:**
   ALCÁNTARA VILLEGAS, Luis Ángel
   CABANILLAS BERAUN, Lina Jesarell
   URBANO ALVARADO, Francisco Segundo

4. **FORMA DE APLICACIÓN:**
   Individual y/o Grupal
5. **TIEMPO DE APLICACIÓN:**
   Resulta fácil y rápida de administrar (6 a 8 min)
6. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:**
   Varones y mujeres de 12 años de edad a más.

7. **FINALIDAD:**
   La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik1 con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

   La escala está relacionada con intentos auto líticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

8. **AREA DE APLICACIÓN:** Todas las áreas
9. **TIPO DE TEST:** Potencia sin limites
10. **TIPO DE ITEMS:** Dicotómicas
11. **N° DE ITEMS:** 15 Ítems
12. **PRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS:** De forma escrita
13. **MATERIALES:**

- Manual de instrucciones.
- Escala de riesgo suicida adaptada
- Lápiz y Borrador

14. INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

Se entregará la escala a los estudiantes y se le dirá la siguiente consigna:

"Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor, conteste cada pregunta con sinceridad, marcando con una (x) en el Sí o No".

15. PROCEDIMIENTOS DE CALIFICACIÓN:

La escala está relacionada con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Puntuación:

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Rango de calificación:

- O - 5 = No existe riesgo suicida
- 6 a más = Riesgo suicida.

Se considera riesgo suicida si el ítem 15 tiene una respuesta afirmativa, sin contabilizar necesariamente el puntaje de 6 a más.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (ADAPTADA)
VALIDEZ ORIGINAL
VALIDEZ REGIONAL:

A. **Validez de Contenido:**
   Se utiliza el análisis por criterio de expertos; esto determinará que el instrumento mida la variable que debe medir; en base al contenido de los ítems.

Para ello se utilizará el método de Aiken; para ver la concordancia de los expertos en la observación de cada ítem; la fórmula es la siguiente:

Donde:

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

- **S**: Sumatoria de los valores establecido de los jueces.
- **n**: número de jueces.
- **c**: número de criterios de evaluación.

Con el índice de Aiken se puede establecer la concordancia en un rango de: -1 a +1; cuanto más se acerca a +1, la concordancia es más unánime entre los jueces; pero para determinar si el ítem es estadísticamente significativo, se somete al intervalo inferior estandarizado, para cada ítem; con la siguiente fórmula:

Donde:

$$L = \frac{2nkV + z^2 - z\sqrt{4nkV(1-V) + z^2}}{2(nk + z^2)}$$

- L: Límite inferior del intervalo
- Z: Valor en distribución estándar (1.64) al 5%
- V: coeficiente de validez
- N: número de jueces

Si el intervalo inferior (L) es menor a **0.4** (valor mínimo exigente); el ítem no **es significativo.**

Desarrollo correspondiente:

Se sometió el instrumento a juicio de 3 expertos; los criterios de evaluación para los jueces es dicotómico (se acepta=2; se rechaza=0; se modifica=1).

Se elabora la matriz correspondiente para el análisis: Se realizó en dos momentos:

Primer momento

En los subcomponentes de Activo, Reflexivo y Pragmático; se evidencia un V de Aiken de 1; y un intervalo inferior de **0.5273** (*es mayor que el valor mínimo exigente el cual es 0.40*) esto indica que los ítems son significativos, por tanto aceptables; pero en el Sub componente Teórico, se obtuvo 1 ítem que no es significativo, porque el intervalo inferior es ***0,347791***; por tanto se debe excluir o modificar.

Tabla 1:

# Jueces				Inter al 95%				
# ítems	**Juez 1**	**Juez 2**	**juez 3**	**Vo**	**Z(95 %)**	**Inferior**	**Superior**	**Significatividad**
1	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
2	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
3	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
4	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
5	2	2	1	**0,8**	1,64	***0,498571***	0,96175	es significativo
6	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
7	2	2	1	**0,8**	1,64	***0,498571***	0,96175	es significativo
8	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
9	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
10	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
11	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
12	1	2	1	**0,7**	1,64	***0,347791***	0,88237	**no es significativo**
13	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
14	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo
15	2	2	2	**1**	1,64	0,690481	1	es significativo

Nota: El ítem #12, requiere ser modificado o eliminado para que no interfiera en la evaluación final.

Segundo momento:

Para esta segunda fase; se obtuvo para todos los sub componentes un V de Aiken de 1 y un intervalo inferior de***0,690481*** (*es mayor que el valor mínimo exigente el*

cual es 0.40) esto indica que los ítems son significativos, por tanto aceptables; de acuerdo a la validez de contenido.

B. Validez de Discriminación:

Esta validez discriminara cada uno de los ítems con respecto a la totalidad del test; pues cuanto más discriminativo es el ítem, más representativo será para el test. Determina en qué medida cada pregunta o ítem mide lo mismo que el test en general.

Esta validez es parte del análisis de ítems en el diseño de la construcción de un instrumento psicológico.

$Dc = R = X\ item * \sum items\ y$Para ello se utilizara el procedimiento ítem – total; y la correlación biseral para determinar la discriminación; la fórmula es la siguiente:

Donde:

X: valores de los sujetos de cada ítem
Y: suma de cada sujeto del test total

Matriz de evaluación para el índice de Discriminación

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20	***Ind. D.***
i1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	***0,368***
i2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	***0,363***
i3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	***0,544***
i4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	***0,231***
i5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	***0,377***
i6	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	***0,138***
i7	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	***0,583***
i8	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	***0,56***
i9	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	***0,297***
i10	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	***0,445***
i11	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	***0,099***
i12	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	***0,805***
i13	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	***0,643***
i14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	***0,204***
i15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	***0,477***
Sum	**6**	**7**	**1**	**1**	**2**	**6**	**6**	**7**	**2**	**3**	**6**	**4**	**4**	**0**	**0**	**3**	**3**	**9**	**1**	**4**	***1***

Se puede apreciar los Índices de Discriminación de cada ítem; pero es necesario considerar algunos resultados que merecen relevancia, tales como:

- Los índices negativos, evidencian una discriminación negativa; es decir, mide de manera diferente al test en general; por lo tanto se deben eliminar del test.
- Los índices con valor de cero; no discriminan, por lo tanto queda a criterio del investigador en eliminarlo o retenerlo, usándolo como distractor, solamente.

Entonces los 15 ítems tienen una orientación similar; es decir todos discriminan la misma variable en este caso "el riesgo suicida de Plutchik"; aunque algunos con mayor peso que otros.

CONFIABILIDAD: REGIONAL

A. Confiabilidad interna:

Se utilizó la confiabilidad por medio del Alfa de Cronbach:

La fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2}\right) \quad \text{.....(I)}$$

Donde:

- ✓ K= # de ítems
- ✓ S^2_j = Varianza poblacional de cada ítem
- ✓ S^2_x = Varianza poblacional del total

También se utilizó la confiabilidad por Kuder y Richardson, quienes plantearon la fórmula #20 para ítems dicotómicos.

$$KR_{20} = \frac{N}{N-1}\left(\frac{s^2 - \sum pq}{s^2}\right) \text{.....(II)}$$

Donde:

- ✓ N= # de ítems
- ✓ S^2= Varianza poblacional de cada ítem
- ✓ $\sum pq$= Suma de los productos de ***p***multiplicado por ***q***, para cada reactivo de la prueba.

DESCRIPCIÓN BREVE DEL INSTRUMENTO

El instrumento de Riesgo suicida de Plutchik, consta de 15 ítems dicotómicos, los cuales asume una puntuación de (1), cuando la respuesta es afirmativa y (0) cuando la respuesta es negativa.

La propiedad psicométrica de confiabilidad se realizará para cada sub componente:

DESARROLLO DE LA CONFIABILIDAD:

Para determinar la confiabilidad se halla la varianza poblacional de cada ítem y de la suma total.

Luego de haber hallado los datos, se resuelve remplazando en la fórmula (I):

Confiabilidad Alfa de Cronbach:

$\alpha = (15/14)\ (1- (2.54/6.38))$ **$\alpha = 0.644$**

Entonces se obtuvo un alfa de Cronbach de **0.642**; esto indica una **confiabilidad promedio.**

Confiabilidad Kuder y Richardon # 20

Hallando en la fórmula (II):

$KR_{20}= (15/14)\ ((6.33 - 3.18)/6.33)$ **$KR_{20}= 0.588$**

Se obtuvo; una **confiabilidad promedio**.

Conclusión del instrumento de Riesgo suicida de Plutchik; se utilizaron 2 procedimientos para determinar la confiabilidad (alfa de cronbach, Kuder - Richardson 20); de todo ello, las dos fórmulas evidencian una **confiabilidad media o promedio**;esto se debe a que la consistencia interna ha sido evaluado en base a la variabilidad de cada sujeto con respecto a los ítems, entonces cada ítem es evaluado con los resultados de cada sujeto.

Es recomendable realizar un análisis de control de variables aleatorias o extrañas en el momento de la aplicación; teniendo en cuenta que las variables de sexo, edad o alguna situación estresante influyen en los resultados; es necesario homogeneizar estas variables intervinientes; por ejemplo, se tiene que procurar tener a sujetos lo más semejantes posible en edad y las demás variables, para que el resultado del instrumento sea lo único que se mida.

También influye la dirección de la evaluación del instrumento; pues se está midiendo el riesgo suicida en alumnos de secundaria; algunos ítems son más relevantes que otros; es necesario realizar un control de estos reactivos.

Nota: Realizar la confiabilidad test restes no es recomendable; pues el riesgo suicida está vinculado con la depresión y la depresión es un estado de ánimo, no es un rasgo que determina la personalidad y por lo tanto no es constante en el individuo. En un análisis de test retest se puede obtener un resultado alto como también una confiabilidad muy baja.

Rango estándar para establecer la confiabilidad

- Menos de 0.20 confiabilidad muy baja
- 0.20 – 0.50 confiabilidad baja
- 0.5 - 0.70 confiabilidad media
- 0.70 – 0.80 confiabilidad adecuada
- Mayores de 0.81 confiabilidad muy alta.

Conclusión final:

El instrumento cumple con las propiedades psicométricas, aunque la fuente de error aleatoria (errores intermitentes provenientes de los sujetos evaluados) está interfiriendo en la confiabilidad; pero la fuente de error sistemática (errores constantes provenientes del instrumento). De modo general el instrumento es adecuado para ser utilizado en la muestra objetivo de estudio.

PROGRAMA "DE CARA AL FUTURO" DE INTERVENCION GRUPAL ADOLESCENTES EN RIESGO SUICIDA

1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA:

- Nombre : I.E. "JOSE CARLOS MARIATEGUI"
- Dirección : Los Laureles - Amarilis
- Nivel : Educación Secundaria regular (5to)
- Turno : Tarde
- Nº de estudiantes : (por obtener)

2. FUNDAMENTACIÓN:

Hoy en día el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial debido a su incremento paulatino en los últimos años. En especial, en grupos de población de alto riesgo como son, los adolescentes y jóvenes. Dicho problema no discrimina raza, sexo, edad, religión, etc. ya que están comprometidos múltiples factores (culturales, sociales, biológicos y psicológicos).

Este fenómeno psicosocial repercute en el deterioro de la salud mental de los adolescentes, esto exige una gran atención de las medidas necesarias que se deben tomar como profesional en lo que es suicidio y riesgo suicida.

Es por eso que el psicólogo debe manejar, orientar y apoyar al adolescente haciendo uso de técnicas, métodos, estrategias, terapias e informar sobre temas relevantes para cada situación por la que esté pasando el alumno y ayude a brindar las herramientas necesarias para afrontarlos, así mismo crear una

relación positiva entre el psicólogo y el alumno se podrá obtener información importante acerca de los problemas que los estén aquejando, pudiendo asi saber de qué forma intervenir para mejores resultados.

Es preciso señalar que el profesional tiene de conocimiento la distinción de suicidio y riesgo suicida. Ya que la primera se define como una acción u omisión voluntaria mediante la cual una persona se quita la vida, siendo esta su intención. Por consiguiente se entiende que en el suicidio se produce la muerte de un sujeto, la muerte es producida por el mismo sujeto, la muerte es intencionada y existe un agente activo y pasivo (Maris 2002, citado por Vallejo. J, 2006). Mientras que la segunda seria situaciones o experiencias que llevan a una persona a ser más vulnerable a cometer un acto suicida.

Sabemos que la trancisión de la adolescencia sugiere mucha presión emocional, que pudiera darse en la familia, amigos o enamorados, como también presiones educativas. Son muchos los factores que pueden intervenir para afectar la integridad del adolescente si este no estuviera preparado para afrontarlos.

Con la intención de colaborar en un tema tan importante como es el riesgo suicida, es que se desea aplicar un programa que pueda disminuir la intención suicida y potenciar aspectos que ayudarán al adolescente a afrontar con éxito las situaciones que puedan llevarlosal riesgo suicida.

Un trabajo adecuado y eficiente con los adolescentes puede ser clave para lograr una mejor calidad de vida en ellos y lograr desarrollar o aumentar sus herramientas para afrontar la vida de manera adecuada y ser este el que de la diferencia en los índices estadísticos sobre el riesgo suicida o suicidio.

3. OBJETIVOS

@ OBJETIVOS GENERALES:

- Reducir el riesgo suicida en los participantes del programa.

@ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Lograr que los adolescentes mejoren su autoestima reconociendo su cuerpo como único a partir de la identificación y valoración de sus cualidades personales.
- Lograr que los adolescentes mejoren su autoestima a partir de la identificación de las características positivas y negativas de su comportamiento.
- Promover el desarrollo del estilo de comunicación asertiva y lograr que diferencien los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo.
- Promover que los adolescentes aprendan reconocer sus propias emociones y las de los demás ya sean positivas y negativas.
- Entrenar a los adolescentes en el uso de autoinstrucciones con el fin de favorecer un mejor manejo de las emociones frente a situaciones que provocan ira.
- Entrenar a los adolescentes que conozcan y apliquen los pasos del proceso de Toma de decisiones en situaciones por resolver.
- Motivar a los adolescentes a diseñar un plan de vida a corto, mediano y largo plazo.

4. CONTENIDO TEMÁTICO

AUTOESTIMA

Valoración, juicio que una persona tiene acerca de sí misma. Tiene que ver con la aceptación de sí mismo, con quererse y aceptarse con las propias cualidades, defectos y limitaciones.

La autoestima pude plantearse en relación a distintos aspectos de la persona como son físicos, emocionales, de relación con los demás, de competencia académica, etc.

HABILIDADES COMUNICATIVAS

Las habilidades comunicativas son competencias o destrezas que desarrollan los hombres en un tiempo determinado para su desempeño. Estas habilidades comienzan a formarse desde la niñez donde intervienen factores de carácter personológico y donde juega Un papel determinante la educación desde un nivel primario hasta el superior.

Estas habilidades comunicativas que el hombre desarrolla a lo largo de su vida son las que logran efectividad en los procesos en que este interviene. Por otro lado, si se carece de habilidades comunicativas se obstaculizan los procesos, se entorpecen. Es por ello que en la actualidad se le da extrema importancia a la comunicación y al desarrollo de las habilidades que deben desarrollar aquellas personas que intervienen en estos procesos.

Entre los estilos de comunicación tenemos:

Comunicación pasiva significa: Evitar decir lo que sientes, piensas, quieres u opinas:

- Porque **tienes miedo de las consecuencias;**
- Porque **no crees en tus derechos personales;**
- Porque **no sabes cómo expresar tus derechos;**
- Porque **crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.**

Comunicación agresiva significa: Decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas sin considerar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.

Comunicación asertiva significa: Decir lo que tú piensas, sientes, quieres u opinas sin perjudicar el DERECHO DE LOS DEMAS. Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

@ MANEJO DE EMOCIONES.

Las emociones son los estados afectivos de mayor o menor intensidad y de corta duración. **La emoción es** proceso afectivo multidimensional, que suele ser breve, intenso y temporalmente asociado con un estímulo desencadenante externo o interno. Tiene 4 componentes: subjetivo (sentimiento), cognitivo (valoración de la situación y pensamientos relacionados con la misma), fisiológico (funciones somáticas) y motor expresivo (expresión facial, voz, movimientos del cuerpo).

La ira es una emoción humana completamente normal, por lo general sana. Pero cuando se sale de control y se vuelve destructiva, puede conducir a problemas en el trabajo, en las relaciones personales, y en la calidad general de la vida. Y puede hacernos sentir como si estuviéramos a merced de una emoción impredecible y poderosa.

Autoinstrucciones: orden o instrucción que una persona se da a sí misma para dirigir su comportamiento.

@TOMA DE DECISIONES

El proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos. La elección de la situación ya es un elemento que puede entrar en el proceso. Hay que elegir los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son y analizar las relaciones entre ellos. Una vez determinada cual es la situación, para tomar decisiones es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta las incertidumbres de cada resultado y su valor. Así se obtiene una imagen de las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido. De acuerdo con las consecuencias se asocia a la situación la conducta más idónea eligiéndola como curso de acción.

Los pasos para tomar una decisión acertada son 6:

1. **Definir cuál es la situación a resolver:** percibir y delinear cual es el motivo de preocupación, la situación, el problema, para lo cual se buscará información, se evaluará y se definirá.

2. **Proponer las alternativas:** generar y considerar diferentes alternativas (lluvia de ideas), mínimamente pueden ser cinco.

3. **Considerar el pro y el contra de cada alternativa:** seleccionar las alternativas deseables y no deseables, en base a sus consecuencias.

4. **Elegir la(s) mejor(es) alternativa(s):** esto se hará en función a la(s) alternativas que presente mayores consecuencias positivas.

5. **Ejecutar la(s) alternativa(s) elegida(s):** implementarlas y ponerlas en práctica.

6. **Evaluar el resultado:** se realizará, después de haber ejecutado la(s) alternativas elegidas; a corto, mediano o largo plazo; la evaluación será positiva: si el problema a resolver a disminuido o se ha solucionado ante lo cual se premiarán realizando conductas que más le agradan y/o con auto mensajes positivos, para reforzar ésta habilidad y su autoestima.

   Ejemplo "me siento orgulloso de haber sido responsable". La evaluación será negativa: si el resultado ha sido desfavorable,

entonces considerar y analizar la(s) otras alternativas, o aplicar nuevamente los pasos de la toma de decisiones.

- PROYECTO DE VIDA.

Es la capacidad de establecerse hacia el futuro a corto, mediano y largo plazo con la finalidad de cumplir con los objetivos y metas trazadas

5. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Observación: Técnica por la cual se puede recopilar información que quizá el sujeto no esté dispuesto a brindar verbalmente, se realizará durante los talleres.

Dinámicas de Grupo: La aplicaremos para motivar a los alumnos a que participen activamente en los talleres (romper el hielo) creando un clima adecuado entre los participantes, los facilitadores para un mejor desempeño de los talleres.

Talleres: Actividad que se realiza en grupo con el fin de dar a conocer o dominar ciertos temas de interés grupal o social. Las utilizaremos de manera estructurada durante cada sesión.

Sicodrama: Actividad que consiste en actuar hechos de la vida real para explicar o entender ciertos sucesos sociales.

Video-forum: Se utilizara para transmitir información acerca del tema a realizar por medios audiovisuales, para un mejor entendimiento y comprensión.

Lluvia de ideas: Se realizará esta actividad para ver el nivel de conocimiento que tiene del tema y para fortalecer la información del mismo.

Expositivas: se brindara información por medio de la comunicación verbal a través de exposiciones.

PRIMERA SESION

AUTOESTIMA (IDENTIDAD)

AMANDONES

OBJETIVO:

- Lograr que los alumnos mejoren su autoestima reconociendo su cuerpo como único a partir de la identificación y valoración de sus cualidades personales.

MATERIALES:

- Papel
- Lápices
- Papelotes (reciclaje)
- Plumones de colores
- Música
- Cinta Maskintg
- cartilla 01 "MI CUERPO ES VALIOSO"
- Cartilla 02 "VALORANDO NUESTRO CUERPO",

DESARROLLO:

1. **PRESENTACION: *EL JUEGO DE LOS NOMBRES*** (10 min.)
   El facilitador se presenta al grupo, dice su nombre y acompaña su presentación con un gesto (una referencia, alguna expresión facial o frase). Sucesivamente cada participante debe repetir el nombre de quien lo antecedió en la presentación además de su gesto y/o frase. De este modo, cada integrante deberá presentarse con su nombre, gesto, y retener el o los nombres y los gestos o frases anteriores de los demás integrantes.

2. ACTIVIDAD INICIAL: 20 min

Se iniciará la sesión narrando la siguiente situación: ***"Rosa es una adolescente de 14 años, desde niña siempre se avergonzaba de su peso corporal, ella se miraba al espejo y se decía: "estoy gorda, que vergüenza que siento, escucho que mis amigos se burlan de mí, ya no voy a comer para que no se burlen". Además de esto, Rosa no quería salir de su casa, pensaba que la iban a molestar, no participaba en fiestas y cada vez más se alejaba de sus amistades".***

El facilitador preguntara a los adolescentes: ***¿Qué hemos observado en esta narración? ¿Por qué creen que Rosa pensaría de esta manera? ¿Qué pensará Rosa acerca de su cuerpo?*** Es importante crear un debate entre los adolescente. Luego de esto se preguntará: ***¿Cómo se sentirá una persona que no se acepta físicamente tal como es?***

Debidamente el facilitador ejecutara la actividad ***YO SOY...***

- Se pide a cada adolescente que complete con su nombre la frase ***Yo soy...*** como encabezado de una hoja grande. Luego pedirles que representen a través de dibujos o escritos lo que los hace únicos y especiales. Explicar que este ejercicio es para que otros los conozcan mejor, lo que les agrada y desagrada, etc. Pueden completar su dibujo con algunas preguntas como: ¿Cuál es tu comida favorita? ¿Quién es tu mejor amigo/a? ¿Qué haces después de la escuela? ¿Cuál es tu ropa favorita? ¿Dónde te gusta estar? En casa, en la escuela, en la calle, etc.

3. ACTIVIDAD CENTRAL: **30 min**

Luego del debate y la actividad el facilitador explicará la importancia de aceptar nuestro cuerpo, enfatizando en que es importante reconocer nuestras características físicas tal como somos y aceptarlo de manera incondicional, la valoración que le demos a nuestro cuerpo debe ir más allá de las opiniones de otras personas. Un auto concepto positivo de nuestro

físico influirá en nuestra estima personal, esto nos evitará crearnos complejos, ansiedades, inseguridades, etc.

También es importante resaltar a los adolescentes que aceptarnos físicamente tal como somos lleva a aceptar incondicionalmente a otros sin dar una valoración de "feo" o "bonito", porque estos conceptos son relativos y están influenciadas por la valoración que les da una determinada sociedad. Por ejemplo algunos adolescentes se pueden sentir mal de tener acné (barritos en el rostro), y sentirse feos por ello, esto les originara limitaciones en su vida social.

En seguida se iniciara con la actividad ***MI CUERPO***

- Asignar un papelote a cada alumno, acostar al adolescente sobre el papel y con el rotulador, repasar su silueta sobre él. Hacer lo mismo con cada adolescente.
- Una vez todos tienen la silueta dibujada de su cuerpo, añadirán los detalles de la cara, las manos, los pies, etc. Pueden dibujarse con la ropa que llevan puesta, coloreando, rellenando detalles, si las chicas llevan pendientes, si tienen cicatrices, etc.
- Después de este trabajo individual, cada uno comparte la silueta de su cuerpo.
- Ayudar a los adolescentes a reconocer las caractereísticas comunes a todos, pero también las propias de cada uno. Todas las siluetas son parecidas en su estructura, pero muy particulares si las miramos por dentro.

El facilitador dará ejemplos de personajes célebres, donde resaltará diciendo que a pesar de tener características físicas limitantes a ellos no le impidieron lograr sus metas, tenemos el caso de Napoleón Bonaparte, que teniendo una talla baja, ésta no lo limitó a ser un gran militar y conquistador, también

encontramos en Beethoven, que a pesar de tener limitaciones auditivas ha sido un músico famoso e importante de la música clásica.

El facilitador entregara la **cartilla 01 "MI CUERPO ES VALIOSO"** para ser desarrollado individualmente por los adolescentes. Se preguntará cómo se han sentido durante el ejercicio y solicitará comentarios sobre lo realizado.

El facilitador reforzará la importancia de aceptarnos tal como somos, decirles que nuestro cuerpo es único que pueden existir aspectos que nos desagraden, pero ello no significa que debamos sentirnos inferiores y avergonzarnos.

4. ACTIVIDAD FINAL: 5 min

Finalmente el facilitador solicita que todos los adolescentes se pongan de pie para desarrollar la **Cartilla 02 "VALORANDO NUESTRO CUERPO"**, con los ojos cerrados. El facilitador va leyendo cada oración a los adolescentes, que escuchen atentamente y que lo repitan. Terminando la lectura se pide abrir los ojos y que intercambien abrazos.

Luego el facilitador construirá una lista común de lo que pueden hacer para cuidar su cuerpo (escuchar música, hacer ejercicio, correr, nadar, comer frutas, verduras, jugar, etc.)

5. ACTIVIDAD DE TRASFERENCIA:

Se pedirá a los adolescentes que cuando estén en sus casas establezcan un diálogo consigo mismo mirándose al espejo y repitiendo el contenido de la **cartilla 02.**

SEGUNDA SESION

AUTOESTIMA (VALORACIÓN)

"SOY EL REY, SOY LA REYNA"

OBJETIVO:

- Lograr que los adolescentes mejoren su autoestima a partir de la identificación de las características positivas y negativas de su comportamiento.

MATERIALES:

- Cañitas de plástico
- Clips de papel
- Lana o hilo
- Tijeras
- Papeles pequeños
- Lápices
- Globos
- Cartulina
- Témpera
- Goma
- Papeles de Colores
- Cartulina de Brillo
- cartilla 03 "CONOCIÉNDONOS"

DESARROLLO:

1. DINAMICA DE SOCIALIZACION: ***TORRE DE PAJITAS*** (5 min)

Entregar al grupo todo el material. Informarles de que su tarea es usar los materiales que les han dado para construir una torre tan alta como sea posible sin que se caiga. Dar un tiempo límite para completar la tarea. Para aumentar la motivación se puede dividir el grupo en dos y ver qué grupo hace la torre más alta.

2. ACTIVIDAD INICIAL: 15 min

Se iniciará la sesión narrando la siguiente situación: ***"Carlos estaba reflexionando sobre su comportamiento, ya que su padre la noche pasada le había llamado la atención, recordaba que su padre le había dicho que era un irresponsable, impuntual y violento con su hermano menor. Así mismo Carlos reconocía que era resentido, y celoso. En esos instantes ingresa su madre y ve llorando a Carlos, al preguntarle, él le cuenta que su padre le había llamado la atención, su madre, luego de calmarlo, le dice, "Es importante que te des cuenta que también tienes muchas virtudes entre ellas que eres comprensivo, inteligente y cariñoso".***

El facilitador preguntara a los adolescentes: ***¿Qué observamos en esta situación? ¿En qué otras circunstancias los adolescentes pueden evaluar sus virtudes y defectos? ¿Qué sucedió para que Carlos pensara sobre sus defectos y virtudes?*** Se propiciará un dialogo entre los alumnos. Luego se hará la siguiente pregunta: ***¿Qué sentirá una persona cuando evalúa su comportamiento?***

Debidamente el facilitador ejecutara la actividad ***LA FIESTA DE GLOBOS***

- Se reparten a los adolescentes las tiras de papel una o dos por adolescente y un globo de color personalizado.

- Se les pide que escriban en una tira de papel una cualidad o virtud de un compañero y que luego la doble varias veces o la enrrolle hasta que quede lo suficientemente pequeña para meterla dentro del globo de ese compañero. Cada chico hará la actividad para cada uno de sus compañeros.

- Una vez que todas las tiras de papel estén dentro de los globos respectivos se les pide a los niños inflar su globo y anudarlo. Luego de esto podrían adivinar cuáles podrían ser sus cualidades percibidas por sus compañeros.

- Llega el momento más interesante de pedir a los adolescentes que por turnos pinchen su globo para poder sacar las tiras de papel, desenrrollarlas, leerlas y disfrutarlas.

- En esta actividad es muy importante dar ocasión a los adolescentes para compartir las cualidades percibidas por sus compañeros, si lo desean o se sientes cómodos. El grupo deberá respetar a los adolescentes que prefieran no compartir, pero este comportamiento es digno de atención posterior.

3. **DINAMICA CENTRAL:** 20 min

Luego del debate y la actividad el facilitador explicará la importancia de reconocer las características positivas y negativas de nuestra conducta. El conocerse implica un proceso reflexivo por el cual la persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características, el autoconocimiento está basado en aprender a querernos y a conocernos a nosotros mismos, supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarte en los primeros y luchar contra los segundos. Se definirán como características negativas a toda conducta que atente contra los derechos de sí mismo o contra el derecho de los demás; y, como características positivas a toda conducta que favorezca las relaciones interpersonales.

En seguida se iniciara con la actividad ***REY O REINA POR UN DIA ***

- Los facilitadores explican que esta sesión o taller es muy especial, puesto que hoy serán tratados como reyes y como reinas.
- Primero todos los adolescentes construyen y decoran su corona. Se prepara la capa y se adorna la silla. Cada uno vestirá su corona. Por turno, cada adolescente se sienta en ***el trono*** mientras el resto del grupo le saluda, le honra con reverencia y le dan generosos elogios. El grupo puede tener una celebración festiva con ***música real*** y un snack especial.
- Dar elogios es algo positivo para quien los da y para quien los recibe. Es una herramienta fabulosa para mejorar la autoestima.

Terminando la actividad el facilitador entregara una **cartilla 03 "CONOCIÉNDONOS"** a los grupos formado por 5 adolescentes. Para que apliquen y desarrollen la transformación de una característica negativa a positiva. Luego el facilitador hará una pregunta **¿Cómo se podría cambiar esta característica para que sea positiva?, ¿Qué pasos podrían dar?** También incentivara la participación, resaltara la respuestas de los adolescentes y complementarlas con recomendaciones precisas para cada característica.

4. **ACTIVIDAD FINAL:** 10 min

Ya terminando la sesión se realizara una actividad para reforzar la idea del taller ***SOPA DE LETRAS***

- Sentados en un círculo, los facilitadores repartirán una hoja con la sopa de letras para cada participante, y se les pedirá que escriban su nombre fuera de la zona cuadriculada. Luego pasarán su hoja al chico o chica de su lado derecho para que escriba dos cualidades o virtudes de ese compañero en la zona cuadriculada, ya sea horizontal, vertical o en diagonal. Esta hoja vuelve a pasarse al siguente compañero de la derecha para que haga lo mismo, y así sucesivamente hasta que llegue

al compañero de la izquierda del dueño de la hoja. Antes de que la hoja llegue a su dueño se les pide a los chicos que la entreguen a los aimadores para que ellos también escriban dos cualidades o virtudes ya demás rellenen los cuadros vacíos con otras letras, así obtendremos una rica sopa de letras con las cualidades o virtudes escondidas que el dueño de la hoja tendrá que descubrir.

- Una vez que los adolescentes hayan descubierto las cualidades que los demás ven en sus compañeros, los animadores dirigen la conversación sobre el tema y la actividad. Si fue fácil o difícil, qué sintieron mientras descubrían las palabras, si ellos se perciben como los perciben los demás. etc.

5. ACTIVIDAD DE TRASFERENCIA:

Pedir a los adolescentes que escriban otras características negativas que deseen cambiar y traerlo en la próxima sesión.

TERCERA SESIÓN

HABILIDADES COMUNICATIVAS

"estilos de comunicación"

OBJETIVO:

- Promover el desarrollo del estilo de comunicación asertiva y lograr que diferencien los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo.

MATERIALES:

- Papel Bond
- Goma
- Clips
- Cañitas
- cartilla 04 "ESTILOS DE COMUNICACIÓN".
- cartilla 05 "TEST DE DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS".

DESARROLLO:

1. **DINAMICA DE SOCIALIZACION: *LUCHA CON ESPADAS DE PAPEL*** (8 min)

Se entrega a cada participante hojas bond (recicladas) y en el centro se coloca goma, Los adolescente tendrán que confeccionar su propia espada de papel que quede bastante resistente.

Los participantes deben unirse en parejas cada uno sosteniendo una espada en la mano. Antes de iniciar la lucha, las parejas inician el ejercicio con un pequeño saludo, simbolizando su respeto hacia las reglas (como por ejemplo:

no pegar con la espada en la cara, no lastimar a propósito, parar el juego cuando alguien se cae). Cuando el facilitador da la señal, los adolescentes comienzan a pelear con sus espadas de papel. Cada golpe de espada de ser acompañado de un grito. Y cada uno o dos minutos se pueden cambiar de parejas.

2. ACTIVIDAD INICIAL: 20 min

El facilitador solicitará la participación de 6 integrantes (formados por parejas), a quienes les indica, dramatizar la siguiente situación: ***"Pedro llega a su casa y se da cuenta que su hermano Juan se ha puesto su camisa nueva"*** (se cambiará la situación con nombres de mujer y blusa en caso los integrantes sean mujeres). Indicar a una pareja que responda en forma ***pasiva*** es decir que tiene cólera pero no dice nada; la segunda pareja, dará una respuesta ***agresiva***. "insulta, grita y quiere pegar" La tercera pareja de manera asertiva.

El facilitador preguntará a los adolescentes ***¿Qué observamos en estas situaciones? ¿Cuáles son las diferencias entre cada una de ellas?*** Se indagará si situaciones como las anteriores suceden también en el colegio o en la casa ***¿Qué tipo de respuestas suceden con más frecuencia?*** Solicitar ejemplos.

3. ACTIVIDAD CENTRAL: 20 min

El facilitador explicará a los participantes acerca de los estilos de comunicación **cartilla 04 "ESTILOS DE COMUNICACIÓN".**

En seguida se iniciara con la actividad ***CLIPS EN LA ROPA ***

- Seleccionar un juego para todo el grupo donde haya interacción. Antes de explicar las reglas de juego, dar a cada participante 4 clips para que los pongan en su ropa en un lugar visible. Explicar al grupo que el trabajo de cada uno es tratar de conservar sus clips. Un clip puede ser retirado por cualquier otro miembro del grupo que se dé cuenta de que alguien no se ha comunicado correctamente, es decir, no ha utilizado buenas

formas para comunicarse, por ejemplo: interrumpir a alguien que está hablando, hacer comentarios rudos o desagradables, no escuchar al otro, no dar las gracias por algo o no pedir por favor, etc.

- Una vez que se explica el objetivo de los clips, se explican las reglas del jueo que se ha seleccionado para el grupo.
- Jugar y continuarcon la regla de los clips.
- Se puede entregar incentivos a los que tengan más clips.

NOTA: Se puede hacer juego con pinturas, arcillas.

4. **ACTIVIDAD FINAL:** 10 min

Trabajo grupal de la **cartilla 05 "TEST DE DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS".** Cada grupo analizará 2 situaciones marcando sus registros y convertirá las frases pasivas y agresivas en asertivas. El facilitador pedirá a un representante del grupo que presente su respuesta.

5. **ACTIVIDAD DE TRASFERENCIA:**

Finalmente tarea para la casa que escriban en su cuaderno en forma asertiva las siguientes situaciones:

- ✓ Solicitar oportunidad para un nuevo examen.
- ✓ Pedir disculpa a un amigo que fue ofendido.
- ✓ Reconocer que se equivocó al juzgar a un compañero.

CUARTA SESIÓN

IDENTIFICAR EMOCIONES – CONTROL DE LA IRA

"TERMÓMETRO EMOCIONAL"

OBJETIVO:

- Promover que los adolescentes aprendan reconocer sus propias emociones y las de los demás ya sean positivas y negativas.

MATERIALES:

- Lápices de colores
- Hoja con el termómetro
- cartilla 06 "LISTADO DE EMOCIONES"
- cartilla 07 "ANÁLISIS DE EMOCIONES"
- cartilla 08 "RECONOCIENDO EMOCIONES"
- hoja A "EJEMPLOS DE EMOCIONES"
- cartilla 09 "IDENTIFICANDO EMOCIONES DURANTE UNA SEMANA"

DESARROLLO:

1. **ACTIVIDAD INICIAL:** 10 min

El facilitador comenzara con lluvia de ideas sobre lo que los adolescentes entienden por emoción. El facilitador pronunciara ***"hoy vamos a comenzar preguntándole ¿qué es lo que entienden por emoción?"***. Se apuntan en la pizarra las definiciones que van dando los adolescentes.

El facilitador trabajara de forma conjunta la **cartilla 06 "LISTADO DE EMOCIONES"**, y da la siguiente explicación: ***"una emoción es el estado afectivo que experimentamos en una situación concreta, una respuesta del ser humano que consta de tres componentes: el fisiológico o físico (como es la frecuencia***

con la que late el corazón o la forma que tenemos de respirar o el nivel de sudoración que experimentamos), el conductual (como llorar, reír, correr, gritar, agredir) y el cognitivo (que serían las justificaciones que hacemos de nuestro comportamiento cuando experimentamos distintas emociones que influyen en nuestro estado de ánimo (como son la alegría, la tristeza, la desesperanza, la **incertidumbre, la indefensión, la sensación de fuerza y de energía).**

Seguidamente se realizara una actividad tiene como finalidad que los adolescentes aprendan la influencia que tienen nuestras emociones en nuestra forma de comportarnos. Se puede comenzar comentando: ***"a continuación vamos a ver una de las funciones principales de las emociones y cómo nos condicionan a la hora de actuar".*** Se mostrara el siguiente esquema:

Situación ⟶ pensamiento ⟶ emoción ⟶ conducta

Tras esta explicación y actividad se va analizar los tres componentes descritos en dos emociones, la alegría y la tristeza con los adolescentes. Las respuestas se van apuntando en la pizarra y, finalmente, se ha de llegar a una definición común de ambas emociones. Se aportan ejemplos para el facilitador en la **cartilla 07 "ANÁLISIS DE EMOCIONES".**

2. ACTIVIDAD CENTRAL: 15 min

Con esta actividad, reforzamos y trabajamos el reconocimiento de emociones tanto positivas como negativas. Ahora vamos a mostrar unas fotografías y Uds. deben escribir en la **cartilla 08 "RECONOCIENDO EMOCIONES"** qué emoción corresponde a cada fotografía". El facilitador utilizará dos ejemplos de cada una de las 5 categorías incluidas en la **cartilla 06 "LISTADO DE EMOCIONES".**

A continuación, el facilitador puede explicar: **"es muy importante que sepamos ponerle nombre a cada emoción porque eso nos ayudará a conocernos mejor a nosotros mismos y a los demás, y a que las personas que nos rodean sepan lo que nos sucede en cada momento. De ahí la importancia que tiene saber expresarlas con adjetivos concretos. Vamos a ver como, además de las emociones que habéis mencionado, hay muchas otras que seguro os sonarán".**

3. ACTIVIDAD FINAL: 15 min

Para reforzar la idea de la sesión de reconocer e identificar emociones se realizara la actividad **"EL TERMOMETRO EMOCIONAL"**

- Se entregará a los adolescentes la *Hoja del Termometro*, se les pedirá que escriban su nombre y luego los animadores introducirán el tema, abordando la diferencia entre sentir y expresar la rabia, Se ayudará a los chicos a buscar sus propios indicadores corporales así como a identificar ideas erróneas o distorsiones cognitivas, dentro de los diferentes grados de la rabia, es decir, primero frustración o irritación, luego enfado o rabia y por último explosión, que representa el acting – out y otros modos destructivos de expresión de la rabia.

  Nota: Es importante que una vez realizada esta actividad, en la conversación con el grupo se les ayude a encontrar alternativas a la conducta de explotar, reflexionando sobre las maneras adecuadas, socialmente aceptadas de sacar la rabia, a través de un juego, por ejemplo, pasando la pelota, el adolescente que recibe la pelota puede comentar un modo adecuado de expresión de esta emoción no fácil de manejar para estos adolescentes.

4. ACTIVIDAD DE TRASFERENCIA:

Finalizando tarea para la casa: se le entregara a cada adolescente la **cartilla 09 "IDENTIFICANDO EMOCIONES DURANTE UNA SEMANA",** en situaciones concretas del día a día, identificando las emociones experimentadas así como la situación en la que se encuentran, pensamientos y conductas.

QUINTA SESION

MANEJO DE EMOCIONES – CONTROL DE LA IRA

"UN GOLPE DE PUÑO AL ENEMIGO"

OBJETIVO:

- Entrenar a los adolescentes en el uso de autoinstrucciones con el fin de favorecer un mejor manejo de las emociones frente a situaciones que provocan ira.

MATERIALES:

- Hojas bond
- Lápices
- Borrados
- Láices de colores
- Una olla a presión (o su foto, si no es posible tenerla)
- Pequeños trozos de papel de diversas formas
- Hoja de trabajo individual *Olla a Presión*
- Goma
- cartilla 10 REGISTRO DE AUTOINSTRUCCIONES
- cartilla 11 SITUACIONES

DESARROLLO:

1. **ACTIVIDAD INICIAL:** 15 min

El facilitador pedirá dos voluntarios para que representen la siguiente situación ***"Luis y Raúl discuten por demostrar que su equipo de fútbol es el mejor; de pronto Luis lo insulta diciéndole que es un idiota mal nacido".***

Luego de la representación se hará la siguiente pregunta para los adolescentes ***¿Cómo creen que reaccione Raúl frente a este insulto? , ¿Qué pensará Raúl?, ¿Qué creen que sentirá Raúl?***

El facilitador, luego de las respuestas, preguntará si situaciones parecidas: ***¿Suceden en el colegio o en su casa?, ¿Con qué frecuencia?*** Se solicitará ejemplos.

El facilitador ***explicará*** que éstas son situaciones donde la mayoría de los adolescentes pierden el control y terminan peleándose. ***Enfatizará*** lo conveniente que es identificar la causa de la ira preguntándose ¿Qué es lo que verdaderamente le causa la ira y lo lleva a perder el control? A manera de reflexión para descubrir por qué reacciona violentamente. Quizás algunos pensamientos sobre experiencia en su pasado le molesta y ahora su reacción se debe a ello, más que a lo que la otra persona hizo o dijo. Cuando se realizan reflexiones, en momentos de serenidad, sobre situaciones que nos han originado u originan con frecuencia estados de ira, podemos arribar a pensamientos que, a manera de órdenes, podemos brindarnos nosotros mismos, con la finalidad de lograr un mejor control en el momento que experimentemos la ira. A este tipo de pensamientos lo denominamos ***Autoinstrucciones.***

Se explicará a los escolares que las reacciones de ira pueden ser reducidas haciendo uso de las ***autoinstrucciones*** en los momentos en que se experimenta la sensación de ira.

La función de estas ***autoinstrucciones*** será la de reemplazar aquellos pensamientos que, sin ningún análisis, esos momentos nos viene a la mente y que generalmente aumentan nuestra ira. Lo ideal es que empleemos estas ***autoinstrucciones*** con tal frecuencia, que lleguemos a hacerlas nuestras y podamos aplicárnosla con el menor esfuerzo posible.

2. ACTIVIDAD CENTRAL: 30 min

El facilitador entregará una copia de la **cartilla 10 REGISTRO DE AUTOINSTRUCCIONES** a cada adolescente. Se preguntará si consideran que

decirse estos mensajes influirá en la emoción de la ira, pedir comentarios y ejemplos.

El facilitador pedirá que se formen grupos de 4 o 5. A continuación se le entregará una copia de la **cartilla 11** a cada grupo sobre diversas situaciones. El objetivo es lograr un mejor control de la ira. Cada grupo decidirá qué mensaje autoinstructivo utilizará para cada situación. Puede utilizarse el registro de hoja de instrucciones o crear su propia autoinstrucción.

Se culminará explicando que así como nuestros pensamientos espontáneos pueden incrementar nuestra cólera, también darnos autoinstrucciones positivas pueden disminuir nuestras conductas de agresividad

3. ACTIVIDAD FINAL: 10 min

Para reforzar la idea de manejo de emociones se aplicara la actividad ***LA OLLA A PRESION***

- La emoción de rabia ya se ha trabajado en alguna de las actividades anteriores. Por tanto, ahora se pondrá énfasis en la diferencia entre emoción y conducta. Emociones son lo que se siente, conductas son las acciones que uno hace.

- Escribir en un papelógrafo o pizarra *Emociones* en un columna y *Conducta* en la otra, a fin de pedir a los adolescentes ejemplos de cada uno.

- Mostrar la olla a presión y explicar cómo funciona y para qué sirve. Asegurarse de que los chicos comprendan cuál es la diferencia entre esta olla y las otras, así como el concepto de las válvulas de seguridad (pequeños agujeritos que permiten que salga el vapor). Contar a los adolescentes que la olla a presión debe estar en buenas condiciones para que funcione bien porque, si no es así, las válvulas de seguridad no funcionarán y la olla podría fácilmente explotar.

- Hacer la analogía de la olla a presión con nuestro cuerpo y nuestro cerebro: muchas veces somos como una olla a presión, ya que muchas cosas nos provocan fuertes sentimientos de rabia y, a medida que nuestro entorno se pone más tenso o más problemático (el fuego), nos vamos llenando de rabia, como la olla se va llenando de vapor, hasta que, una vez repleta de vapor, éste sale por las válvulas de seguridad corremos el riesgo de llenarnos de rabia y explotar.

- Invitar a los adolescentes a trabajar en la hoja de trabajo individual, para que cada adolescente escriba en los trozos de papel, las rabias guardadas: que quién, cuándo, dónde, por qué, etc. Para luego pegarlas dentro de la olla.

- Guiar a los adolescentes a que piensen en las desventajas de actuar como una olla a presión, es decir, de guardarse la rabia o quedarse con ella dentro y, por otro lado, en el riesgo de sacar la rabia sin válvulas de seguridad hasta explotar.

- A través de una lluvia de ideas, hacer una lista de cuáles serían las válvulas de seguridad que podríamos usar para que nuestra rabia no se quede presionada ni corra el grave riesgo de explotar. Las válvulas de seguridad no son con otra cosa que formas constructivas de expresar la rabia o en otras palabras, modos seguros de enfadarse. Las posibles respuestas son: escribir una carta, hacer algo físico como correr o hacer deporte, buscar a alguien para conversar y compartir cómo uno se siente, decir a la otra persona lo que realmente uno quiere decirle, imaginar de una manera tranquila que las cosas pueden cambiar, mostrar a los otros lo que han hecho – dolor o baño, coger un lápiz y dibujar lo que estas sintiendo, respirar profundo y pensar en algo positivo, imaginarse a uno mismo en la situación que pasará después, decir a la otra persona algo que comience con **me siento**...etc.

4. ACTIVIDAD DE TRANSFERENCIA

Tarea para la casa: escribir en su cuaderno de trabajo los mensajes de afrontamiento que han aplicado durante la semana para poder controlar su ira y no ser agresivos.

SEXTA SESIÓN

"TOMA DE DECISIONES"

OBJETIVO:

- Enseñar a los adolescentes que conozcan y apliquen los pasos del proceso de Toma de decisiones en situaciones por resolver.

MATERIALES:

- Periodicos viejos
- Hojas de los pasos para tomar una buena decisión
- Lápices
- cartilla 12 "¿QUÉ DECISIÓN TOMARÉ?"

DESARROLLO:

1. **ACTIVIDAD INICIAL: *OCUPA TU LUGAR*** (10 min)

   Saludar a los y las participantes mostrando satisfacción por compartir la presente sesión.

   Se formaran grupos de 5 o 7 adolescentes y se les entregara 2 hojas (periódico). El facilitador pedirá a los adolescentes que los dos periódicos lo pongan en el suelo. Luego se les dirá que todo el grupo este dentro del periódico y deben imaginar cómo deben caber tantas personas en dos hojas de periódico y aguantar 5 segundos. Pierde el grupo que cae primero.

2. ACTIVIDAD CENTRAL: ***LA MEJOR DECISIÓN *** (20 min)

El facilitador presentará una situación de experiencia: ***"Jorge fue a una fiesta con permiso de sus padres hasta la 1 de la mañana, la reunión estaba en su mejor momento, se notaba muy divertida; sin embargo, ya se cumplía la hora del permiso, los amigos y amigas le pidieron que se quede; Jorge estaba muy indeciso, si quedarse en la fiesta y seguir divirtiéndose o irse a su casa..."***

El facilitador propiciará un debate preguntando ***¿Qué observamos en esta situación?, ¿Qué decisión habrá tomado Jorge?, ¿Qué alternativas habrá pensado? Luego del debate el facilitador preguntará, ¿En qué situaciones nos es difícil tomar una decisión?, ¿Nos sucede esto con frecuencia en el colegio o la casa?***

El facilitador brindara información sobre los pasos para tomar una decisión acertada son 6:

- Definir cuál es la situación a resolver
- Proponer las alternativas
- Considerar el pro y el contra de cada alternativa
- Elegir la(s) mejor(es) alternativa(s)
- Ejecutar la(s) alternativa(s) elegida(s)
- Evaluar el resultado

3. ACTIVIDAD FINAL: ***QUE DECISIÓN TOMARE *** (10 min)

El facilitador formará grupos de 4 a 6 participantes. Luego se les entregará la **cartilla 12 "¿QUÉ DECISIÓN TOMARÉ?"** donde cada grupo debe aplicar los pasos de la toma de decisiones. Se invitará a que expongan cual ha sido **LA MEJOR DECISIÓN** de acuerdo a la hoja entregada a cada grupo.

Luego de concluir se le reforzará los pasos para tomar la mejor decisión y enfatizando que:

- No siempre la primera reacción es la mejor opción a tomar.
- Es importante darse un tiempo para tomar una buena decisión.
- La persona que ejecuta la decisión, basada en las alternativas consideradas, es la responsable de los resultados obtenidos sean los esperados o no.

4. ACTIVIDAD DE TRANSFERENCIA

Incentivar a los alumnos a que escriban ejemplos vivenciales de decisiones, que durante la semana han experimentado.

SEPTIMA SESION

"EL PROYECTO DE VIDA"

OBJETIVO:

- Motivar a los adolescentes a diseñar un plan de vida a corto, mediano y largo plazo.

MATERIALES:

- Vendas
- Sillas o baldes para obstáculos
- Hoja de proyecto de Vida.
- Hoja de contrato Psicológico
- Lápices
- Borrador

DESARROLLO:

1. **ACTIVIDAD INICIAL: *LA CARRERA DE LA VIDA*** (10 min)

Se formara 5 grupos, se necesitara dos voluntarios por cada grupo, a uno le vendaran los ojos y a otro le encargaremos la funcion de ser guía en la carrera de la vida. Se tendra un espacio relativamente amplio, en un extremo deben estar los grupos con sus <ciegos "y su guía, al otro extremo debe estar la meta y en medio debe haber obstáculos como sillas, bancas, baldes con agua. Los que hacen de ciegos no deben saber dònde esta la meta. Los ciego deben de llegar lo mas pronto posible a la meta, sus guias deben orientarlos para que no

se choquen. Luego preguntarles como se sintieron los ciegos en la carrera, como habria sido si supieran dónde estaba la meta, como habria sido si hubieran hecho la carrera de la vida con todos sus sentidos.

2. ACTIVIDAD CENTRAL: ***CONSTRUYENDO MI PLAN DE VIDA*** (20 min)

Peguntarles que relación creen que habrá entre el tener un plan y sueños que cumplir en la vida y las conductas de riesgo.

Luego se les dirá que haremos un plan para varios años y no haremos un horario semanal para lograr nuestras metrras. Entonces lo que se hará es lo siguiente.

1. Determinar las metas de nuestra vida.
2. Determinar las estrategias para lograrlas.
3. Hacer un horario de vida.

Primer Paso: Piensa como quieres que se tu futuro. Entregar a cada a adolescente una hoja en blanco y lápices para dibujar, utilizar música de fondo). Entregar la hoja de cómo se ven en 10 años, luego de los 10 minutos decirles, que en la parte posterior de la hoja escriban explicando el dibujo: empiecen escribiendo mi meta es...

Segundo paso: Determinar las estrategias. Los adolescentes deben de responder a las siguientes preguntas.

a) Que debo hacer cotidinamente para lograr mis metas

b) Que no debo hacer durante mi vida para lograr mis metas.

Tercer paso: Haz un horario semanal. Se repartirá la hoja *mi horario* de la semana para lograr mis metas. Tendrán que llenarlo teniendo en cuenta sus actividades y la importancia de cada uno.

3. ACTIVIDAD FINAL: **REALIZAR UN CONTRATO PSICOLOGICO** (10 min)

Se repartirá a cada adolescente la hoja de contrato conductual, donde deberán asumir responsabilidad sobre su propio comportamiento, teniendo en cuenta los anteriores talleres, incluyendo cada temática, de forma muy concreta.

4. ACTIVIDAD DE TRANSFERENCIA:

Tarea para la casa será conversar con sus padres sobre sus proyectos de vida.

anexo

Cartilla 01

MI CUERPO ES VALIOSO	
PARTE DE MI CUERPO QUE MÁS ME AGRADA	PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADA
ejemplo	ejemplo
1.	1.
2.	2.
3.	3.

MI CUERPO ES VALIOSO Y ME ACEPTO TAL COMO SOY

Cartilla 02

VALORANDO NUESTRO CUERPO

Instrucciones: El facilitador solicitará a los participantes que cierren los ojos, que escuchen atentamente y que repitan cada oración que vaya leyendo el facilitador

- "Mi cuerpo es valioso e importante"
- "Mi cabello me protege del sol y del frío"
- "Mis ojos me permiten ver lo que sucede a mi alrededor"
- "Mi nariz me sirve para oler "
- "Mi boca me permite decir lo que siento y quiero"
- "Mis oídos me sirven para escuchar las diversas melodías"
- "Mis manos me permiten agarrar, tocar y acariciar"
- "Mis piernas me permiten trasladarme de un lugar a otro"
- "Todo mi cuerpo es importante, puedo aprender a cuidarlo, valorarlo y quererlo"
- "Yo soy importante" "Yo soy muy importante"

"YO SOY ASI Y ME ACEPTO TAL COMO SOY"

Cartilla 03

CONOCIENDONOS

CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS DE MI COMPORTAMIENTO	CARACTERÍSTICAS POSITIVAS DE MI COMPORTAMIENTO
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
Otros	Otros
CARACTERÍSTICA NEGATIVA QUE QUSIERA CAMBIAR DESDE AHORA:	MI MEJOR CARACTERÍSTICA POSITIVA ES:

Cartilla 04

CUADRO DE ESTILOS DE COMUNICACIÓN

1. **Ser PASIVO** significa:

Evitar decir lo que sientes, piensas, quieres u opinas:

- ✓ Porque **tienes miedo de las consecuencias;**
- ✓ Porque **no crees en tus derechos personales;**
- ✓ Porque **no sabes cómo expresar tus derechos;**
- ✓ Porque **crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.**

Ejemplo.

Pedro al llegar a su casa se da cuenta que su hermano se ha puesto su camisa nueva, ello le produce cólera pero no dice nada.

2. **Ser AGRESIVO** significa:

Decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas sin considerar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.

Ejemplo:

Pedro: *Juan eres un conchudo, porque te pones mi camisa nueva.*

Juan: *No me fastidies.*

3. **Ser ASERTIVO** significa:

Decir lo que tú piensas, sientes, quieres u opinas sin perjudicar el DERECHO DE LOS DEMAS. Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

Ejemplo:

Pedro: *Juan estoy muy molesto porque te has puesto mi camisa nueva sin mi permiso.*

Juan: *Discúlpame Pedro no volveré hacerlo.*

Cartilla 05

TEST DE DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS

GRUPO 1

Instrucciones: para cada una de las situaciones que se presentan decide si la respuesta es pasiva (PAS), agresiva (AGR) o asertiva (ASE). Rodea con un círculo la respuesta apropiada.

Situación 1

Chico a su enamorada: *"Me gustaría que te tiñeras el pelo de rubio".*

Respuesta: *"a mí que me importa lo que tú quieres, no me friegues".*

PAS AGR ASE

Situación 2

Profesor a un estudiante: "Tus tareas son una cochinada. Hazlas de nuevo".

Estudiante: "Está bien, tiene razón" y piensa (me siento mal, la verdad es que soy un inútil).

PAS AGR ASE

GRUPO 2

Situación 3

Chica a un amigo: *"Podrías acompañarme a pedir mi mochila, después de la clase?*

Amigo: *"Lo siento, pero hoy no puedo".*

PAS AGR ASE

Situación 4

Juan a Daniel: *"Aléjate de Martha o le diré a ella que tú eres un fumón".*

Daniel: *"Inténtalo y te enseñaré quién puede y quién no puede ver a Martha"*

PAS AGR ASE

GRUPO 3

Situación 5

Laura a su compañera Rosa: *"Préstame tu cuaderno para copiarme la tarea".*

Rosa: *"Tengo que estudiar, tengo examen...pero ya pues, que importa, te lo presto"*

PAS AGR ASE

Situación 6

Roberto a Juana: "Tenemos tres meses de enamorados, quiero que me des la prueba del amor"

Juana: *"No se....tengo miedo...creo que no...pero no quiero que te molestes y me dejes...está bien"*

PAS AGR ASE

GRUPO 4

Situación 7

Pedro, si quieres pertenecer a nuestro grupo, fuma esto.

Carlos: *"No jodas"*

PAS AGR ASE

Situación 8

Juan: le dice a Pepe *"Pedro se ha comido tu refrigerio"*

Pepe: responde "él siempre hace eso, me da cólera, pero no le diré nada"

PAS AGR ASE

Cartilla 06

LISTADO DE EMOCIONES

FELICIDAD	TRISTEZA	TEMOR	ENFADO	INCERTIDUMBRE
Excitado	Deprimido	Atemorizado	Furioso	Aturdido
Emocionado	Triste	Aterrorizado	Escandalizado	Desorientado
Contento	Abrumado	Tenso	Irritado	Confundido
Feliz	Abatido	Tembloroso	Disgustado	Inseguro
Alegre	Desanimado	Aprensivo	Contrariado	Indeciso

Cartilla 07

ANÁLISIS DE EMOCIONES

Instrucciones: analiza los componentes de las emociones que aparecen a continuación.

Emoción: tristeza			
Situación	**Pensamiento**	**Emoción**	**conducta**
Mis padres me han castigado sin propina por dos semanas por no ir a clase	Vaya panorama, no voy a poder ir a la fiesta de esta noche, no puede ser	Tristeza, desánimo, abatimiento	Le robo dinero a mi madre de la cartera y me voy sin permiso
Emoción: alegría			
Situación	**pensamiento**	**emoción**	**conducta**

Cartilla 08 y hoja A

(RECONOCIENDO EMOCIONES Y EJEMPLOS DE EMOCIONES)

Instrucciones: observa bien las fotografías y decide qué emoción crees que representa.

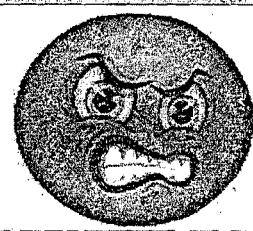
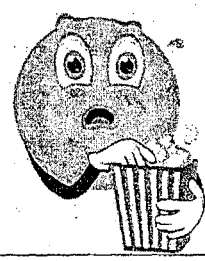
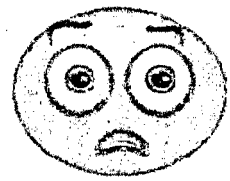
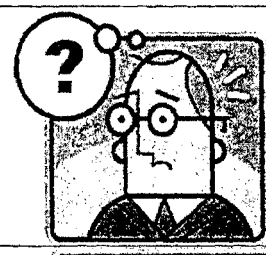
Foto 1		a) Felicidad b) Tristeza c) Enfado
Foto 2		a) Enfado b) Inseguridad c) Miedo
Foto 3		a) Confusión b) Irritación c) Desánimo
Foto 4		a) Alegría b) Abatimiento c) Terror
Foto 5		a) Ira b) Desorientación c) Tensión

Foto 6		a) Depresión b) Excitación c) Aturdimiento
Foto 7		a) Temor b) Indecisión c) Disgusto
Foto 8		a) Aprensión b) Incertidumbre c) Euforia
Foto 9		a) Miedo b) Confusión c) Ira
Foto 10		a) Terror b) Inseguridad c) Tristeza

Cartilla 09

IDENTIFICANDO EMOCIONES DURANTE UNA SEMANA

Instrucciones: como hemos hecho en la sesión, durante esta semana describe emociones que sientas en tu día a día y analiza los componentes de las mismas

EMOCION	¿DONDE ESTABA?	¿QUE PENSABA?	¿QUE HICE?
Aburrimiento	En clase de matemáticas	Esto es muy difícil, no me entra en la cabeza	No atender a la explicación del profesor

Cartilla 10

REGISTRO DE AUTOINSTRUCCIONES

Instrucciones: Intenta usar uno de estos autoinstrucciones la próxima vez que sientas que te estás enfadando ¡Hazlos tuyos!

1. Mientras mantengas la calma, podrás controlar la situación.
2. Vamos a tomar las cosas sin exageración. No te salgas de tus casillas
3. Piensa en lo que quieres conseguir.
4. No necesitas demostrarle nada a nadie.
5. No hay motivo para molestarse.
6. Busca las cosas positivas.
7. No permitirás que esto te moleste.
8. Probablemente no es feliz, por eso se muestra tan molesto.
9. No puedes esperar que la gente actué como tú quieras.
10. Tus músculos están tensos. Es hora de relajarte.
11. Probablemente está buscando que pierdas los papeles ¡contrólate!
12. ¡Alto!. Respira hondo varias veces.
13. Intenta resolver el problema. Puedes tratar con respeto a esa persona.

Cartilla 11

HOJA DE REPRESENTACION DE PAPELES DE CONTROL DE LA IRA

Instrucciones: Escribe las situaciones siguientes y después decide qué auto instrucciones de afrontamiento usarías en cada caso.

Situación 1

Tu compañero se come tu refrigerio

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 2

Tu compañero (a) te insulta delante de tu enamorado(a)

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 3

El profesor te acusa de copiarte y te quita el examen, no siendo cierto eso

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 4

Tu hermano(a) se pone tu ropa nueva y la ensucia

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 5

Ves a tu enamorado (a) besándose con otro (a)

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 6

Tu grupo de amigos te condiciona para que puedas continuar en el grupo, a que le demuestres que puedes tomar licor hasta embriagarte y a hacer uso de otras drogas.

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 7

Le informas a tu enamorado que estás embarazada y te dice que él no lo había previsto, que te dejará de ver y da por terminada la relación.

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 8

Tu enamorado te pone como condición tener relacione sexuales para continuar como pareja.

¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Cartilla 12

¿QUÉ DECISIÓN TOMARÉ?

Martha y Luis son premiados con entradas para un programa de concursos para jóvenes en la televisión, donde se presentará además un artista internacional del momento, coincidentemente, ese día tienen programado el último examen de matemáticas y no saben qué decisión tomarán.

Siguiendo los pasos descritos exprésanos ¿Cuál sería la mejor decisión a tomar?

PASOS PARA UNA DECISIÓN ACERTADA

1. Definir cuál es el problema: ¿Cuál es el motivo de preocupación?, ¿Cuál es la Situación?, ¿Cuál es el problema?; si no está claro, se buscara más información.

2. Proponer las alternativas: Considerar varias alternativas, mínimo 5.

3. Considerar el pro y contras de cada alternativa: Analizar cada alternativa en base a sus consecuencias.

4. Elegir la(s) mejor(es) alternativa(s): Se hará en función a la(s) alternativa(s) que presente más probabilidades positivas.

5. Ejecutar la(s) alternativa(s) elegida(s): Poner en práctica la(s) alternativa(s)

Elegida(s).

6. Evaluar el resultado: Se realizará, después de haber ejecutado la(s) alternativa(s) elegida(s); es positivo si el problema disminuye o desaparece, ante lo cual felicítense.

Es negativa si el problema sigue igual o peor, entonces vuelva desde el principio a aplicar los pasos de toma de decisiones.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN -HUANUC
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los....6.....días del mes de .....Mayo.....del 2015, siendo las ....11:30...., se reunieron en la Sala de Graduaciones de la Escuela de Post Grado, Aula 104, los Miembros integrantes del Jurado Examinador de la Tesis Colectiva titulada: **"EFECTO DEL PROGRAMA "DE CARA AL FUTURO" PARA REDUCIR EL RIESGO SUICIDA EN ALUMNOS DEL 5TO. AÑO DE SECUNDARIA HUANUCO - 2014",** de los Bachilleres en Psicología LINA JESARELL CABANILLAS BERAUN y CESAR GABRIEL BRAVO AVILA, procediendo a dar inicio al acto de sustentación de tesis, para el otorgamiento del título de Licenciado en Psicología, siendo los Miembros del Jurado los siguientes:

- **Dr. ENRIQUE SUERO ROJAS** — **PRESIDENTE**
- **Psic. JESUS CALLE ILIZARBE** — **SECRETARIO**
- **Psic. GABRIEL COLETTI ESCOBAR** — **VOCAL**

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a deliberar y verificar la calificación, habiendo obtenido las notas y el resultado siguiente:

GRADUANDOS	1° Miembro	2° Miembro	3° Miembro	Prom. Final
CABANILLAS BERAUN LINA JESARELL	17	17	17	17
BRAVO AVILA CESAR GABRIEL	17	17	17	17

OBSERVACIONES:

.....

Se da por concluido, el Acto de Sustentación de la Tesis a horas 1.25 pm, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTA

.....
SECRETARIO

.....
VOCAL