

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Título del proyecto**

**NIVEL DE RESILIENCIA Y RIESGO SUICIDA EN LAS PACIENTES DE LA  
UNIDAD INFANTO-JUVENIL DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO  
CORAZÓN”.**

**Autor:** Marco Sebastián Salazar Morales.

**Tutor:** Dr. Byron Boada A. Mg.

**Riobamba - Ecuador**

**2017**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **REVISIÓN DEL TRIBUNAL**

Los miembros del Tribunal de graduación del proyecto de investigación con el título: **NIVEL DE RESILIENCIA Y RIESGO SUICIDA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”**, presentado por **Marco Sebastián Salazar Morales** y dirigido por el Dr. Byron Boada; una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito como trabajo de titulación y, constatando el cumplimiento de las observaciones realizadas remiten la presente para uso y custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Psi. Cl. Cristina Procel. Mg.

**Miembro y Presidenta del Tribunal**

**Firma**

Dr. Byron Boada. Mg.

**Tutor**

**Firma**

Psi. Cl. Lilián Granizo. Mg.

**Miembro del Tribunal**

**Firma**

Psi. Cl. Alejandra Sarmiento. Mg.

**Miembro del Tribunal**

**Firma**

# DECLARACIÓN EXPRESA DE TUTORÍA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

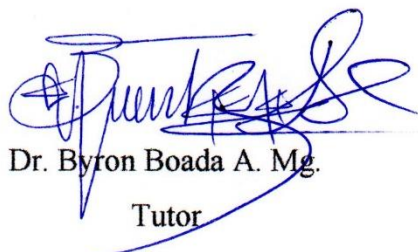
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## CERTIFICADO

Certifico que el señor **Marco Sebastián Salazar Morales** con C.C. No. 060398505-2, egresado de la Carrera de Psicología Clínica, una vez revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, razón por la que, se encuentra apto para presentarse a la defensa pública del proyecto de investigación con el título: **NIVEL DE RESILIENCIA Y RIESGO SUICIDA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN”.**

Riobamba, 05 de diciembre de 2017.



Dr. Byron Boda A. Mg.  
Tutor

## AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a: **Marco Sebastián Salazar Morales** siendo supervisado por el docente Dr. Byron Boada Mg; y el patrimonio intelectual pertenece a la Universidad Nacional del Chimborazo.

  
Marco Sebastián Salazar Morales

060398505-2

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, hermanos y novia, por su inmutable y fidedigno apoyo.

A quienes han sido para mí facilitadores de aprendizajes significativos a lo largo de mi formación como psicólogo.

A las participantes de la investigación y sus representantes por coadyuvar con este aporte.

## **DEDICATORIA**

Al Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, y a la Universidad Nacional de  
Chimborazo.

A los padres y tutores que asumen el reto y la responsabilidad de guiar a adolescentes  
con amor.

A quienes enfrentan y han enfrentado el suicidio, pues *existir es luchar siendo*.

# ÍNDICE

PORTADA.....	i
REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	ii
DECLARACIÓN EXPRESA DE TUTORÍA .....	iii
AUTORÍA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PROBLEMA .....	2
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	3
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	5
3. ESTADO DEL ARTE .....	6
3.1 Antecedentes de la investigación .....	6
3.2 NIVEL DE RESILIENCIA.....	8
3.2.1 Definición de resiliencia .....	8
3.2.2 Características de la resiliencia.....	9
3.2.3 La familia y el desarrollo de la resiliencia .....	11
3.2.4 Adolescentes resilientes .....	13
3.2.5 Adolescentes no resilientes .....	14
3.2.6 Importancia de la resiliencia .....	14
3.3 RIESGO SUICIDA .....	15
3.3.1 Definición de suicidio .....	15
3.3.2 Características del suicidio en adolescentes .....	16
3.3.3 Factores determinantes y desencadenantes del suicidio en adolescentes .....	18
3.4 LA RESILIENCIA ANTÍDOTO CONTRA EL SUICIDIO .....	20
3.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	21
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	23

4.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
4.3	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
4.4	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	24
4.4.1	Población: .....	24
4.4.2	Muestra: .....	24
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	25
4.5.1	Técnicas: .....	25
4.5.2	Instrumentos: .....	25
4.5.3	Técnicas para procesamiento e interpretación de datos: .....	26
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	27
5.1	RESULTADOS .....	27
5.2	DISCUSIÓN .....	29
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	32
6.1	CONCLUSIONES .....	32
6.2	RECOMENDACIONES .....	33
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
8.	ANEXOS .....	38
	ANEXO N. 1. Consentimiento Informado.....	38
	ANEXO N. 2. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. ....	39
	ANEXO N. 3. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. ....	41



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. ....	27
Tabla N. 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. ....	28
Tabla N. 3. Correlación de la Tau-b de Kendall. ....	28

## RESUMEN

En el Ecuador la incidencia del suicidio es alta en concordancia con las estadísticas internacionales, además, por la tendencia a la desestructuración familiar en la actualidad, la adolescencia se convierte en una población vulnerable por las carencias experimentadas y escasa capacidad de resiliencia. Por lo que, la presente investigación se encamina a describir la influencia del nivel de resiliencia en el riesgo suicida; parte de un diseño transversal no experimental, aplicado en una muestra no probabilística determinada por criterios de inclusión y exclusión, conformada por 20 pacientes adolescentes mujeres atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito. Se empleó dos instrumentos cuantificables: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, obteniéndose como resultados que: el 70% de las adolescentes presentan bajos niveles de resiliencia, el 25% niveles medios, y el 5% niveles altos. Asimismo, el 90% de las adolescentes se encuentran con tentativa de riesgo suicida, mientras que el 10% restante no. Además, el análisis de correlación realizado en el paquete estadístico SPSS 24.0 exhibió que entre el nivel de resiliencia y la presencia de riesgo suicida existe una significativa correlación negativa. Determinándose con el estudio que, a menor nivel de resiliencia aumenta el riesgo de ideación o acto suicida en las adolescentes; siendo esta correlación aplicada inversamente, se plantea que a mayor nivel de resiliencia menor es el riesgo de suicidio.

**Palabras clave:** Resiliencia, riesgo suicida, adolescentes, pacientes institucionalizadas.

## ABSTRACT

In Ecuador, the incidence of suicide is high in accordance with international statistics, at present also because of the tendency towards family breakdown, adolescence becomes a vulnerable population due to the experienced shortages and poor resilience. Therefore, this investigation is directed to describe the influence of the resilience level in the suicide risk; it starts from a non-experimental cross-sectional design, applied in a non-probabilistic sample determined by inclusion and exclusion criteria, composed of twenty female adolescent patients treated in the Child-Youth Unit of the "Sacred Heart" Psychiatric Institute in Quito city. Two quantifiable instruments were used: The Wagnild and Young Resilience Scale, and the Plutchik Suicide Risk Scale, as results gotten were: 70% of adolescents show low levels of resilience, 25% average levels, and 5% high levels. Likewise, 90% of adolescents are at a suicide attempt risk, while the remaining 10% are not. In addition, the correlation analysis performed in the statistical package SPSS 24.0 showed that there is a significant negative correlation between the level of resilience and the presence of suicide risk. This study determined that, a lower resilience level; the risk of suicidal ideation or act in adolescents increases; this correlation is being inversely applied, it proposes that when there is a higher resilience level, the suicide risk is lower.

**Keywords:** Resilience, suicide risk, teenagers, institutionalized patients.



SIGNATURE



Reviewed by: Maldonado, Ana  
Language Center Teacher

# 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que se ha acrecentado en la presente época posmoderna, siendo evidente el fenómeno en nuestro contexto social, y a la vez un problema de salud pública, mismo que en el 2014 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) determina al suicidio como la décima novena causa de muerte en el país con 734 víctimas.

La incidencia del suicidio evidencia un problema de salud pública causado comúnmente por factores de riesgo internos, como el bajo nivel de resiliencia por escasos recursos de elaboración psíquica, estrategias de afrontamiento, baja tolerancia a la frustración y otros; y factores de riesgo externos como familias disfuncionales, sobreprotección, excesivos recursos materiales o paupérrima estabilidad económica, entre otros. Determinándose de esta forma la relevancia de la presente investigación.

Por lo tanto, el estudio se enfocará en una población en riesgo de suicidio, tomando en cuenta los factores de riesgo y de protección, concomitante a la capacidad de resiliencia, a fin de beneficiar a las adolescentes evaluadas en esta investigación. Siendo el objetivo de estudio: *determinar la influencia que tiene el nivel de resiliencia y el riesgo suicida en las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”*.

La investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal no experimental, aplicado en una muestra no probabilística determinada por criterios de inclusión y exclusión, conformada por 20 pacientes adolescentes mujeres atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito. A través de las escalas psicométricas: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

## 1.1 PROBLEMA

La resiliencia ha sido definida por autores como Werner, Rutter y Lyubomirsky a partir de la década de los 90; sin embargo, Segal (citado por Quiceno, Mateus, Cardenas, & Vinaccia, 2013) refiere que se conoce muy poco sobre la disuasión de la ideación suicida por influencia de la resiliencia. Se comprende por resiliencia a la capacidad de adaptarse ante situaciones adversas y la habilidad para resolverlas, reponerse e incluso sacar provecho de las mismas. El diccionario de psicología APA (2010), define: “proceso y resultado de adaptarse debidamente a experiencias de vida difíciles o desafiantes, especialmente mediante una flexibilidad y una adaptación mental, emocional y conductual a las exigencias externas e internas” (p. 446).

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (2017), el suicidio consumado cobra más de 800 mil víctimas por año en todo el mundo, asimismo describe que los intentos suicidas se evidencian en mayor porcentaje, aumentando el 30%. Los intentos de suicidio en la población se presentan de diversas formas: a través de la autointoxicación con productos químicos (medicamentos, plaguicidas, y otros), el ahorcamiento, el uso armas de fuego, lanzamiento al vacío, etc. Cifras obtenidas en nuestro país a través del INEC (2014), determinan al suicidio como la décima novena causa de muerte en el país con 734 víctimas. En la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, de la ciudad de Quito, son atendidas de cinco a siete pacientes mujeres menores de edad, en un período de internamiento de 21 días cada una, de los cuales alrededor del 70 % ha sido ingresada al instituto por intento suicida.

Se menciona como dato importante, el hecho de que las pacientes ingresaron a la Unidad Infanto-Juvenil por intento suicida fallido o riesgo del mismo; además, parte de las pacientes presentan un consumo nocivo de sustancias, trastornos del humor y trastornos de conducta por distintas causas como: familias disfuncionales, relaciones interpersonales enfermizas, alta vulnerabilidad al estrés y baja resiliencia, entre otras. Por lo cual, se infiere que el bajo nivel de resiliencia es un potencial factor de riesgo para el suicidio, así también la alta resiliencia un factor de protección al riesgo suicida.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La resiliencia representa un factor positivo, siendo a la vez indicador de una personalidad bien estructurada, sin embargo, la capacidad de resiliencia en la sociedad, específicamente en los adolescentes, es baja, razón que motiva el presente estudio.

Es importante determinar la influencia del bajo nivel de resiliencia en el riesgo suicida de las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, pues al encontrarse atravesando la crítica etapa de la adolescencia, en la que se conjugan cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, determinando comportamientos que pueden ser favorecidos o desfavorecidos por las manifestaciones positivas o negativas en los contextos familiares, sociales y académicos, factores de relevancia en el desarrollo de los adolescentes. Pudiendo observarse que, los factores desfavorables, la inestabilidad emocional y frustraciones personales conducen a tomar decisiones inapropiadas por el bajo nivel de resiliencia. Un bajo grado de resiliencia es equivalente a la dificultad y/o incapacidad para la resolución de problemas, lo que deriva en frustración, estrés, ansiedad, depresión, y en casos extremos la ideación y comportamiento suicida.

La investigación es relevante puesto que la adolescencia es la etapa en la que se consolidan las fortalezas o debilidades psíquicas, aprendidas previamente en los contextos familiares. Siendo así, la familia con su característica funcional o disfuncional fomentará en el desarrollo de sus hijos adolescentes la capacidad de manifestarse con resiliencia o no. De la misma forma, en razón de la disfuncionalidad familiar, la resiliencia no será aprendida y/o practicada por los adolescentes, circunstancia que en muchos casos conlleva al suicidio; el INEC dio a conocer que en el 2014 se suicidaron 734 personas en nuestro país.

El desarrollo de comportamientos positivos acompañados de capacidades constructivas como es la resiliencia se logrará con el ejemplo (modelamiento) de los padres de familia o tutores, mismos contribuyen para que los adolescentes no sucumban

ante las circunstancias negativas o factores de riesgo que impulsan a poner en riesgo su vida. Justificando de esta forma la presente investigación debido a la trascendencia del tema.

En nuestro contexto hay pocos estudios relativos al tema planteado. Asimismo, en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo no existe investigación similar. Para el estudio en mención se cuenta con los recursos necesarios: bibliografía, población a investigar, tests psicológicos y las autorizaciones institucionales pertinentes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la influencia de la resiliencia en el riesgo suicida de las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Establecer el nivel de resiliencia en las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.
- Identificar el riesgo suicida en las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.
- Relacionar el nivel de resiliencia con el riesgo suicida en las pacientes atendidas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.



### 3. ESTADO DEL ARTE

#### 3.1 Antecedentes de la investigación

A través de la investigación bibliográfica se establece estudios realizados en otros contextos, relacionados al tema de investigación con las variables: *resiliencia* y *riesgo suicida*.

El estudio relativo al tema “*Calidad de Vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes víctimas de Abuso Sexual*”, realizado por Quiceno et al. (2013) de la Universidad de San Buenaventura de Colombia, tuvo como objetivo: determinar la relación entre resiliencia, ideación suicida y la calidad de vida en 50 adolescentes víctimas de abuso sexual en la ciudad de Bogotá. Los participantes respondieron a tres evaluaciones para medir la resiliencia, ideación suicida y la calidad de vida, utilizando la Escala de Resiliencia Adolescente (ARS), el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), y el Cuestionario de Salud y Bienestar para Niños y Adolescentes (KIDSCREEN-52) respectivamente. Los resultados mostraron una tendencia hacia moderados niveles de resiliencia, baja calidad de vida y altos niveles de ideación suicida (58%). Demostrándose así que la resiliencia se relaciona inversamente proporcional con la ideación suicida y directamente proporcional con la calidad de vida, y la ideación suicida es proporcionalmente inversa a la calidad de vida. Concluyendo que el desarrollo de la resiliencia es un factor que protege frente a la ideación suicida y mejora la calidad de vida de los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

La Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat de Barcelona – España realizó una investigación en el año 2016 sobre “*Autoestima, Resiliencia, Locus de Control y Riesgo Suicida en estudiantes de Enfermería*”. Con el objetivo de estudiar la asociación entre dichas variables, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter a 186 estudiantes de enfermería. Los resultados de la investigación fueron:

Las puntuaciones de hombres y mujeres son similares en todas las escalas, excepto en locus de control, donde se aprecia una significativa mayor tendencia de las mujeres a la atribución de control externo. El 6,4% de los estudiantes presentan puntuaciones que indican riesgo suicida. Las puntuaciones en riesgo suicida correlacionan negativa y significativamente con autoestima y resiliencia y positivamente con el locus de control. El análisis de regresión lineal identifica la autoestima como principal variable relacionada con el riesgo suicida. [...] Los resultados sugieren que los estudiantes que presentan baja autoestima tienen dificultades para adaptarse a situaciones adversas y tienden a la atribución externa de las consecuencias de sus acciones pueden presentar un mayor riesgo de conducta suicida. Asimismo, la identificación de la autoestima como importante factor implicado en el riesgo suicida puede ayudar en el diseño de programas de prevención. (Montes-Hidalgo & Tomás-Sábado, 2016, p. 188).

En el año 2009, en la Universidad Nacional de Mar Del Plata – Argentina se realizó la investigación *“Indicadores de riesgo suicida y resiliencia: Un estudio comparativo en adolescentes escolarizados”*, cuyo objetivo fue evaluar indicadores de riesgo suicida y su relación con aspectos resilientes en adolescentes de nivel medio de escolaridad, en el que Galarza (2009) advierte sucintamente, que el bajo nivel de resiliencia, además de otros elementos, es un factor precipitante de la ideación y la conducta suicida. Y durante el año 2013 en la Universidad Femenina Sagrado Corazón de Chiclayo – México se realizó una serie de investigaciones psicológicas entre las que se encuentra una con las variables: *“Factores de Resiliencia y Riesgo Suicida en Adolescentes en estado de abandono”*, siendo el objetivo determinar la relación existente entre la resiliencia y el riesgo suicida. A través de la Escala de Resiliencia para Adolescentes y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik se evaluó a 49 Adolescentes de sexo femenino en la casa hogar, obteniendo como resultados que el 43% de las participantes muestra un nivel bajo de resiliencia, el 51% un nivel medio, y el 6% un nivel alto; y, tentativa de riesgo suicida el 43% de las adolescentes estudiadas, no así el 57%. Al finalizar el estudio se concluyó que ambas variables guardan una estrecha relación entre sí, lo cual demuestra que a mayor resiliencia menor riesgo suicida. “[...] se determinó que existe relación entre los factores de moralidad, humor e iniciativa lo que se explicaría que a mayor nivel de cada uno de estos factores de resiliencia, menor riesgo suicida” (Badaracco, 2013, p. 35).

## **3.2 NIVEL DE RESILIENCIA**

### **3.2.1 Definición de resiliencia**

El Diccionario de Psicología APA (2010) define:

Proceso y resultado de adaptarse debidamente a experiencias de vida difíciles o desafiantes, especialmente mediante una flexibilidad y una adaptación mental, emocional y conductual a las exigencias externas e internas. Hay muchos factores que contribuyen a la buena o mala adaptación de la gente a las adversidades, entre los que predominan: (a) las formas en que los individuos perciben y participan en el mundo, (b) la disponibilidad y calidad de los recursos sociales y (c) sus ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO específicas [...]. (p. 446)

Bartelt (citado por Becoña, 2006) describe a la resiliencia como: “un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad” (p. 127).

Carretero (2010) expone: “Resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas [...], es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias [...]” (p. 4).

Se determina que la resiliencia es la adaptación mental que abarca las áreas emocional, cognitiva y conductual debidamente estructuradas en razón de una personalidad óptima, reflejando consecuentemente capacidad autorreguladora, autoestima y alto grado de diferenciación. Capacidad que permite a la persona superar exitosamente las crisis vitales normativas o paranormativas presentes, facilitando a la vez una adaptación al medio y sus exigencias con los recursos psíquicos disponibles. En otras palabras, la resiliencia es la habilidad psicológica expresada en mecanismos o estrategias de afrontamiento, que permiten al ser humano desarrollarse con normalidad

a pesar de la aparición de circunstancias desfavorables o escenarios estresantes. Las estrategias de afrontamiento, como lo afirma Martínez (2011), forman parte de la personalidad de cada sujeto. Tomando en cuenta este aporte, las acciones empleadas para dicho afrontamiento (al igual que las personalidades) son diversas, por lo que, cada sujeto tendrá diferentes estrategias para afrontar y/o resolver una misma circunstancia. Como señala Fernández-Álvarez (2011): “un mismo estímulo puede resultar un desafío para algunas personas y un obstáculo inabordable para otras” (p.158).

“Puede ser más importante *el tipo de paciente que tiene un trastorno* que *el tipo de trastorno que tiene el paciente*” (Norcross).

### 3.2.2 Características de la resiliencia

Magnano, Crapar & Paolillo (2016) posicionan a la resiliencia con el optimismo, la autoeficacia y la esperanza, especificándolas como el “Capital Psicológico Positivo” del ser humano, ya que “[...] juega un rol en la mediación de los efectos del apoyo del entorno organizacional con el desempeño en el trabajo” (p. 10). Bajo esta perspectiva, se infiere que la resiliencia influye y/o determina el funcionamiento de otros procesos vitales prácticos. Como lo postulan los autores (Magnano et al., 2016) respecto de la resiliencia como una capacidad del comportamiento humano conjugada con la inteligencia emocional, al exponerse ante el estrés provocado por determinadas situaciones. Por lo anotado, se afirma que, una persona resiliente posee un grado de diferenciación significativo, constituido por un perfil o características que difieren de una persona no resiliente.

En lo que concierne a perfil (de una persona resiliente), Wolin y Wolin (citados por Roizblatt, 2006), pioneros en especificar algunas particularidades sobre esta potencialidad humana, explicando como el “mandala de la resiliencia”, determinado por los autores para aglutinar e interrelacionar las características que hacen resiliente a un adolescente, así:

Introspección [insight]: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta.

Independencia: Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

Capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.

Iniciativa: Placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.

Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. [...] son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia, y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores de discriminar entre lo bueno y lo malo. (p. 725)

Es necesario agregar dos importantes características, que toma en cuenta la Organización Panamericana de la Salud:

Resolución de problemas: Habilidad de tratar nuevas soluciones para problemas cognitivos y sociales a través del pensamiento abstracto y reflexivo (Munist et al., 1998).

Sentido de propósito y futuro: “Expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de anticipación y de la coherencia” (p. 22).

### 3.2.3 La familia y el desarrollo de la resiliencia

La familia es el contexto en el que el ser aprende a recibir y dar afecto y a interaccionar socialmente respecto de una convivencia racional. En el contexto familiar, el desarrollo biopsicosocial de los niños y adolescentes tendrá íntima relación con las características de funcionalidad o disfuncionalidad de las figuras paternas y otros adultos que conforman los sistemas familiares. Las familias funcionales o nutridoras, por fomentar óptimas relaciones intrafamiliares, contribuirán en gran medida al desarrollo de la autoestima y consecuentemente de la resiliencia en los niños y adolescentes. Al respecto Satir (2002) menciona: “Las familias nutricias pueden planificar. Si hay algo interesante que interfiera con el proyecto, son capaces de hacer ajustes, y a menudo lo hacen con sentido del humor. De esta manera pueden resolver, sin ser presas del pánico, [...]” (p. 28).

López, Etxabarria, Fuentes & Ortiz (2011) explican: “la familia es el contexto más deseable de crianza y educación de niños y niñas y de adolescentes” (p. 267-268); determinándose que el sistema parental influye en la descendencia modelos o estilos de educación que, de ser positivos fomentarán la resiliencia en los hijos.

Losada & Latour (2012) consideran que las fortalezas psíquicas y los factores protectores en los niños y adolescentes están relacionadas fundamentalmente al grupo familiar, y en segundo lugar a los grupos de pares y a los grupos sociales del contexto escolar donde se desenvuelve –en este caso– el adolescente. Concomitante a lo anotado, Gómez & Kotliarenco (2010), definen a la resiliencia en el contexto familiar como:

[...] una fuerza que se opone a la devastación potencial de la adversidad [...], como los patrones conductuales positivos y competencias funcionales que la unidad “familia” demuestra bajo estrés o circunstancias adversas, determinando su habilidad para recuperarse manteniendo su integridad como unidad, al tiempo que asegura y restaura el bienestar de cada miembro de la familia y de la familia como un todo. (p. 108-111)

López et al. (2011), respecto del “APEGO EN LA ADOLESCENCIA”, manifiestan: “Necesitan de la incondicionalidad y la disponibilidad de las figuras de apego para sentirse seguros y abrirse cada vez más y de forma más atrevida y hasta arriesgada a otras relaciones sociales [...]” (p.69). Además, afirman que la influencia familiar en un adolescente es el primero y más firme determinante de las relaciones interpersonales fuera del núcleo familiar, haciendo que éstas sean una pequeña representación de la estructura y funcionalidad del sistema familiar de origen. Los autores mencionados establecen que: “[...] la familia es quien mejor puede promover su desarrollo personal [...]” (p. 268).

La protección y seguridad que la familia representa para los adolescentes, es vital para cada uno de sus miembros cuando las situaciones de adversidad se hacen presentes y se vuelve necesario responder a ellas de forma resiliente. A lo que Gómez & Kotliarenco (2010) hacen referencia:

El enfoque de la resiliencia familiar plantea que existen factores protectores cuya definición apunta a la función de “escudo” que ciertas variables cumplen sobre el funcionamiento familiar para mantenerlo saludable y competente bajo condiciones de estrés: por ejemplo, las celebraciones familiares, el tiempo compartido o las rutinas y tradiciones familiares. Estos factores actúan atenuando o incluso neutralizando el impacto de los factores de riesgo sobre la trayectoria evolutiva familiar. (p.111)

Es así que, se puede diferenciar entre las familias que permiten el desarrollo de la resiliencia y las familias que truncan esta capacidad impidiendo que el adolescente enfrente de una forma adecuada la adversidad. Como lo describen Gómez & Kotliarenco (2010), los adolescentes resilientes podrán usar los mismos “escudos” que utilizaron sus padres, o en otras instancias, usar estrategias protectoras diferentes a las utilizadas por sus progenitores. De esta forma, se puede escindir a las familias en dos clases:

*Familias funcionales o nutridoras:* Respecto de este tipo de familia, Boada (2016) explica:

[...] un sistema familiar nuclear [...] es funcional cuando en las interacciones familiares se observa lazos afectivos saludables, comunicación asertiva y flexibilidad [...]; todos sus integrantes se sienten motivados y comparten el afecto necesario, con madurez comparten los logros y las dificultades para superarlas y aprender de los problemas. En este tipo de familia es muy notoria la importancia que se le da a los miembros que conforman la familia, evitando las carencias, los temores y la dependencia; cada integrante aprende, específicamente los niños, a controlar las emociones y consecuentemente a ser resilientes y a diferenciarse. (p. 17)

*Familias disfuncionales o conflictivas:* De la misma forma, Boada (2016), en lo que corresponde a familias disfuncionales, explica:

[...] cuando un sistema familiar es disfuncional, en sus interacciones se va a evidenciar la carencia de asertividad en la comunicación y rigidez en el pensamiento y las actitudes; [...] la desmotivación y las frustraciones priman por la carencia de fortalezas psicológicas para prevenir los problemas y superarlos con madurez; la tendencia a la emocionalidad es marcada por el bajo grado de diferenciación que se observa en el contexto familiar. [...] (p. 17)

Siendo importante recalcar que las reacciones negativas de los padres ante sus aflicciones derivadas de problemas económicos, separaciones o divorcios y otras circunstancias negativas, aumentan la probabilidad de que sus hijos tiendan a afectarse emocionalmente y presenten síntomas psicossomáticos (Roizblatt, 2006).

### **3.2.4 Adolescentes resilientes**

Tomando en cuenta las características de la resiliencia y de la familia funcional o disfuncional, se puede decir que un adolescente resiliente, de acuerdo a lo que formulan López et al. (2011), es el fruto de un estilo de socialización familiar democrático (la adecuada homeostasis entre afecto-comunicación y exigencias-control) que produce características evolutivas positivas como: “Alta autoestima. Competencias



y habilidades sociales. Autocontrol. Autonomía. Recompensas a largo plazo.” (p. 271). Demostrando así, que esta categoría de adolescentes refleja madurez emocional. Martínez (2011) menciona “[...] ha tenido un buen desarrollo haciéndose flexible, maleable y permeable [...], facilitando de esta forma ver otras posibles realidades de existencia” (p. 67). Una mínima parte de estos adolescentes sufren trastornos emocionales, no tendrán la necesidad de visitar con constancia a profesionales de salud mental o mucho menos institucionalizarse por problemas psicológicos o psiquiátricos.

### **3.2.5 Adolescentes no resilientes**

Contrariamente, los adolescentes no resilientes son la consecuencia de un estilo de socialización familiar negligente, caracterizándose por ser vulnerables a problemas psicológicos personales y sociales. Estos adolescentes se destacan por reflejar: “Pobre autoestima. Baja competencia social. Poco control de los impulsos. Poca motivación. No respeto a normas. Inestabilidad emocional. Problemas de conducta” (López et al., 2011, p. 271). Consecuentemente, el psiquismo de este tipo de adolescente, según Martínez (2011): “[...] se ha hecho rígido, poco flexible y con baja permeabilidad, [...] impidiendo a la persona ver otras posibles realidades de existencia, [...]” (p. 53). Por tanto, el adolescente resiliente buscará constantemente ayuda de otros, o se aislará negando su sufrimiento, por lo que debería recibir ayuda psicoterapéutica a nivel primario y secundario ambulatoriamente o internado en comunidades terapéuticas, para mejorar su desarrollo emocional; de no ser así, por los problemas emocionales y su falta de independencia requerirá siempre de ayudas externas (familiares, pares, drogas, instituciones, centros de apoyo, etc.) como mecanismos de compensación, obteniendo una aparente superación de las circunstancias negativas que desencadenan en estrés y conflictos sociales.

### **3.2.6 Importancia de la resiliencia**

Por lo descrito, se destaca la importancia de la resiliencia en el desarrollo humano, específicamente del adolescente. Jabela, Rocha & Serna (2015) expresan: “la

tarea del adolescente es consolidar un sentido de identidad personal integrando cambios [...]” (p. 36-37). El adolescente en formación, es esculpido por las circunstancias positivas y negativas que enfrenta, siendo a la vez vulnerable a las influencias negativas. De los recursos psíquicos iniciales forjados en el núcleo familiar (en ciertos casos sometidos a prueba por las adversidades) se obtiene resultados positivos orientados a un *crecimiento postraumático* significativo para las etapas posteriores de su vida (Jabela et al., 2015), esto es la resiliencia. Sintetizando, la resiliencia está determinada por factores biológicos generando una tendencia resiliente no aprendida (innata) en un niño o adolescente (Munist et al., 1998), característica que será enriquecida por el apego de los padres y las estrategias de afrontamiento que éstos usan para resolver problemas (López et al., 2011; Losada & Latour, 2012); y, es practicada y reforzada en la adolescencia formando parte de su personalidad (Fadiman & Frager, 2010), dando como resultado un adulto emocionalmente sano y flexible ante la variabilidad y la diversidad de circunstancias críticas.

### **3.3 RIESGO SUICIDA**

#### **3.3.1 Definición de suicidio**

La Guía de Intervención mhGAP publicada por la OMS (2011) reseña al suicidio como: “[...] el acto deliberado de quitarse la vida” (p. 73). Gómez, Gutiérrez & De la Espriella (2012) definen al intento suicida como la conducta autoinfligida de manera violenta, acompañada por evidencias implícitas (enmascaradas) o explícitas (muy evidentes) sobre el deseo de muerte, sin la conclusión fatal, la defunción.

Por lo anotado, se puede establecer el *riesgo suicida* como toda exposición o acercamiento a la planificación y ejecución del suicidio.

### 3.3.2 Características del suicidio en adolescentes

Halgin & Krauss (2009) manifiestan que existen personas quienes tienen la intencionalidad de “salir” de sus problemas a través del suicidio, y por otro lado, otras que alertan indirectamente a terceros para que éstos los socorran o auxilien. Lobo & Morales (2016) señalan que el suicidio es mucho más común en adolescentes de sexo masculino, aunque los factores de riesgo afectan de la misma manera a todos sin diferencia de sexos.

Un hecho importante en la persona suicida es su “método suicida”, que consiste en mecanismos o estrategias ideadas y utilizadas para acabar con su vida. En la población colombiana –que es muy parecida a la nuestra– los mecanismos suicidas más prevalentes son: la intoxicación con medicamentos o pesticidas en las adolescentes, y el ahorcamiento en los varones, seguido de métodos más violentos como el uso de armas blancas y armas de fuego (Medina-Perez, Londoño, & Orozco, 2012). Debiendo tomarse en cuenta además otras formas de suicidio como lanzamiento al vacío y el uso de otros productos químicos.

Se vislumbran tres características del suicidio como un proceso, la ideación suicida que puede darse incluso en personas sin trastornos mentales; en segundo lugar, la planificación de intentos autolíticos, y en tercer lugar la ejecución del suicidio como tal. De esta forma, se distingue el pensamiento y la conducta suicida:

*Ideación suicida:* La diccionario APA de psicología (Viveros, 2010) define a la ideación suicida con las siguientes características: “pensamientos suicidas o preocupación por el suicidio [...]. La mayor parte de los casos de ideación suicida no progresan hasta convertirse en un intento de suicidio” (p. 255). Así también, Galarza (2009), acota: “Estas ideaciones, que actúan como indicadores de riesgo, constituyen un importante predictor del acto suicida [...].” (p. 246). Entendiéndose que son producidas por sentimientos de frustración, angustia y desesperanza ante crisis vitales, o conflictos graves –o sin solución

para la persona– que le conducen a sentirse incapaz de superar el problema, optando por tomar la decisión de renunciar a su existencia a través del suicidio.

*Planificación:* Así también, Galarza (2009) describe el paso de la ideación suicida a la planificación: “[...] procesos cognitivos y estados afectivos que pueden variar desde sentimientos sobre la falta de sentido de vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción o elaboración para quitarse la vida” (p. 246). Este proceso está vinculado a los recursos disponibles para llegar al acto suicida, como: armas de fuego, instrumentos cortopunsantes, medicamentos, pesticidas y otros. Conocido es también que, previo al acto suicida, las personas comunican con determinados mensajes como rituales de despedida, consejos, cartas u otros documentos alusivos al suicidio.

*Intento suicida:* Es la conducta planificada dirigida a terminar con la propia vida. “La intención suicida se refiere a qué tan comprometida está la persona a morir” (Halgin & Krauss, 2009, p. 300). El intento puede ser confundido con gestos o conductas parasuicidas. Como lo refieren Castillo, Ballezá, Bertrán, & Valentinuzzi (2011), la transgresión –o la ruptura de un límite– para un adolescente puede ser una “herramienta” multipropósitos relacionada con la etapa vital que transita o con la finalidad de llamar la atención de otras personas.

*Suicidio consumado:* Éste se caracteriza por: “[...] el resultado fatal de la conducta autodestructiva, que puede ser determinado por patología forense, toxicología, investigación criminal, evidencia psicológica y declaración de familiares o testigos” (Gutiérrez, citado por Jiménez, Hidalgo, Camargo & Dulce, 2011, p. 30).

### 3.3.3 Factores determinantes y desencadenantes del suicidio en adolescentes

La vulnerabilidad al suicidio se asocia con la personalidad del individuo. Baud (citado por Halgin & Krauss, 2009) menciona: “[...] se asocia con ciertos rasgos de la personalidad que, a su vez, interactúan con sucesos de vida que aumentan el riesgo de intento de suicidio” (p. 297). Comúnmente se atribuye como una causa prevalente del suicidio a la depresión mayor o depresión grave, sin embargo otras causas como el estrés, las adicciones, la esquizofrenia e incluso específicos trastornos de personalidad pueden dar cabida al fenómeno del suicidio (Viveros, 2010; Halgin & Krauss, 2009). A continuación, se exponen los factores determinantes más frecuentes del suicidio en la población adolescente:

*Disfuncionalidad familiar:* Jiménez et al. (2011) diversifican situaciones disfuncionales en la familia que pueden impulsar el suicidio, como:

la separación de los padres por muerte, el abandono o divorcio, la falta de comunicación con los padres, el conflicto familiar, los bajos ingresos económicos en la familia, el maltrato intrafamiliar, negligencia, la sobreprotección, la muerte de un familiar significativo, el suicidio de un familiar. (p. 38).

Acerca de esta última situación, Agerbo et al. (citado por Gabbard, 2010) refieren que el suicidio consumado por las madres aumenta casi cinco veces la probabilidad de suicidio en sus hijos adolescentes, mientras que el suicidio en los padres hace dos veces más probable el intento suicida en los mismos.

*Relaciones sociales tóxicas:* Armananzas (2013) a través de la metáfora “¿leche o sangre?” alude las relaciones interpersonales que puede mantener un adolescente donde éste recibe nutrientes o pierde progresivamente la vida por las amistades “tóxicas”. Lo tóxico de estas relaciones es que inducen la “sensación de alienación de la sociedad”, provocando que el adolescente se

*aliene* de sí mismo para encajar con la sociedad tóxica, imitando o *contagiándose* del suicidio, llamado también “Efecto Werther” (Jiménez et al., 2011; Gabbard, 2010; Halgin & Krauss, 2009). Los mecanismos de las relaciones tóxicas para provocar el fenómeno suicida en adolescentes es la discriminación, la manipulación, el acoso y maltrato verbal, físico y moral, el abuso sexual, y otros (Jiménez, Hidalgo, Camargo, & Dulce, 2014; Gabbard, 2010).

*Estrés:* Gabbard (2010) refiere que un comportamiento suicida grave está estrechamente relacionado a factores estresantes vitales que producen desespero, desesperanza y ansiedad en el adolescente. Manifestaciones que, según Jiménez et al. (2011) son causadas por problemas académicos: bajo rendimiento, expulsiones y bullying; y problemas interpersonales como ruptura sentimental con una pareja, conflictos disciplinares, otros (Gabbard, 2010).

*Depresión:* Las clasificaciones internacionales inherentes a trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10 y DSM-V) describen a la depresión, clasificándola en razón de su gravedad y recurrencia. En el caso de la depresión grave o depresión mayor, síntoma cardinal es la ideación suicida. La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) respecto del suicidio detalla: “Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo” (p. 105). Destacándose que el suicidio llega a ser la cúspide de la evolución de los síntomas depresivos comenzando con disforia, abulia y anhedonia, seguido por síntomas somáticos respecto del sueño, el apetito y la fatigabilidad; en grado más intenso inhibición psicomotriz grave, pudiendo llegar al suicidio consumado. Observándose en ciertos casos síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones) cuando la manifestación depresiva es grave (López, 1993; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

*Adicciones:* Gabbard (2010) asocia el abuso y dependencia de sustancias a la intención suicida más que a la ideación. Además, en consonancia, Jiménez et al. (2011) exponen que el intento de suicidio es más frecuente en adolescentes consumidores que poseen de base alteraciones de personalidad significativas (bordeline), riesgo de agresividad e impulsividad.

### **3.4 LA RESILIENCIA ANTÍDOTO CONTRA EL SUICIDIO**

La resiliencia –al igual que otros recursos psicológicos del ser humano– forma parte de la personalidad del individuo que, dependiendo de la estructura positiva o negativa la resiliencia será evidente o no.

Se posiciona a la resiliencia como *antídoto* contra el suicidio siendo éste la cumbre de la degradación gradual de la salud mental, ya sea por trastornos del humor, neuróticos y psicóticos, consumo de sustancias psicoactivas, o conflictos psicosociales. Esta declinación del potencial humano lleva a que el sujeto utilice estrategias de afrontamiento incorrectas o insuficientes para resolver eficazmente una situación crítica, haciendo que el abandonar su existencia sea imprescindible, para, en lugar de “callar el ruido” intrusivo, se busque el dejar o ya no ser capaz de escucharlo. De esta forma, cuando la familia genera y facilita los recursos necesarios para que la resiliencia se desarrolle en los niños y adolescentes, está *insertando* un *antídoto psíquico* en ellos, que les permitirá enfrentar y superar las circunstancias negativas emergentes, convirtiéndose el niño o el adolescente en el protagonista del uso de sus recursos psíquicos (resiliencia) para menguar la afectación generada ante el fenómeno estresante, acrecentando a la vez el potencial psicológico personal por sus previos crecimientos postraumáticos. Las principales características de la resiliencia: introspección, iniciativa y creatividad (ya enunciadas), no permiten que las conductas suicidas sean una opción ejecutable para resolver los problemas, pues éstas harán que el adolescente sea un buscador activo de su propio bienestar subjetivo –o felicidad–, y del crecimiento personal (Seligman, 2016; Lyubomirsky, 2011; Vera, Carbelo, & Vecina, 2006; González, 2004).

### 3.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Afrontamiento (*coping*):** el diccionario de Psicología APA (2010) define: “uso de estrategias cognitivas y conductuales para enfrentar las exigencias de una situación cuando se valora que son muy pesadas o que exceden los recursos, o para reducir las emociones negativas y el conflicto que ocasiona estrés” (p. 13).

**Depresión:** es definida por Consuegra (2010) como:

Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. [...] incluyen trastornos del apetito, del sueño, psicomotores, fatiga y pérdida de energía [...] trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés, sentimientos de autodevaluación personal [...] e ideación suicida [...]. (p. 68)

**Efecto Werther:** “[...] acuñado por D. P. Phillips en 1974 para describir la sugestión en la conducta suicida” (Jiménez et al., 2011, p. 40). Basado en la novela “Las desventuras del joven Werther” de Goethe, donde se narra sobre el joven Werther que, al no tener esperanzas en el amor llega a suicidarse; este relato produjo el efecto de contagio en muchos adolescentes por identificarse con aquel personaje.

**Factor de protección:** particularidad propia (de la persona), circunstancia situacional, contexto o entorno con la capacidad de prevenir y/o superar enfermedades o trastornos mentales.

**Factor de riesgo:** característica genética, ambiental o conductual asociada a la probabilidad creciente de que una enfermedad o trastorno mental se desarrolle en un individuo (Viveros, 2010).

**Frustración:** Consuegra (2010) la puntualiza como: “Situación en la que se halla el sujeto cuando encuentra un obstáculo que no le permite satisfacer un deseo o alcanzar una meta. / Estado de vacío o de anhelo insaciado que surge cuando la persona se encuentra frente a un impulso, deseo u objetivo que no puede satisfacer” (p. 126).

**Parasuicidio:** el diccionario APA de Psicología (2010) define: “conjunto de comportamientos que suponen un daño personal deliberado muy cercano al suicidio y que puede o no tener la intención de derivar en muerte. Comprende el intento de



suicidio y el suicidio pasivo (es decir, un comportamiento autodestructivo ambiguo)” (p. 365).

**Personalidad:** esquema global de rasgos comportamentales, temperamentales, caracterológicos, emocionales y mentales de un individuo, que se conjugan como una manera relativamente establecida y única de sentir, pensar y comportarse en diferentes contextos (Consuegra, 2010).

**Psicología positiva:** “campo de la teoría y la investigación psicológica que se concentra en los estados psicológicos (p. ej., satisfacción, gozo), los rasgos individuales o las fortalezas de carácter (p. ej., intimidad, integridad, altruismo, sabiduría) [...]” (Viveros, 2010, p. 416).

**Relaciones interpersonales tóxicas:** Stamateas (2011) establece que “Se tratan de *personas tóxicas* que potencian nuestras debilidades, nos llenan de cargas y frustraciones” (p. 7).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

**De campo:** La investigación se desarrollará a través de un procedimiento sistematizado que posibilitará la recolección de datos en un contexto específico, la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

**Bibliográfica:** La teoría que servirá de base a la investigación y que además corroborará los datos obtenidos en la misma ha sido extraída de medios bibliográficos como libros, revistas, artículos científicos, etc.

### 4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

**Diseño Transversal – No Experimental:** Tipo de estudio a realizar sin manipular las variables, únicamente observando los fenómenos en su ambiente natural a fin de analizarlos (Hernández-Sampieri et al., 2014). Se recolectarán los datos “[...] en un solo momento, en un tiempo único” (p. 154).

### 4.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

**Descriptivo:** La investigación será descriptiva, pues se centra en recolectar datos sobre el nivel de resiliencia y el riesgo suicida en las pacientes de la Unidad Infanto-Juvenil, y detallar si el nivel de resiliencia repercute o no en el riesgo suicida. Este nivel de investigación “Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 92).

## 4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

**4.4.1 Población:** 20 pacientes mujeres adolescentes internadas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

**4.4.2 Muestra:** Dirigida o no probabilística, el investigador orienta la selección de la muestra a través de características específicas de la misma para determinar criterios de inclusión y exclusión (Hernández-Sampieri et al., 2014). La muestra está conformada por 20 pacientes adolescentes mujeres, internadas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

### *Criterios de Inclusión:*

- Pacientes de sexo femenino.
- Rango de edad entre 13 y 17 años.
- Pacientes internadas.
- Aceptación de consentimiento informado.

### *Criterios de Exclusión:*

- Pacientes de sexo masculino.
- Adolescentes menores de 13 años.
- Adolescentes mayores de 17 años.
- Pacientes atendidas en consulta externa.
- No aceptación de consentimiento informado.

## 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 4.5.1 Técnicas:

**Psicométricas:** “Teoría y técnica psicológicas [...] de la medición mental. Rama de la psicología que aborda factores mensurables.” (Viveros, 2010, p. 417). Instrumentos de evaluación psicométrica en la investigación científica, como en el presente caso que, a través de las escalas de los tests se medirá las variables: nivel de resiliencia y riesgo suicida.

### 4.5.2 Instrumentos:

*Escala de resiliencia de Wagnild y Young:* La escala fue creada en 1988 y revisada en 1993 por Wagnild y Young (1993) con el objetivo de evaluar la conducta resiliente en adolescentes y adultos. Fue adaptada a la población peruana con un alto grado de confiabilidad, obteniendo un índice de 0.89 en el Alfa de Crombach (Badaracco, 2013; Baca, 2013). Puede aplicarse individual y colectivamente (autoaplicada); está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo y 7 es (totalmente) de acuerdo.

El rango general de puntajes varía entre 25 y 175 puntos, los mismos que a través de una adaptación validada en Perú (población paralela a la nuestra) establecen niveles de resiliencia: Baja resiliencia de 25 a 90 puntos, Mediana resiliencia de 91 a 103 puntos, y Alta resiliencia de 104 a 175 puntos (Badaracco, 2013).

*Escala de riesgo suicida de Plutchik:* La escala fue diseñada por Plutchik, Van Praag, Conte y Picard en el año 1989 (Badaracco, 2013; Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz, & Bousoño, 2006); validada en Perú y Colombia en la década pasada alcanzando una significación de 0.772 en el Alfa de Crombach, demostrando así que el instrumento tiene un grado medianamente alto de confiabilidad (Ramírez & López, 2013; Bobes et al., 2006).”. Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder a cada uno con “Sí” o “No”; incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad

de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Está diseñada para evaluar el riesgo suicida de forma individual; permite discriminar entre individuos “con tentativa de suicidio” e individuos “sin tentativas de suicidio

Cada respuesta afirmativa evalúa un punto y cada respuesta negativa cero puntos, la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15; a partir de cero a cuatro puntos se considera una persona “sin tentativa de riesgo de suicidio”; y, a partir de cinco a 15 puntos se categoriza como “con tentativa de riesgo de suicidio” (Badaracco, 2013, p. 38).

#### **4.5.3 Técnicas para procesamiento e interpretación de datos:**

Se realizarán pruebas de la normalidad, análisis de frecuencias y correlación bivariada con el paquete estadístico SPSS versión 24.0.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 RESULTADOS

De la muestra constituida por 20 pacientes adolescentes de sexo femenino, internadas en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito, en el rango de edad comprendido entre 13 y 17 años, con la media equivalente a 15.5, la mediana a 16, la moda a 16, y desviación estándar de  $\pm 1.23$ , se obtuvo los siguientes resultados:

Se realizó la prueba de la normalidad con la finalidad de conocer si los datos obtenidos siguen una distribución normal, aplicando la prueba de Shapiro–Wilk, ya que la muestra es menor a 30. Siendo el  $P < 0.05$  podemos decir que los datos siguen una distribución distinta a la normal, por lo que se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas.

**Tabla N. 1. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.**

	<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Resiliencia</b>	Bajo	14	70%
	Medio	5	25%
	Alto	1	5%
	Total	20	100%

A través de la aplicación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young: se obtuvo puntajes con una media de 86.3, una mediana de 99 puntos, y una moda de 79 puntos. Observándose que el 70% de la muestra presenta bajos niveles de resiliencia, el 25% niveles medios, y el 5% un nivel alto de resiliencia. Siendo predominante el bajo nivel de resiliencia.

**Tabla N. 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.**

	<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Riesgo suicida</b>	Con tentativa de riesgo suicida	18	90%
	Sin tentativa de riesgo suicida	2	10%
	Total	20	100%

En lo que corresponde al riesgo suicida, se observa puntajes con una media de 8.8, una mediana de 5 puntos y una moda de 10 puntos. Determinándose que el 90% de las pacientes presentan tentativa de riesgo suicida, mientras que el 10% no presentó tentativa de riesgo suicida. Infiriéndose el riesgo suicida por su porcentaje alto como un problema de salud pública relevante.

Se aplicó la prueba de correlación bivariada de Tau-b de Kendall, debido a que los datos adquiridos son de tipo no paramétricos.

**Tabla N. 3. Correlación de la Tau-b de Kendall.**

	<i>Variable</i>	<i>Sig.</i>
<b>Correlación de Tau-b de Kendall</b>	Resiliencia	0,012
	Riesgo suicida	

Al realizar la prueba de correlación de la Tau-b de Kendall, se obtuvo correlación de -0.565 a un nivel de significancia de 0.05, alcanzándose 0,012 de significancia, entendida como una correlación estadísticamente significativa entre las dos variables inherentes a la investigación realizada. Siendo esta correlación de variables negativa o inversamente proporcional entre sí por los coeficientes de correlación obtenidos.

## 5.2 DISCUSIÓN

Al considerar los datos recolectados a través de la investigación realizada en razón de las variables: *nivel de resiliencia* y *riesgo suicida*, inherentes al tercer objetivo relativo a la correlación entre las dos variables, se observa que las dos variables son inversa o negativamente proporcionales en su interrelación, pues al existir bajo nivel de resiliencia en las adolescentes investigadas, es evidente que está presente el riesgo de tentativa suicida por los factores de vulnerabilidad psíquicos o recursos psicológicos deficientes en las pacientes.

Se determina de esta forma que, las pacientes adolescentes evaluadas en la Unidad Infanto-Juvenil (en un único momento) no poseen los recursos psíquicos o características de afrontamiento suficientes como la iniciativa para la resolución de problemas, humor, independencia y sentido de propósito para superar las situaciones peliagudas de inmanente importancia para estas adolescentes, desencadenando en tentativa/s y/o intento/s de suicidio, en lugar de afrontar la circunstancia y resolverla como lo haría una persona resiliente. Características mencionadas por Wolin y Wolin (citados por Roizblatt, 2006) y Munist et al. (1998). Asimismo, se evidencia en el estudio realizado, resultados muy claros en lo que corresponde a baja resiliencia (en las adolescentes investigadas), fenómeno derivado de circunstancias desfavorecedoras experimentadas en los contextos familiares, como bien lo exponen López et al. (2011): “Pobre autoestima. Baja competencia social. Poco control de los impulsos. Poca motivación. No respeto a normas. Inestabilidad emocional. Problemas de conducta” (p. 271).

Dependiendo el riesgo suicida del grado de resiliencia en las personas, en el presente caso, en la población estudiada, el nivel de riesgo de suicidio decrecerá si el nivel de resiliencia es alto o mayor al predominante en la muestra. A través de esta correlación es evidente que en la conducta suicida, la ideación e intencionalidad están sujetas a los recursos de afrontamiento del individuo, en este caso, a su nivel personal de resiliencia. Como manifiestan Montes-Hidalgo & Tomás-Sábado (2016), Badaracco (2013), Quinceno et al. (2013), y Galarza (2009) en sus estudios.



Al relacionar los resultados recolectados, en razón de las variables en el presente estudio, guardan una estrecha relación con la investigación “*Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono*” de Badaracco (2013), mismo expone: “[...] lo cual indica que a mayor resiliencia menor riesgo suicida” (p. 39). Y de forma adicional, el autor detalla que, factores de la resiliencia como moralidad, humor e iniciativa están relacionados con el riesgo suicida de manera inversa (al igual que la resiliencia en general); mientras que los factores como insight, independencia, interacción y creatividad no establecen ninguna relación con el riesgo suicida.

Montes-Hidalgo & Tomás-Sábado (2016) en su estudio sobre “*Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería*”, demuestran que las puntuaciones en riesgo suicida están correlacionadas negativamente con la autoestima y la resiliencia; y relacionada positivamente con el locus de control: al ser interno se reduce el riesgo suicida, y si es externo aumenta. Además, los resultados contribuyen al presente estudio, postulando que quienes presentan baja autoestima exhiben problemas para adaptarse a situaciones adversas, es decir que “[...] la autoestima se manifiesta como un predictor significativo de la ideación suicida” (p. 192). Por tanto, se puede considerar a la autoestima como un factor adicional a la resiliencia, pues la relación establecida en el estudio mencionado es inversa al riesgo suicida, posicionándolo a éste como dependiente de los niveles de resiliencia y autoestima.

La investigación: “*Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual*” de Quiceno et al. (2013), cuyos datos exhibidos a través de tres escalas, reflejan la tendencia marcada a bajos niveles de resiliencia, baja calidad de vida y altos niveles de ideación suicida. Reafirmando así, que la resiliencia se relaciona de forma negativa (inversamente) con la ideación suicida, concluyendo que el desarrollo de la resiliencia es un factor que protege frente a la ideación suicida y mejora la calidad de vida de los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual. Planteamientos que guardan concordancia con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Finalmente, en la investigación *“Indicadores de riesgo suicida y resiliencia: Un estudio comparativo en adolescentes escolarizados”*, se puede verificar que, a través de la significancia de los resultados obtenidos sobre el nivel de resiliencia y su influencia en la presencia o ausencia de riesgo suicida en adolescentes, se facilita la contrastación entre la problemática del suicidio y los factores de los cuales ésta depende. Pues al advertir que el bajo nivel de resiliencia, al igual que otros factores, es el eslabón precipitante de la ideación y la conducta suicida, se puede trabajar en esa área, como postula Galarza (2009): “[...] identificar factores que potencian las características resilientes posibilita la transferencia a contextos clínicos, educativos y sociales, y puede orientar el desarrollo de estrategias de intervención que favorezcan comportamientos saludables en los adolescentes y reduzcan las posibilidades de enfermar” (p. 248).

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 CONCLUSIONES

- A través de la escala de resiliencia de Wagnild y Young aplicada a la población estudiada en la Unidad Infanto-Juvenil del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, se logró obtener los siguientes resultados: el 70% bajo nivel de resiliencia, el 25% nivel de resiliencia medio, y el 5% alta resiliencia. Se observa que el mayor porcentaje de las adolescentes evaluadas presenta bajo nivel de resiliencia. Se entiende que la resiliencia es un crecimiento postraumático y aprendizaje significativo para la superación de problemas.
- Respecto del riesgo suicida en la población investigada, por medio de la escala de riesgo suicida de Plutchik, se evidenció que: el 90% presenta tentativa de riesgo suicida, no así el 10%. Se observa de esta forma mayor porcentaje en la tentativa de riesgo suicida, pudiendo determinarse por la alta incidencia la vulnerabilidad de las participantes ante factores que inducen al suicidio.
- En lo que corresponde a la relación entre los objetivos relativos al nivel de resiliencia y el riesgo suicida, se observó una estrecha correlación, especificada a través de la prueba de correlación de Tau-b de Kendall del paquete estadístico SPSS, estableciéndose una correlación inversamente proporcional de los niveles de resiliencia y la presencia de riesgo suicida en las adolescentes de la población estudiada.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- A través de los programas de “Vinculación con la sociedad”, se fomente en la familia la funcionalidad y la resiliencia como fortalezas para el normal desarrollo de las adolescentes, respecto de la estructuración de personalidades óptimas y capacidad constructiva en el contexto social, generando de esta forma antídotos contra el suicidio.
- La Carrera de Psicología Clínica de la UNACH promueva capacitaciones a través de seminarios y talleres sobre resiliencia y suicidio, concomitante al interés por la investigación sobre temas inherentes al presente estudio.
- En los programas de prácticas pre-profesionales, en coordinación con los tutores académicos e institucionales, se desarrolle en las actividades de promoción de la salud mental, temas específicos relacionados con la resiliencia y la prevención del suicidio, fomentando de esta forma la salud mental en la población.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armananzas, G. (2013). *Relaciones tóxicas: Acoso, malos tratos y mobbing*. España: Ediciones Eunate.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guías de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, EEUU: American Psychiatric Association.
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Lima, Perú.
- Badaracco, L. (2013). Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temática Psicológica*. 9 (1), 35.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3 (11). 125-146.
- Boada, B. A. (2016). *Funcionalidad familiar y autoestima en los/as niños/as de 7 a 11 años atendidos en el Hospital Básico 11 BCB "Galápagos" de Riobamba* (Tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas, Guayaquil, Ecuador.
- Bobes, J., García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Cuarta Edición. Barcelona, España: Ars Médica.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia, una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 1 (27), 1-13.
- Castillo, J., Ballescá, R., Bertrán, S. & Valentinuzzi, A. (2011). La adolescencia y sus vínculos: con lo social, con lo educativo, con la transgresión, con el cuerpo... *Informaciones Psiquiátricas 2011*. 206 (4). 385-398.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. 2ª Edición. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Fadiman, J. & Frager, R. (2010). *Teorías de la personalidad*. 6ª Edición. Argentina: Editorial Alfaomega.

- Fernández-Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Gabbard, G. O. (2010). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Tomo I*. Barcelona, España: Lexus.
- Galarza, A. L. (2009). Indicadores de riesgo suicida y resiliencia: Un estudio comparativo en adolescentes escolarizados. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*. 1 (6), 245-249.
- Gómez, C., Gutiérrez, E., & De la Espriella, M. (2012). *Guías de manejo en psiquiatría*. Tercera Edición. Bogotá, Colombia: Hermanas Hospitalarias.
- Gómez, E. & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 19 (2), 103-132.
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit. Revista de Psicología*. 1 (10), 82-88.
- Halgin, P. & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. 5ª Edición. México: Editora McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, M. P., (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª edición. México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). *Principales causas de Mortalidad. INEC – Defunciones – 2014*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
- Jabela, J. T., Rocha, M. C. & Serna, A. Y. (2015). *La resiliencia en adolescentes de 13 a 15 años y jóvenes de 16 a 18 años privados de la libertad del centro de reclusión Politécnico Luis A. Rengifo*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, Programa de Psicología, Ibagué Tolima.
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C. & Dulce, B. (2011). Una mirada global frente al intento de suicidio. *Revista Unimar*. 58 (1). 28-44.
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C. & Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias de la Salud*. 12 (1). 59-92.

- Lobo, N. J. & Morales, D. F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa – Tolima 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 34 (1). 94-102. DOI: 10.17533/udeea.rfnsp.v34n1a12.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J. & Ortiz M. J. (2011). *Desarrollo Afectivo y Social*. Madrid, España: Pirámide.
- López, J. J. (1993). *CIE-10 Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- Losada, A. & Latour, M. (2012). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en argentina. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 4 (2), 84-97.
- Lyubomirsky, S. (2011). *La ciencia de la felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. España: Ediciones Urano.
- Magnano, P., Crapar, G. & Paolillo, A (2016). Resilience and Emotional Intelligence: which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research. Universidad de San Buenaventura*. 9 (1), 9-20.
- Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de personalidad*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Medina-Perez, O. A., Londoño, A. M. & Orozco, C. (2012). Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008). *Universitas Médica*, 53 (3). 249-259.
- Montes-Hidalgo, J. & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 26 (3), 188-193. Doi: 10.1016/j.enfcli.2016.03.002.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Suecia: Editorial OPS.
- Noa, J. & Miranda, M. (2010). Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *MEDISAN*. 14 (3), 353-358.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *OMS – Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D. & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18 (2), 107-117.
- Ramirez, D., C. & López, G., O. (2015). Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en población civil colombiana y policías activos de la policía nacional de Colombia. *Revista Institucional de la Universidad Popular del César*. 1 (1).
- Roizblatt, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Satir, V. (2002). *Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. 2ª Edición. México: Editorial Pax México.
- Seligman, M. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México D. F., México: Editorial Océano de México, S.A.
- Stamateas, B. (2011). *Gente tóxica. Las personas que nos complican la vida, y cómo evitar que sigan haciéndolo*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. 27 (1), p. 40-49.
- Viveros, S. (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Desarrollo y evaluación psicométrica de la escala de resiliencia. *Journal of Nursing Measurement*. 1 (2). 165-178.



## 8. ANEXOS

### ANEXO N. 1. Consentimiento Informado.



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

– Respeto del paciente –



Hermanas  
Hospitalarias

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ . Cédula de ciudadanía (C.C.): \_\_\_\_\_ .

Nombre del representante legal de la paciente: \_\_\_\_\_ . C.C.: \_\_\_\_\_ .

El estudio a realizar tiene que ver con el NIVEL DE RESILIENCIA Y RIESGO SUICIDA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN y será desarrollado por el practicante Marco Salazar, estudiante del décimo semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, previa autorización de la Dirección Médica del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, en razón de convenio institucional. El objetivo del estudio es determinar la influencia de la resiliencia en el riesgo suicida de las pacientes de la Unidad Infanto-Juvenil.

Nos gustaría que usted como apoderado de la paciente nos ayudara en este estudio, permitiendo que su representada sea parte de la muestra tomada en cuenta para el proyecto de investigación. La participación consistirá en proporcionar datos reales a través de evaluaciones psicológicas sobre el nivel de resiliencia y el estado de riesgo suicida de la paciente, al momento de ingresar a la Unidad Infanto-Juvenil y previo al alta.

Si su representada participa, la información que nos brinde será confidencial. Todos los datos proporcionados por la paciente serán analizados de forma anónima con códigos numéricos dentro de la investigación. Si usted acepta que su representada participe, aún será libre para renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta sobre la participación de su representada en el estudio, usted puede preguntar al responsable de la investigación en cualquier momento.

Por la rigurosidad y la ética que exige la investigación científica, la confidencialidad de las personas será manejada con la debida responsabilidad en el desarrollo del proceso, omitiendo los nombres de la paciente y su representante.

Si usted está de acuerdo en colaborar en el estudio a realizar mismo contribuirá con la ciencia en pro de la salud mental de las adolescentes, se le solicita muy comedidamente firme aceptando su gentil colaboración. Las condiciones para participar en el estudio han sido explicadas y se ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, representante legal de la menor, \_\_\_\_\_, con mi firma abajo, doy el debido consentimiento para que mi representada forme parte del proyecto de investigación con las condiciones explicadas.

Firma del representante legal de la paciente: \_\_\_\_\_ .

Fecha: \_\_\_\_\_ .

– Respeto del investigador –

Yo, Marco Sebastián Salazar Morales, portador de la cédula de ciudadanía 060398505-2, he explicado el objetivo del estudio al representante de la paciente y le he solicitado hacer las preguntas que crea necesario, con el fin de despejar dudas y aclarar plenamente sobre la investigación.

Firma del investigador: \_\_\_\_\_ .

Fecha: \_\_\_\_\_ .

## ANEXO N. 2. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

### Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

ÍTEMS	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy amigo de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7

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

### ANEXO N. 3. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

#### Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

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