

MARC

T-3207

# UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

*[Handwritten signature]*  
14-05-2014



*[Handwritten signature]*  
Presidencia  
*[Handwritten signature]*  
TUTORA

## TESIS DE GRADO

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES EN SITUACION DE CALLE”**

129 h.

**Postulante: Ninoska Beatriz Espinoza Moscoso**



**Tutor: Mg. Sc. Gina Cynthia Cecilia Perez de Muñoz**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2013**

*[Handwritten signature]*  
3207

*Dedicado a:*

*Juan José Espinoza Aliaga, amigo lindo, tu partida abrupta no deja de doler, y a razón de eso trataré de apoyar y ayudar en la medida de mis posibilidades, a aquellas personas que lo necesitan, por el inmenso cariño que aún nos une.*

## **AGRADECIMIENTOS**

- **Agradezco a Dios, por cuidarme y protegerme a diario, regalándome el don de la Inteligencia para forjar una carrera.**
- **Agradezco a mi mamá, mi hermosa Peluchita, que me enseñó a luchar y a pararme en momentos difíciles, brindándome su apoyo y su infinito amor.**
- **Agradezco a mi hijo, Cristhian, que viene a ser mi fuente de motivación y me ayuda a seguir perseverando en la vida por un futuro mejor para nuestra familia, quien con cariño y su inmenso amor me enseñó a ser mejor persona, desde que llegó a este mundo.**
- **Agradezco a mi esposo Víctor, mi amado Bonejito, que día a día me ayuda a crecer profesionalmente y a quien le debo la consagración de mi carrera y una vida llena de alegrías y logros.**
- **Agradezco a todos mis amigos y familiares que me apoyaron, que me ayudaron a salir adelante, en especial a Paola, Roxana y mi papá René, mi familia, que más allá de mis errores, me acepta como soy.**
- **Agradezco a todos los jóvenes de Fundación La Paz que me ayudaron a realizar esta investigación, permitiéndome ingresar en sus vidas, y de alguna manera influenciar para el logro de su proyecto de vida.**
- **Agradezco al Dr. Jorge Domic, por haberme brindado la oportunidad de contar con experiencia profesional y haberme enseñado que la mayor gratificación que uno puede recibir es el hecho de sentirse productivo ayudando a personas que realmente lo necesitan.**
- **Agradezco a mi Tutora, Lic. Gina Pérez, por haberme guiado en mi investigación, brindándome su amistad, su cariño, su paciencia y sus conocimientos.**
- **Agradezco a mis Tribunales Lectores, Lic., Leonardo Peñaranda y la Lic. Silvia Requena, por brindarme su tiempo y conocimientos para la culminación de mi tesis.**

## ÍNDICE

Pág.

### RESUMEN

INTRODUCCION .....	1
--------------------	---

### CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
---	---

1.1 Área problemática .....	3
1.2 Problema de investigación.....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.4 Hipótesis.....	9
1.5 Justificación .....	9

### CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO .....	13
---------------------	----

2.1 La adolescencia.....	13
2.1.1 Definición de adolescencia .....	13
2.1.2 Características de la Adolescencia .....	15
2.1.3 Problemas de la Adolescencia.....	16
2.1.4 Niños “en” y “de” la calle .....	19
2.1.5 Adolescentes en situación de calle .....	20
2.1.5.1 Características de los niños y adolescentes de la calle .....	22
2.1.5.2 Factores de riesgo.....	25
2.2 Ideación suicida.....	28
2.2.1 Principios conceptuales del suicidio.....	28
2.2.2 Antecedentes históricos del suicidio .....	30
2.2.3 Conceptualización de la ideación suicida.....	34
2.2.4 Ideación suicida en la adolescencia.....	36
2.3 Estrategias de afrontamiento.....	39
2.3.1 Enfoques teóricos sobre afrontamiento .....	41
2.3.2 Estrategias de afrontamiento .....	45
2.3.3 Las funciones del afrontamiento .....	48
2.3.4 Diferencias individuales y afrontamiento.....	49
2.3.4.1 Factores situacionales del afrontamiento .....	49
2.3.4.2 Factores personales del afrontamiento .....	51
2.3.5 Afrontamiento en la etapa de la adolescencia .....	53

2.3.5.1 El estrés y el afrontamiento en la adolescencia .....	54
2.3.5.2 Estrategias de afrontamiento usadas por los adolescentes ...	55

### **CAPÍTULO III**

<b>MÉTODO .....</b>	<b>58</b>
3.1 Tipo de estudio .....	58
3.2 Diseño de investigación.....	58
3.3 Variables.....	59
3.3.1 Identificación de variables.....	59
3.3.2 Operacionalización de variables .....	59
3.4 Población y muestra .....	60
3.5 Ambiente .....	61
3.6 Técnicas e instrumentos de investigación .....	62
3.6.1 Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).....	62
3.6.1.1 Ficha técnica .....	62
3.6.1.2 Características .....	63
3.6.1.3 Validez y confiabilidad del instrumento .....	64
3.6.1.4 Corrección .....	65
3.6.2 Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).....	66
3.6.2.1 Ficha técnica .....	66
3.6.2.2 Características .....	66
3.6.2.3 Validez y confiabilidad del instrumento .....	67
3.6.2.4 Corrección.....	67
3.7 Análisis estadístico .....	68
3.8 Procedimiento.....	68

### **CAPÍTULO IV**

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
4.1 Resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).....	70
4.1.1 Resultados generales .....	70
4.1.2 Resultados por sub – escalas .....	72
4.1.2.1 Actitudes hacia la vida/muerte.....	74
4.1.2.2 Pensamientos/deseos de suicidio .....	75
4.1.2.3 Intento planeado de suicidio.....	76
4.1.2.4 Actualización de la tentativa .....	77

<b>4.2</b>	<b>Resultados de Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)</b>	<b>78</b>
4.2.1	Resolución de problemas	78
4.2.1.1	Concentrarse en resolver el problema	78
4.2.1.2	Esforzarse y tener éxito	80
4.2.1.3	Fijarse en lo positivo	81
4.2.1.4	Buscar diversiones relajantes	82
4.2.1.5	Distracción física	83
4.2.2	Referencia a otros	84
4.2.2.1	Busca apoyo social	84
4.2.2.2	Invierte en amigos	86
4.2.2.3	Busca pertenencia	87
4.2.2.4	Acción social	88
4.2.2.5	Busca apoyo espiritual	89
4.2.2.6	Busca ayuda profesional	90
4.2.3	Afrontamiento improductivo	91
4.2.3.1	Preocuparse	92
4.2.3.2	Hacerse ilusiones	93
4.2.3.3	Falta de afrontamiento	94
4.2.3.4	Reducción de la tensión	95
4.2.3.5	Ignorar el problema	96
4.2.3.6	Auto – inculparse	97
4.2.3.7	Reservarlo para sí	98
<b>4.3</b>	<b>Relación entre estrategias de afrontamiento y la ideación suicida en los adolescentes en situación de calle</b>	<b>99</b>

## **CAPÍTULO V**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>104</b>
5.1 Conclusiones	104
5.2 Recomendaciones	107
<b>BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>115</b>

## **INTRODUCCION**

**El presente estudio responde a la necesidad de establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, considerando que son escasos los estudios que abordan el tema de la ideación suicida en poblaciones vulnerables como los adolescentes en situación de calle, y menos aún la relación con estrategias de afrontamiento.**

**La adolescencia es un período trascendental y crítico para el desarrollo humano, caracterizado por muchos cambios, tanto físicos como emocionales. Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al/la adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar en la niñez.**

**El comportamiento suicida incluye un espectro de conductas que se manifiestan por ideas, amenazas, intentos y suicidio consumado. La idea se refiere a pensamientos persistentes que tiene el o la adolescente del deseo de matarse o morirse. La amenaza es una expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morirse que puede ir acompañada de una acción precursora de causarse daño o la muerte. El intento es todo acto realizado con el propósito de hacerse daño y/o quitarse la vida.**

**Las ideaciones suicidas constituyen aquellas cogniciones referentes a deseos de estar muerto como respuesta a la experiencia sentimientos de desesperanza, a la planificación de un potencial suicidio así como al conjunto beneficios que se esperan obtener a través de un potencial acto suicida. Es importante destacar que la ideación suicida previa, es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio.**

**Las creencias, expectativas, estilos o capacidades de las personas, se constituyen en importantes mediadores de los comportamientos suicidas; de lo que se deduce que los factores que diferencian a las personas suicidas de los no suicidas es el contenido de su sistema de creencias, siendo las estrategias de afrontamiento uno**

de los sistemas de creencias utilizados para entender el comportamiento suicida de los adolescentes; entendiéndose por estrategias de afrontamiento, a los mecanismos que utilizan las personas para resolver o sobreponerse a las condiciones vitales que son estresantes.

Para una mejor comprensión, la investigación está estructurada en 5 capítulos de la siguiente forma:

El primer capítulo está referido a descripción de la problemática de estudio, así como a la exposición de los argumentos que justifican la realización de la investigación. En el mismo capítulo se formulan los objetivos del estudio.

En el segundo capítulo se desarrolla de forma amplia los enfoques teóricos relacionados con la adolescencia, la ideación suicida y estrategias de afrontamiento.

En el tercer capítulo se describe el proceso metodológico del estudio, donde se identifica el tipo de estudio, el diseño de investigación, la hipótesis y sus variables, la población y muestra de estudio, así como los instrumentos utilizados para la recopilación de información.

En el quinto capítulo se analizan e interpretan los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos definidos, efectuándose una correlación entre la ideación suicida y estrategias de afrontamiento.

En el quinto capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones emergentes del trabajo de investigación.

Finalmente se presenta la bibliografía utilizada en la investigación, así como los anexos respectivos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Área problemática**

El suicidio es un importante problema de salud pública tanto por su magnitud, como por su trascendencia e impacto en los ámbitos familiar y social. Mundialmente el suicidio es una de las primeras cinco causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años. Hay amplia evidencia de que jóvenes en la adolescencia media a tardía, es el grupo de mayor riesgo para intentos suicidas y suicidios consumados (Salvo y Castro, 2009: 19).

Bolivia no es ajena a esta situación. En el año 2009, el Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad de Salud Mental, daba cuenta de que los varones, a diferencia de las mujeres, son los que más se suicidan en Bolivia, y que el departamento de La Paz es el que mayor casos de suicidio presenta en el periodo 2005-2009 con 1139 casos; Cochabamba con 633; Chuquisaca con 285; Oruro con 308; Pando con 34; Potosí con 339; Santa Cruz con 572; Tarija con 185, haciendo un total de 3.395 casos de suicidios (obtenido de <http://www.hoybolivia.com/>, el 30 de marzo de 2013).

En el caso de la ciudad de La Paz, si bien no existe información actualizada, según Rocabado (2003: 7), en la investigación sobre intento de suicidio de pacientes atendidos en los servicios de emergencia del complejo hospitalario de Miraflores, señala que se registraron 542 casos, de ellos 246 correspondían a adolescentes entre edades de 10 a 19 años, siendo el género más afectado el femenino con 6,02% (187 casos); la edad que mostró ser más susceptible de este acontecimiento en varones es entre 16 a 18 años con un 69,4% , mientras que en las mujeres es 16 a 19 años, con un 73,8%. Sin embargo, se encontró en el estudio, casos de adolescentes con diagnóstico de Intento de Suicidio desde los 10 años de edad, mostrando un incremento de casos para el sexo femenino.

Dentro de los factores desencadenantes del intento de suicidio, se observa que el 48,8% no fue registrado el motivo al que se debió, seguido por un 33,7% por conflictos familiares, conflictos amorosos 5,3%, bajo rendimiento académico 2,8%, algún trastorno de la conducta 3,7%, y una combinación entre conflicto familiar, amoroso y bajo rendimiento académico alcanzan un 2% (Rocabado, 2003: 7),

El suicidio entre los adolescentes se menciona pocas veces en la sociedad, suele callarse y evadirse; sin embargo, su manifestación revela que los adolescentes encuentran la vida tan dolorosa, que de forma consciente y deliberada se causan la muerte; es un tema que impacta y cuestiona el sistema familiar y social. Por ello es de suma importancia conocer y reflexionar sobre las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. "Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al/la adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar en la niñez" (Rosselló y Berríos, 2004: 295).

El suicidio como problemática es concebido como un proceso continuo donde comportamientos de distintas características representan niveles distintos de riesgo. Así, un primer nivel estará constituido por las ideaciones suicidas que son seguidos por el intento de suicidio y finalmente el suicidio consumado (Leal y Vásquez, 2012: 2). Para motivos del presente estudio, se consideró abordar el primer nivel de riesgo (ideación) y su relación con las estrategias de afrontamiento.

Se entiende por ideación suicida a la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente (Krug, et al., 2003: 26). También se la considera como la presencia de pensamiento fantasías acerca de la propia muerte (Chávez, et al., 2004: 15).

Aun cuando la ideación suicida, no necesariamente conduzca a la muerte, puede acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir

una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares (Desuque, Vargas, y Lemos, 2011: 187).

Uno de los grupos vulnerables a presentar ideas suicidas, es la adolescencia, por ser una etapa crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. "Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, desesperación y confusión. Sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica" (Alcántar, 2002: 1).

La adolescencia, es un período en el cual se lucha por alcanzar una plena madurez social, y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, abandonando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto. Debido a ello algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y así la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas surgen como una salida ante tal situación (Artasánchez, 1999: 23).

La niñez y adolescencia son considerados como uno de los grupos más vulnerables de la población, producto del alto grado de incumplimiento de sus derechos que se refleja, en general, en los siguientes aspectos: barreras de acceso a los servicios de salud y educación, la situación de pobreza y riesgo que enfrentan al encontrarse

viviendo en la calle<sup>1</sup>, la temprana inserción al mercado laboral y su frágil posición frente a la violencia o maltrato (UNICEF, 2009: 11).

Dentro del grupo de adolescentes, aquellos que se encuentran en situación de calle, se constituyen en uno de los grupos que presentan mayor vulnerabilidad a las ideas suicidas. Estos adolescentes, no necesariamente son huérfanos o carecen de familia; algunos, han huido de sus casas, como consecuencia de malos tratos psicológicos y físicos o abuso sexual.

Si bien en Bolivia no se cuenta con información actual sobre el número de niños/as y adolescentes en situación de calle, se cuentan con datos de 2009, donde UNICEF y el Defensor del Pueblo estiman que aproximadamente 6000 niños estarían en situación de calle o viven en las calles (Defensor del Pueblo, 2011: 3). En La Paz, Antonio Moreno realizó un diagnóstico sobre la situación de la niñez y adolescencia que vive en situación de calle en el 2008, donde señala que en la ciudad de La Paz existirían 688 niños/as y adolescentes en situación de calle y en la ciudad de El Alto 618 (Moreno, 2008: 6). Según el censo del Servicio Departamental de Gestión Social, en el año 2009, casi la mitad de las 446 personas que vive en la calle es adolescente cuyas edades oscila entre los 13 y 18 años.

Una vez en las calles, los niños y adolescentes, además del hecho que no tienen abrigo, están obligados de asegurar su propia sobrevivencia. Esto los hace vulnerables hacia conductas o actividades delincuenciales (Landívar, 2001: 41). Además, están expuestos a los problemas de la droga, violencia, explotación sexual y riesgos de salud, entre otros (Casa Alianza, 2002. Trabajo Infantil: Visión de Conjunto. Derechos Humanos y niñas y niños de la calle. Obtenido el 13 de abril de 2013, de: <http://www.casa-alianza.org/ES/human-rights/labor-exploit/>). Son vulnerables a todas las formas de explotación y malos tratos, y lo más probable es

---

<sup>1</sup> Se debe diferenciar entre los conceptos de "niños en la calle" y "niños de la calle"; la primera expresión se refiere a todos aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentran circunstancialmente en la calle, por ejemplo trabajando, pero que tienen algún soporte familiar; la segunda, por el contrario, se refiere a aquellos menores de 18 años que se encuentran desamparados y viven en la calle. (UDAPE-UNICEF, 2009: 11).

que sus vidas estén muy lejos de la infancia que se describe en la Convención sobre los Derechos del Niño. En algunos casos, aquellos que tienen la obligación de protegerlos se convierten en los autores de los crímenes que les afectan. Los niños/as y adolescentes en situación de calle sufren hostigamiento o son víctimas de abuso por parte de la policía, y frecuentemente se encuentran en conflicto con la ley (UNICEF, 2006: 40).

Para hacer frente a estos problemas y conflictos, “los modos de afrontamiento de la vida cotidiana adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser una etapa en la que se producen sustanciales transformaciones en la personalidad: la definición de la identidad, la elección de pareja, de profesión o de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos” (Della, 2004: 2).

El afrontamiento toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas. Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento.

Cuando los adolescentes no están preparados para afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas, sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad. De acuerdo con González, si una persona afronta inadecuadamente sus problemas, la gran cantidad de influencias sociales que son portadoras de estrés, esto le puede producir emociones y afectos negativos y en unión con otros factores pueden llevar a conductas suicidas (González, 1996: 44).

Es importante mencionar que no hay situaciones que conduzcan objetivamente al suicidio, dado que, el sentido personal del reflejo subjetivo de la realidad tiene un carácter relativo que va a depender del contexto sociocultural y del esquema

cognitivo que posea la persona. Por otra parte, la actuación de forma positiva de variables como el apoyo social, estrategias de afrontamiento diversas y flexibles y un crecimiento de la motivación, van a generar cambios positivos en la evaluación cognitiva del sujeto, en su sentido de vida, así como en el incremento de su actividad de búsqueda en el medio en cual se está desarrollando.

Con base en lo expuesto, la presente investigación pretende establecer si existe algún nivel de relación entre las estrategias de afrontamiento e ideación suicida, para de esta forma conocer un poco más el fenómeno de suicidio en población adolescente, sumado al hecho de vivir en una situación de calle, que los expone a múltiples riesgos.

## **1.2 Problema de investigación**

¿Cuál es la relación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento de los adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz?

## **1.3 Objetivos**

- **Objetivo general**

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz.

- **Objetivos específicos**

- Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en situación de calle.
- Detectar la presencia de ideación suicida en los adolescentes en situación de calle.

- Efectuar un análisis de correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y la ideación suicida, utilizando el coeficiente de Pearson.

#### **1.4 Hipótesis**

**“Las estrategias de afrontamiento están relacionadas negativamente con la ideación suicida de los adolescentes en situación de calle”**

Esto significa que mientras los adolescentes utilicen más estrategias de afrontamiento, tendrán menor presencia de ideas suicidas; e inversamente, los adolescentes en situación de calle que carecen de estrategias de afrontamiento serán más proclives a tener ideas suicidas.

#### **1.5 Justificación**

La adolescencia es una etapa especialmente importante puesto que en ella se producen sustanciales transformaciones en la personalidad, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida. “El logro de la identidad, la elección de la pareja y de una profesión o trabajo exigen al joven la puesta en marcha de recursos que hagan posible enfrentar tan diversas cuestiones” (Fernández, 2001: 22).

Existen dos grandes líneas de pensamiento sobre el periodo de la adolescencia: una caracterizada como una fase de crisis, concebida como patológica, en la que se reestructura la personalidad; otra, para la cual la inestabilidad emocional observada en los adolescentes es el resultado de cambios propios del proceso de crecimiento que serán paulatinamente resueltos, y que no deben ser entendidos como psicopatológicos (Ávila, et al., 1996: 34).

Pero también, la adolescencia es considerada una etapa del desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico,

influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de autoeficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Todo esto implica que la población adolescente presenta un alto riesgo hacia la conducta suicida (Leal y Vásquez, 2012: 12).

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. La ideación suicida, parte de este proceso se considera así como un proceso heterogéneo. La "ideación suicida" generalmente se refiere a "cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea suicidarse, interviniendo diversos grados de intensidad y elaboración; es un fenómeno complejo en el que participan factores de tipo personal, familiar y escolar" (Terrones, et al., 2012: 306).

Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Muñoz, et al., 2006: 240).

En esta perspectiva, el rol de los patrones cognitivos, creencias, expectativas, estilos o capacidades son resaltadas como mediadores importantes de los comportamientos suicidas. Esto indica que los factores que diferencian a las personas suicidas de los no suicidas es el contenido de su sistema de creencias. Uno de los sistemas de creencias utilizados para entender el comportamiento suicida corresponde a las estrategias de afrontamiento, que son "acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a una situación. El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante" (Fierro, 1997: 68). Las Estrategias de Afrontamiento, son entendidas como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales empleados para

manejar las demandas internas o externas del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986: 72).

Las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia. Más específicamente las estrategias de afrontamiento tiene que ver con los recursos internos y externos utilizados por la persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias del entorno o internas a la persona y que se han derivado como consecuencias de las contingencias o transacciones estresantes (Della, 2004: 2).

Entonces, aprender a cuidarse y ser responsable de afrontar una situación adecuadamente es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia, pues si no se cuenta con estrategias de afrontamiento necesarias para una adaptación en el mundo actual, existe el riesgo de ser presas de factores estresantes, que en muchos casos lleva a situaciones precipitantes en desmedro de uno o de otros.

En este sentido se ve la necesidad de investigar el comportamiento suicida, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y que contrariamente a lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz.

Empero, esta crisis urbana que se agudiza por los efectos sociales negativos del ajuste estructural, tiene un diferencial impacto social en sus pobladores, siendo las familias urbano/populares las más afectadas y obligadas a ir disgregando a sus miembros particularmente los de corta edad, quienes en una suerte de estrategia de sobrevivencia se han visto obligados a incorporarse prematuramente a la subcultura de la calle para permanecer en ella temporal o definitivamente. Por ello,

**no es casual que las ciudades de La Paz y de El Alto, a nivel nacional, tengan el triste privilegio de tener la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes en las calles.**

**La calle al constituirse en el principal espacio socializador de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle temporal o definitiva, configura una serie de realidades adversas, contradictorias, peligrosas e injustas que alcanzan connotaciones dramáticas particularmente en niñas y adolescentes mujeres.**

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 La adolescencia**

La adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Asimismo se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva (Hurlock, 1994: 11).

En esta etapa, es probable que el adolescente pierda la confianza en sí mismo, debido a que trata de encontrar su propia identidad y que con la llegada de los cambios físicos, emocionales y sociales, también pueda perder la confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. También tiende a disminuir su destreza física, ya que los cambios provocan un período de ajuste de sus esquemas sensoriomotores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de su fuerza.

Es así que, la adolescencia podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de solucionar. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a alargar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

##### **2.1.1 Definición de adolescencia**

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una

situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1994: 63).

Hall (1904) describe a la adolescencia como un periodo de “tormentos y estrés inevitables”, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. Por su parte, Freud (1905) definió a la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión (Morris, 1992: 38).

Al respecto, han surgido algunas confusiones al considerar diferentes definiciones de la adolescencia, debido a que los diversos autores han utilizado una terminología distinta para describir esta etapa o lo que es aún más complicado, han utilizado la misma palabra para describir aspectos distintos, y algunos hasta han llegado a ser mutuamente excluyentes (Harrocks, 1994: 51).

Por ejemplo Gesell, y Ames (1956) hablan de juventud y la definen como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años, y Landis (1952) restringe el uso del término juventud a los últimos años de la adolescencia. El término pubescencia, es empleado comúnmente para describir los aspectos de maduración sexual de la adolescencia (Harrocks, 1994: 53).

En la actualidad, existen muchas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de diversos estudios sistemáticos e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos de los conceptos erróneos que había acerca del desarrollo del adolescente; sin embargo aún quedan muchos problemas por resolver.

En este sentido se ha tomado la siguiente definición de adolescencia, que se cree es la más apropiada para los fines del presente estudio: “La adolescencia es periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del

individuo así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo" (Monroy de Velazco, 1990 citado en Camacho e Iniesta, 2003: 71).

### **2.1.2 Características de la Adolescencia**

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma. Por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia (Hurlock, 1994: 72).

Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, se ha dicho que este período inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad varía de entre los 10 y 15 años y en las niñas, entre los 9 y 14 años.

En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los

intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

Por otra parte, también es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero a su vez es característico del individuo. Se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física.

Por último, cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencias académicas. También, tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, que va acompañada del desarrollo de los propios ideales y la aceptación de su persona (Harrocks, 1994: 56).

### **2.1.3 Problemas de la Adolescencia**

Como ya se ha mencionado la adolescencia es una etapa de constantes cambios, los cuales son de índole psicológica, física y social. Dichos cambios hacen que el adolescente se torne más vulnerable, ya que surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, lo cual les produce sentimientos de ansiedad, tensión, estrés, etc., que a veces no pueden controlar. Esto puede llevarlos a ciertas conductas de riesgo, como son: el consumo de drogas, el intento de suicidio y en situaciones extremas al suicidio consumado (Villatoro, y otros, 2003: 22).

En relación a lo anterior, en las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante de la conducta suicida en los adolescentes, tanto en México como en otras regiones del mundo. Cabe mencionar, que las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres, mientras que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres (González-Forteza, et al., 1998: 43).

En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presentan en un alto porcentaje entre los jóvenes. Las muertes por suicidio constituyen, después de los accidentes automovilísticos, la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Es importante tener en cuenta que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos, que inicia con problemas tempranos de desarrollo en la infancia, las cuales hacen que el adolescente no sea capaz de tratar con las demandas normales que implica su desarrollo.

Asimismo, para que se dé un intento de suicidio, tienen que estar presentes otros acontecimientos externos en la vida de estos adolescentes. El intento de suicidio puede ocurrir en un momento en que había una posibilidad de que su vida experimente un cambio; no ocurre sólo cuando el adolescente está deprimido, sino cuando ha ocurrido algo que le quita todas las esperanzas de cambio que tenía (Laufer, 1999: 85).

En algunas investigaciones se ha dicho que el suicidio puede estar asociado con el consumo de drogas, o con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no en todos los adolescentes se observa un trastorno mental diagnosticable y en este caso, el papel principal lo desempeñan los factores personales y sociales.

Es importante mencionar, que la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, contribuyen a que aumenten las tasas de suicidio en ésta etapa de la vida que es tan vulnerable (González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez, 2002: 39).

Como ya se mencionó, el consumo de drogas es otro problema que se presenta en la adolescencia, ya que en esta etapa se despierta la curiosidad e impera una necesidad de experimentar nuevas cosas, que van utilizando para poder resolver los problemas que se les presentan a diario y por el proceso de búsqueda de su identidad. Sin embargo, cabe mencionar que no todos los adolescentes se ven afectados por este problema, y que algunos no consume drogas o si lo hacen, dejan de usarlas en poco tiempo (Villatoro, et al., 2002: 28).

Al igual que en las conductas suicidas, existen muchos factores por los cuales los adolescentes se involucran en el consumo de drogas, uno de ellos es el ambiente que rodea al adolescente, la desorganización social (ambiente hostil, zonas de alta delincuencia, alta disponibilidad de las drogas, etc.), una inadecuada socialización y la tensión, el estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que juega el adolescente (Villatoro y otros 1996: 29).

Otros factores importantes son: la familia, los amigos y la escuela. Algunos autores mencionan que si un adolescente deja los estudios, se encuentra en un ambiente familiar inestable y tiene amigos que incurran en conductas antisociales o en el consumo de drogas, va a ser muy probable que se involucre en las mismas conductas.

En tanto que, Conger (1980, citado en Alcántar, 2002: 66) plantea que el mayor peligro que presentan los adolescentes al consumir drogas, es que el consumo se puede convertir en un sustituto para frenar los problemas de la vida diaria.

Como se ha visto, la transición de la adolescencia a la edad adulta, en muchas ocasiones es muy estresante, debido que al dejar la niñez, el adolescente tiene nuevas expectativas. De tal manera que se les exigen que se comporten como adultos, lo que representa que tengan más responsabilidad, más compromisos.

Por lo tanto, cuando los jóvenes no pueden cumplir todas esas tareas, se pone en riesgo su salud mental, ya que se presenta una baja autoestima, depresión, desesperanza y finalmente las conductas suicidas y /o el consumo de drogas.

Asimismo, se debe tener en cuenta que un desarrollo difícil y/o complicado puede influir para que se presenten las conductas suicidas, principalmente los cambios físicos, sociales y cuando surge la formación de la identidad. Aunque también es importante decir, que los cambios no afectan a todos los adolescentes de la misma manera, más bien depende del ambiente sociocultural en el cual se desarrollen.

En conclusión, se puede decir que al ser la adolescencia la edad en la que se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, dejando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto, algunos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan y sienten que su futuro se encuentra fuera de control por lo que surge y ven en la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas una salida ante tal situación.

#### **2.1.4 Niños “en” y “de” la calle**

El concepto de “niño de la calle” se desarrolla en Europa en la segunda mitad del siglo XIX a partir de consideraciones pedagógicas relacionadas a los “peligros de la calle” vinculada a la corriente restaurativa de la metrópolis (Liebel, 1994: 18).

En América Latina la discusión sobre los niños de la calle cobra importancia en los años 70 del último siglo tras la acelerada urbanización y el rápido crecimiento de los barrios pobres alrededor de las grandes ciudades. En esta década surgen programas estatales y eclesiásticos basados en el asistencialismo y la institucionalización para la resocialización de los niños. Posteriormente aparecieron programas alternativos, con una orientación preventiva, y a finales de esta década surgieron los basados en la llamada educación en la calle. Más allá

de sus particularidades estas propuestas comparten el hecho de identificar a los destinatarios de su intervención como un grupo que se convierte en un “objeto de tratamiento y ayuda” (Liebel, 1994: 18).

En los 80 UNICEF plantea la diferenciación entre “niño de la calle” y “niño en la calle” tomando como parámetro el vínculo del niño con su familia. Se considera “niño de calle” a aquellos que han hecho de la calle su domicilio permanente, en tanto “niños en la calle” son los que mantienen un contacto más o menos periódico con su familia. Así el “niño de la calle” es la negación del niño de la familia, se lo considera limitado a determinadas características negativas como la peligrosidad, la delincuencia, las adicciones, el vagabundeo y las actividades antisociales.

Cussiánovich considera que el concepto “chico de la calle” se impone externamente porque los chicos no se consideran a sí mismos de esta forma. Este concepto provoca asociaciones negativas, etiquetamientos con efectos esquematizadores. De esta manera se refuerzan y consolidan el aislamiento y la discriminación, invirtiendo el propósito de promover en alguna medida a los niños.

### **2.1.5 Adolescentes en situación de calle**

Los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle (NNASC) no es un tópico reciente en los países de Latino América, desde varias décadas, se ve la presencia de aquellos niños y niñas que deambulan por las calles de nuestras ciudades.

Estudios de investigadores, entre ellos Alcalde et al. (1997: 19), señalan que el fenómeno en América Latina data aproximadamente alrededor de los años cincuenta. En Perú se conoce registros de estudios y propuestas de intervención desde los años sesenta, según señala Alcalde. En 1984 se realizó en Brasilia el primer seminario regional latinoamericano sobre alternativas comunitarias para niños de la calle (En: <http://es.scribd.com/joseluiscisneros/d/43796265-Libro-El->

estudio-del-nino-de-la-calle), a partir de los años ochenta también se realizaron estudios en Venezuela que la denominaron como la cultura de urgencia (Pedrazzini y Sánchez, 1992: 11). De igual manera, los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, no son un tema nuevo en Bolivia. Puede decirse que el fenómeno tiene su origen a finales de los años 70, pero se hace mucho más evidente a partir de la década de los años 80 (Maya Paya Kimsa y UNICEF, 2009: 43).

Los niños, niñas y adolescentes de la calle son los miembros más vulnerables y menos protegidos por la sociedad. Ellos, al tratar de resolver los problemas de la pobreza extrema que padecen en sus casas, salen a la calle en busca de ayuda y consuelo pero caen víctimas de la violencia, el abuso sexual, las drogas y el crimen. Algunos de ellos, aunque viven en sus casas, trabajan más de 12 hrs. en el agresivo ambiente de la calle y sacrifican su educación, su vida familiar y su futuro a cambio de unos pesos que ayuden al ingreso familiar. (JUCONI, en: <http://www.upaep.mx/juconi/labor.html>)

En todo el mundo hay 30 millones de niños y niñas de la calle, al igual que muchos países de Latinoamérica padece este problema. No es posible que estos niños, niñas y adolescentes salgan de la pobreza y consigan un futuro para ellos -y para los niños que tendrán algún día- sin ayuda especializada.

La pobreza, aunque no solo ella, impulso en los últimos años la propagación de menores que tienen por hogar las calles o que pasan su vida en las vías públicas. Las políticas públicas para los llamados niños en mayor situación de riesgo han sido en general "profundamente negadoras de derechos," sintetizó Emilio García, asesor del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

El resultado de ese enfoque es que las iniciativas públicas para enfrentar el problema de los niños y las niñas en y de la calle "se presentan como generadoras del problema y no como parte de la solución." Leyes no faltan en general en

América Latina y en particular en el área andina sobre el problema, pero García indico que su falla consiste en que han sido hechas desde y para las instituciones sin involucrar a los actores sociales, lo que solo ahora comienza a corregirse en algunos países (Gutiérrez, 1996, en: [http://pangaea.org/street\\_children/kids.htm](http://pangaea.org/street_children/kids.htm)).

El fenómeno de los niños y adolescentes que hacen de las calles su espacio de lucha por la supervivencia -e inclusive de vivienda-, no es reciente en América Latina. De hecho, ese es un problema que se confunde con las dinámicas de industrialización tardía y de urbanización desordenada, presentes en gran parte de los países de la región.

Desde que los menores carenciados, abandonados, faltos de asistencia y de vivienda, que pasan todo o parte de su tiempo en las calles de las áreas centrales de medianos y grandes centros urbanos, pasaron a ser conocidos como niños de la calle, ocurrieron muchas cosas, en términos de atención a la infancia-adolescencia en América Latina (Gomes da Costa, 2000: 21)

#### **2.1.5.1 Características de los niños y adolescentes de la calle**

La forma como se concibe a los niños, niñas y adolescentes tiene consecuencias determinantes para ellos, debido a que las acciones y las de la sociedad se orientan a partir de una manera particular de verlos. Encontrar términos y conceptos adecuados para entender mejor a ésta población.

Desde un primer momento se tendría que acostumbrar a hablar de niños, adolescentes y jóvenes de la calle. No se trata de una tarea fácil, ya que en la calle se relacionan de manera permanente niños de diferentes rangos de edad sin que parezcan importarles mucho estas diferencias.

Por lo general, los albergues establecen límites de edad para que un menor pueda ingresar a ellos por primera vez. Por regla común el límite es los 16 años. Es

natural que los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes pongan más empeño en la capacitación para el trabajo y la regularización académica, que en el alojamiento, como ocurre con los programas de atención a los más pequeños.

Niños y jóvenes callejeros quizá suene parecido a niños y jóvenes que viven o trabajan en la calle; en ambos casos se refieren a todo menor de 18 años cuya sobrevivencia depende de su propia actividad en la calle (Aristides, 2000: 74). Por otro lado, ha sido necesario crear subcategorías respecto de los niños y adolescentes de la calle, para atender a las situaciones específicas. Estas subcategorías están determinadas por algunos de los siguientes factores:

- a) El origen étnico es fundamental para comprender la situación en la que se encuentran los niños indígenas que viven o trabajan en la calle.
- b) El vínculo familiar existe en un gran porcentaje de niños, adolescentes y jóvenes callejeros, lo cual los hace muy diferentes a los huérfanos:
  - Nulo: es común en aquellos casos en donde existió abandono, pero también en los que por algún motivo después de haber dejado el núcleo familiar, los niños no cuentan con información para ubicarlo.
  - Ocasional: se trata de aquellos que mantienen contacto con su grupo familiar entre 1 y 10 veces por año.
  - Permanente: Aquellos que tienen contacto entre 1 y 8 veces al mes.
  - Cotidiano: Se trata de aquellos que viven con su familia, aunque pasen la mayor parte del tiempo en la calle.
- c) El tipo de trabajo. En otro estudio se ha sostenido que los niños y adolescentes de la calle trabajan (Sauri, 2000), aunque lo hagan pidiendo dinero, robando, cargando bultos o cuidando automóviles. Si bien estas actividades están fuera de los marcos fiscales, contribuyen a su sobrevivencia. Ahora bien, el tipo de trabajo influye en el tipo y calidad de los ambientes en que se relacionan los niños, niñas y jóvenes y afecta tanto su conducta como su calidad de vida. Hay actividades que realizan en la calle, que si bien

permiten su sobrevivencia, generan su dependencia (mendigar, por ejemplo) o la vinculación a redes delictivas de las que es cada vez más difícil salir (como el transporte de drogas, la prostitución y el robo).

Estos factores se conjugan de manera particular y compleja en cada caso que se encuentra en la calle, por lo que no es tan sencillo decir, como antes se hacía, que "los niños y adolescentes en la calle" son aquellos que trabajan y viven con su familias y que "los niños y adolescentes de la calle" son aquellos que no trabajan y ya han roto con su vínculo familiar. Entre estos dos extremos se encuentran un sinnúmero de situaciones con características específicas que conviene deslindar.

En otra investigación (Aristides, 2000: 78) se ha recopilado las principales características que diversos estudiosos del tema han encontrado en la población callejera:

- Su ambiente gira alrededor de la calle y en diversos grados dependen de la calle para sobrevivir.
- Se ubican en un contexto predominantemente urbano.
- Proviene de zonas urbanas marginales de la ciudad.
- Tienen paupérrimas condiciones de alimentación, recreación y salubridad en sus zonas de origen, y pocas posibilidades de acceso a la educación y al mercado de trabajo.
- Presentan baja escolaridad o carecen de ella.
- Sobreviven gracias a una red social callejera.
- Un número considerable no ha podido conseguir una vida o un trabajo estable.
- Trabajan principalmente en el comercio ambulante.
- Realizan sus actividades en sitios de concentración urbana: plazas, zonas de tolerancia, terminales de autobuses, sitios turísticos, muelles, centros comerciales, áreas fronterizas.

- Son sometidos a constantes presiones y persecuciones por parte de la policía o algunas instituciones.
- Se relacionan muchas veces con las drogas y con actividades delictivas.
- Su vida se encuentra en condición de alto riesgo por estar desnutridos, al margen de cualquier atención, y porque utilizan drogas, practican la prostitución y se ven sometidos a violencia.
- No se trata de una población homogénea: un 31.49% es población femenina y un 14.81% de origen indígena (UNICEF .CEPAL 2001: 157).

Quienes viven tiempo completo en la calle se les llaman "niños y jóvenes de la calle", siempre y cuando se tenga presente que eso no quiere decir que han roto todo vínculo familiar, ni que se niegue su condición de trabajadores. Por otra parte, se llama "niños y jóvenes en la calle" a quienes pasan gran parte del día en la calle pero todavía viven con su familia, independientemente de que trabajen o no, y aun cuando la relación familiar no sea tan cotidiana. Otro de los requisitos indispensables es establecer su origen étnico.

Otro fenómeno poco estudiado es el de las adolescentes y jóvenes de la calle que tienen hijos, dando origen a una generación distinta de niños de quienes se sabe poco. Se ha observado que conviven con sus madres mientras viven en la calle, aun cuando éstas se ven involucradas en el consumo de drogas o son víctimas de accidentes. Es común que estos niños mueran a temprana edad, requiriendo un seguimiento más detallado al respecto.

#### **2.1.5.2 Factores de riesgo**

Se entiende como factores de riesgo en una comunidad urbano marginal aquellos que, conjugados entre sí, determinan la salida de niños/as y adolescentes a la calle, ya sea de manera paulatina o violenta.

Los niños/as y adolescentes no salen a la calle debido a un sólo factor; aun cuando éste predomine entre los demás, un niño/a o adolescente llega a la calle porque convergen en su proceso varios factores. Lo cual explica por qué no todos los que viven en las comunidades urbanas marginales terminan por vivir en la calle, aun padeciendo factores similares. Begonia Merodio (1989) dice que un factor "detonante" para que un niño/a adolescente decida salir a la calle es el maltrato, pero no todos los niños maltratados son niños callejeros, ni todos los niños callejeros han sido maltratados (se dado el caso, por ejemplo, que un niño al morir su padre, no encuentra su "grupo de identidad" en la relación con su madre y su nuevo compañero y opta por salir a la calle). (Citado en: Arístides, 2000: 80)

La sociedad tiene un alto riesgo para los niños/as y adolescentes porque las condiciones de vida les obligan a vivir y trabajar en la calle; sin embargo, la forma como estas condiciones de riesgo se concretan pueden dividirse en tres tipos básicos:

- Factores de riesgo asociados a la comunidad (riesgo en la comunidad, pandillas)
- Factores de riesgo asociados con la familia (como pueden ser el maltrato).
- Factores de riesgo asociados con el niño/a y adolescente (como pueden ser su estructura psicológica, el lugar que ocupa dentro de su familia, etc.).

Son factores "asociados" porque en apariencia el origen del riesgo se encuentra ahí, sin embargo, éste es de carácter estructural y en él intervienen aspectos culturales, económicos, sociales, políticos y no sólo psicológicos. Estos factores no se presentan desvinculados entre sí, sino que son dependientes; la alteración en uno de ellos altera, necesariamente, a los otros dos. La forma como cada factor determina la salida de los niños a la calle ha sido muy poco estudiada. De hecho, se ha abusado de los factores predominantemente asociados con la familia para explicar la salida de los niños a la calle.

Por otro lado, cabe señalar que existe una dualidad en cada uno de los factores que determinan la salida de los niños a la calle. En algunos casos un factor específico puede llevar a un niño/a o adolescente a vivir en la calle, mientras retiene a otro al interior del grupo doméstico: depende de la manera como se conjuga con otros factores. Un ejemplo de ello es el trabajo. El trabajo no es el principal factor que determina que vivan en la calle; a veces, es la condición que permite al niño/a o adolescente a seguir con su familia. Evidentemente si una comunidad ofrece mejores condiciones de empleo, evitará que terminen por vivir en la calle, pero si trabaja en la calle y, además sufre situaciones de abandono o maltrato, es probable que termine por vivir el tiempo completo en la calle.

Un niño/a o adolescente termina viviendo en la calle no sólo porque al interior de la familia existieron pocas condiciones para que permaneciera en ella, sino porque también en su comunidad existieron pocos elementos de retención que facilitaran su permanencia dentro de la familia. En una comunidad urbano marginal los elementos de retención de los niños son escasos o se encuentran deteriorados. Estos elementos son:

- Como uno de los espacios de mayor socialización del niño, la escuela en las comunidades urbanas marginales presenta serias deficiencias. Los sistemas escolares sustentados en la compulsión por la obediencia a sus normas empujan a la deserción. En este sentido la escuela se convierte en expulsora.
- Las instituciones públicas o privadas. Principalmente las que prestan una amplia gama de servicios a la comunidad (religiosos, asistenciales, deportivos, recreativos, culturales, etc.). Normalmente estas instituciones son escasas, o prestan servicios de mala calidad y no contemplan necesidades importantes como la recreación y el esparcimiento.
- Grupos informales. Van desde los "amigos de la esquina", "boys scouts", hasta la banda. Aunque mal vistos por los padres de familia que los

consideran compañías a evitar, constituyen un importante retén comunitario que evita que muchos niños terminen por vivir en la calle.

- Mercado formal e informal de trabajo. La mala calidad, pone en riesgo a los niños de vivir o trabajar en la calle.
- Los índices de maltrato. Se producen dentro de la familia, y son comunes en toda la comunidad y son determinados por una "cultura de maltrato y violencia" que los medios de comunicación se encargan de fomentar.
- Altos grados de alcoholismo y drogadicción en la comunidad.
- La presencia de grupos policiales que funcionan en las comunidades como aparatos permanentes de represión y corrupción.

## **2.2 Ideación suicida**

### **2.2.1 Principios conceptuales del suicidio**

Para Ann (2010: 37), existen muchos modos en cómo las personas entienden o utilizan el término suicidio. Por ejemplo, aquella persona que maneja su vehículo irresponsablemente o es adicta a alguna sustancia dañina podría ser como suicida, tan igual como aquel soldado héroe que permanece detrás de sus camaradas para cubrirles de sus enemigos no obstante es consciente de las pocas probabilidades de para su propia sobrevivencia. Sócrates fue sentenciado a muerte a través de la auto-ingestión de un veneno. Jonestown fue considerado una masacre, sin embargo la mayoría de quienes murieron tomaron una bebida con cianuro mientras comprendían claramente las consecuencias de dicho acto. Existen aquellos que cometen suicidio por medio de la policía, aunque en estos casos no ejecutan el tiro, obligan a los oficiales del orden a dispararles. Tomando en consideración los hechos expuestos, existiría mucha discrepancia para decidir a qué denominar o no suicidio.

Respecto a las distintas definiciones que existen del término suicidio, Ann (2010: 40) hace un importante resumen de los enfoques más predominantes que las

sustentan. El primero estaría expresado a través de una definición existencial y filosófica del suicidio, conceptualizado como un acto de auto-aniquilamiento. Esto corresponde con la postura psicoanalítica de Menninger (1938), quien plantea la existencia de un odio hacia sí mismo. Este autor veía al suicidio como una auto-eliminación vinculada al odio, deseo de morir, vergüenza y desesperanza. Un enfoque filosófico del suicidio definiría al suicidio a través de cuatro elementos: la fatalidad, en la que ocurre la muerte; la reflexividad, es decir el grado de consciencia de quien realiza el acto; el elemento de acción o carencia de acción, referente al uso de medios activos o pasivos para realizar el acto; y la intencionalidad, presumiendo que existe un deseo de terminar con la propia vida.

Respecto a la definición sociológica, aquella propuesta por Durkheim (1987/1951), el suicidio sería de naturaleza no-psicológica o no-psiquiátrica. Se trataría de una muerte que sería resultado de un acto causado por la percepción positiva o negativa que tiene la víctima de la muerte. Esta definición imparcial fue un enfoque científico que puso al suicidio fuera de la categoría de la locura o demencia y fue paradigma durante el siglo XIX. Además de esto, Durkheim comprendió al suicidio como un síntoma de ausencia de involucramiento que el individuo no pudo establecer con la sociedad.

Actualmente, los suicidólogos definen al suicidio como un estado multifacético que contiene elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, intrapsíquicos, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos, para satisfacer ciertas necesidades psicológicas. Así por ejemplo, Shneidman (1985) (citado por Ann, 2010: 80) define al suicidio como un acto consciente de auto-destrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor alternativa.

Para el contexto académico y profesional se ha estipulado el uso de un significado de naturaleza legal. Así, el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades (CIE -9) conceptúa el suicidio como un acto de consecuencias fatales realizado de

manera voluntaria, es decir auto-infligida y que tiene como trasfondo la ausencia del deseo de vivir. (Ann, 2010: 82)

A pesar de las perspectivas teóricas existentes sobre el suicidio, las personas tienden a desarrollar su propia explicación sobre el mismo basándose en la diversidad de sus diferentes manifestaciones (Zadravec, Grad, y Socan, 2006: 55). Por ejemplo, sus experiencias con el fenómeno, la influencia cultural, sus conocimientos, etc. Los modelos explicativos orientan el modo en que los pacientes, los profesionales y el resto de personas interpretan un episodio mórbido. Esto incluye opiniones acerca de su etiología, curso esperado, consecuencias así como también las ideas acerca de su correspondiente tratamiento. Un experto que entiende el modelo explicativo que presenta su paciente sobre su enfermedad o malestar puede mejorar su empatía con éste y llegar a un entendimiento compartido sobre las causas y tratamiento del malestar actual, lo cual resultaría en un mejor resultado del tratamiento.

### **2.2.2 Antecedentes históricos del suicidio**

El suicidio a lo largo de la historia se asociaba, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país (Sarró, 1991: 29).

En la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de Shiddharta Gautama, en donde existían dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo. Mientras que en el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. También durante el culto, algunos creyentes se suicidaban para alcanzar a sus divinidades.

En la Grecia clásica el suicidio fue un fenómeno difundido y tuvo como mayores exponentes a filósofos como Anaxágoras, Sócrates y Diodoro, entre otros. En Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, y se consideraba a este acto como una ofensa a Dios. (García, 2006: 13)

Por su parte, los filósofos estoicos, consideraban el suicidio como el medio para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria o bien por los amigos a causa de un dolor intolerable.

En Roma, se observa la influencia tanto de los filósofos como Séneca y los literatos como Lucano (llamado "el poeta del suicidio"), al igual que de la política: cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. Asimismo, el suicidio entre los esclavos era frecuente aunque prohibido, a los rescatados se les castiga severamente, debido a que los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas.

Asimismo, el cristianismo aceptó en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, sin embargo esta opinión se fue modificando hasta volverse una actitud intransigente. San Agustín, lo calificó de pecado mayor, debido a que violó el quinto mandamiento, porque usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que persiste en nuestros días. Posteriormente, en el concilio de Arles (452), se declaró que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. Asimismo, Sto. Tomás de Aquino, quien consideraba al suicidio como el más grave de los pecados, honra la figura de San Agustín en el Concilio de Nimes de 1284, y el Derecho Gratiano y condena todo tipo de suicidio. Durante Siglos el Derecho Canónico fue el único vigente en relación al suicidio,

pero las primeras leyes laicas condenando la muerte voluntaria, aparecen en el siglo XIII, en Francia con Luis IX, en España con Alfonso X el Sabio, quien penaliza el suicidio mediante la confiscación de bienes pero además condena el auxilio a éste (Ros, 1998: 18).

En el Renacimiento, persisten las mismas ideas respecto al suicidio a nivel popular, influido por ciertos escritores, como Dante. Paralelamente, surgen opiniones que disienten del suicidio como pecado o crimen, justificándolo en aquellas situaciones donde se buscaba mitigar el dolor y el sufrimiento. Es así que, se produce un cambio que lleva de un humanismo emocional a un humanismo racional, después de la revolución de Cópérnico, Lucero, Descartes, Calvino, etc., se empiezan a discutir postulados teológicos y dudas sobre los dogmas.

Por otro lado, en Inglaterra, se publicaron apologías sobre el suicidio u opiniones sobre su legitimidad. En 1644, se publicó el poema *Biathanatos*, del poeta y clérigo Donne; en 1777, Hume publicó su ensayo *Sobre el suicidio*, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En Francia Montesquieu, Staël, Montaigne y Rousseau, entre otros, expresaron ideas similares.

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Dicho fenómeno se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, alcoholismo, el crimen y la enfermedad. Esto se pudo ver con el autor Jesús Sarabia Pardo, quien en su obra *"Suicidio como enfermedad social"* (1889), interpreta el fenómeno señalando la relaciones entre pauperismo y suicidio, influencia de los cambios políticos y de las guerras y especialmente los actos derivados de la progresiva industrialización, como el aumento demográfico de las ciudades (Ros, 1998: 19).

A principios del siglo XX, las posiciones respecto al suicidio en España, fueron por parte del jurista Riuz-Funes, que en su trabajo *Etiología del suicidio en España*,

introduce la traducción que hizo al español de El suicidio, de Durkheim (1928), indicando que: "El suicidio es una afección moral de la sociedad" (Sarró, 1991: 33).

En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona. Asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social.

Como su puede ver, durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad o locura, de una conducta racional o irracional. Siempre se evocaba el suicidio como un acto humano, dicho tabú se relacionaba con prejuicios, que fueron generalizándose, provocando el rechazo por cuestiones religiosas, éticas o políticas (Sarró, 1991: 33).

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas y políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

Por lo tanto, es claro que el fenómeno del suicidio existe desde hace siglos, sin embargo todavía existen muchas interrogantes en torno a dicho fenómeno como: ¿Por qué la gente se suicida?, ó ¿cuáles son los factores que influyen para que se tome tal decisión?, etc.

### **2.2.3 Conceptualización de la ideación suicida**

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010: 24).

Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner, et al., 2004: 72). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, y Ranieri, 1988: 122).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, y Sundaram, 2005: 48). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006: 61). Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010: 78), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida:

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catafórico, que hace referencia a un raciocinio basado en falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios.

La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010: 80) es que generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de ideación suicida silenciosa y los de ideación suicida manifiesta. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padre, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.

En hombres el estrés crónico es un predictor de la ideación suicida, en tanto que en las mujeres lo es la baja autoestima y la disfunción familiar, lo que se incrementa cuando ésta se combina con el consumo de alcohol. Por otra parte, se ha reportado que la permanencia de la ideación suicida por periodos largos es un antecedente significativo para el pronóstico del intento de suicidio. Es más, se ha registrado que si se presenta ideación suicida durante la adolescencia y se vuelve a manifestar en la adultez, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y, en general, de síntomas psicopatológicos.

#### **2.2.4 Ideación suicida en la adolescencia**

La adolescencia es un período particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. En opinión de Ann (2010: 93), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

**A partir del año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones (Eguiluz, Córdova, y Rosales, 2010: 33):**

- a. Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.**
- b. Existe grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes países del mundo, los sexos y los grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales)**
- c. Los suicidios de gente joven y de las mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.**

**Para González- Forteza y Jiménez (2010: 41) la investigación de la problemática suicida en los estudiantes adolescentes requiere centrar nuestra atención en la categoría Lesiones Auto-infligidas Deliberadamente (LAD), ya que su definición comprende un amplio espectro de conductas, que pueden tener como resultado secuencias letales o no letales. En este conjunto de conductas auto-destructivas están implícita aquellas denominadas: gesto suicida, intento o tentativa suicida (con su monto de letalidad correspondiente) y, en consecuencia, el suicidio consumado. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a autolesionarse o tratar de quitarse la vida, el control sobre la vida o la muerte no es absoluto; ya que hay quienes han sobrevivido a la autolesión, aun teniendo una franca convicción y propósito de morir, y haya quienes han muerto habiendo querido permanecer vivos. En definitiva, las lesiones auto-infligidas deliberadamente, y el intento de suicidio en específico, por sí mismos se constituyen en factores de riesgo para la salud mental, más allá de las interpretaciones que se les pudiera o se les quisiera asignar.**

La problemática de suicida en la población escolar es un tópico relativamente reciente, pero que amerita atención urgente; pues las condiciones que la subyace también tienden al aumento y, con ello, la tendencia al riesgo suicida es cada vez mayor (González-Forteza y Jimenez, 2010: 82).

Una de las dinámicas importantes en el suicidio adolescente es la herida narcisista, cuando un pedido de ayuda es sentido como no aceptable para un ego ideal (Apter, 2002: 66). Esto llevaría a los adolescentes a intentar suicidarse ante el más mínimo fracaso. Es más, muchos de estos tipos de adolescentes son descritos como personas muy "cerradas" para quienes la costumbre de no expresar sus emociones no les permiten quejarse o pedir ayuda.

Aunque algunos jóvenes realizan intentos de suicidio impulsivo, muchos experimentan pensamientos suicidas y transitan el proceso planteado por el modelo continuo del suicidio. Así por ejemplo, para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas en lo que va del último año; 16% había tenido planes de intento de suicidio y 3% tuvo un intento de suicidio que requirió tratamiento médico (Kachur, Potter, Powell, y Rosenberg, 1995: 48).

Por su parte, Norlev et al. (2005: 24) señalan algunos estudios que reportan una prevalencia vida de ideación suicida de los adolescentes de 10 años ubicada entre el 2% al 19%, mientras que la del intento de suicidio del 0,7% al 6%; asimismo, del 3.8% al 14.0% habrían realizado uno o más intentos de suicidio. Como en la mayoría de estudios, las mujeres presentan mayor nivel e de ideación suicida en los primeros años de la adolescencia en comparación con los varones (Borges y Werlang, 2006: 19)

Para Lippincott, Williams y Wilkins (2001: 32) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando

se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente. Asimismo, los trastornos del comportamiento incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años de edad y los más jóvenes. De otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad de separación podría provocar en los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio. Dichos autores refieren también que los trastornos del humor y la ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida. Así por ejemplo, los ataques de pánico son un factor de riesgo de la ideación suicida; mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes con intento de suicidio se diferencian de aquellos con ideas suicidas por presentar una severa y más duradera desesperanza, aislamiento, ideación suicida y resistencia para discutir sobre los pensamientos suicidas.

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007). Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020.

### **2.3 Estrategias de afrontamiento**

El estudio del afrontamiento, aunque nuevo en terminología, no es desconocido para la psicología, que tiene una larga historia de estudio de los procesos con los que la persona intenta manejar los sucesos estresantes.

En el año 1986 Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento como un mediador entre los procesos afectivos frente a sucesos estresantes, este proceso se activa cuando se percibe la amenaza con el fin de regular el conflicto emocional, disminuir los sentimientos de perturbación y eliminar la amenaza, por medio de "esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción, la persona se dirige a manejar las demandas internas y ambientales y los conflictos que existen entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona" (Herrera y Rodríguez, 2009: 56); estos esfuerzos utilizados por la persona están en constante cambio, es por esto que el afrontamiento empieza a ser un proceso continuo que varía en función de los resultados que el individuo obtiene ante cada situación estresante. En efecto, no constituye una respuesta automática o fisiológica sino más bien aprendida, y requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis hasta lograr la adaptación.

Otro autor como Freud define el afrontamiento como un mecanismo de defensa que es más saludable o menos negativo que otros y este mecanismo está en igualdad a los estilos de afrontamiento asociados con una respuesta saludable. Flor & Turk en 1988, definen afrontamiento como los pensamientos específicos y comportamientos usados por las personas para manejar su dolor o sus reacciones emocionales ante el sufrimiento (Herrera y Rodríguez, 2009: 56)

Tunks y Bellisimo en 1988, hablan de afrontamiento como un concepto que contribuye a una construcción psicológica que incluye comportamientos y eventos cognoscitivos, que permite aprender al individuo y ayuda a distinguir un éxito o no en la evolución de la enfermedad. Reeve en 1994 define el afrontamiento como: "un método que incluye cualquier esfuerzo, sea sano o no, consciente o inconsciente que prevenga, elimine o debilite un acontecimiento estresante", en este caso el acontecimiento estresante sería la violencia doméstica. El afrontamiento desde este punto de vista son todas las actividades que el individuo puede realizar, tanto a nivel cognoscitivo como conductual, para enfrentarse a una determinada situación. Más recientemente Millar en el 2000, define el

afrontamiento como la forma en que los individuos responden a situaciones estresantes. Es el intento cognoscitivo y comportamental de un individuo para manejar las situaciones internas y externas, que el individuo está percibiendo y por lo tanto requieran su demanda y actuación frente a estas (Herrera y Rodríguez, 2009: 57).

Teniendo en cuenta las anteriores definiciones se puede decir que el afrontamiento es un proceso que impone el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, por medio de sus pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que le permitirán conseguir los mejores resultados, aunque aun no tenga éxito la persona siempre intentara hasta lograr sentirse mejor ante la situación estresante, pero si al contrario la persona tiene éxito para solucionar el problema presente, repetirá el mismo proceso cuando se presenten situaciones similares.

A pesar que existen muchas definiciones acerca del afrontamiento, estas sólo se limitan a lo interno de la persona y ninguna responde a la vida externa para prevenir, evitar o controlar las emociones de angustia, pues constantemente hay un cambio en las conductas cognitivas confortables para manejar específicamente las exigencias externas, que son evaluadas pudiéndose exceder la respuesta de la persona a la enfermedad. Es por esto que el afrontamiento refleja un proceso que incluye un involucramiento activo en un periodo de tiempo, incluyendo actividades de esfuerzo que serán confortables, viendo nuevos cambios y creando nuevas oportunidades.

### **2.3.1 Enfoques teóricos sobre afrontamiento**

Aldwin (1994: 55) distingue cuatro enfoques teóricos en el estudio del afrontamiento en función de los factores intervinientes en los que se hace más hincapié:

- a) **Enfoque centrado en la persona, que agrupa los estudios psicoanalíticos, que ponen el énfasis en el afrontamiento como factor regulador de las emociones y reductor de la ansiedad, los teóricos del rasgo que abordan el estudio del afrontamiento desde la teoría de la personalidad y las investigaciones sobre los estilos de percepción.**
  
- b) **Enfoque basado en la situación, que defiende la importancia del contexto en la determinación de la elección de las estrategias de afrontamiento. Esta perspectiva se ha derivado del estudio de las respuestas de adaptación a desastres o sucesos vitales mayores, desarrollado empíricamente y sin un cuerpo teórico consolidado. Como ejemplos de este enfoque pueden señalarse los estudios que clasificaban las situaciones en función del tipo de estresores presentes con el objetivo de encontrar un patrón de afrontamiento característico a cada una de ellas.**
  
- c) **Enfoque interactivo, que considera que lo que determina el afrontamiento es la conjunción de la persona y su ambiente. Su unidireccionalidad ha sido actualmente superada y se le critica porque conlleva argumentaciones circulares que no han ofrecido explicaciones satisfactorias.**
  
- d) **Enfoque transaccional, característico del modelo cognitivo del estrés del grupo de Lazarus, que aborda el estudio del afrontamiento desde la interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, como una trilogía que se influye mutuamente.**

**Snyder (1999: 27), en una revisión reciente sobre el tema, señala cómo al predominio que durante veinte años (1960-1980) tuvo el modelo cognitivo del estrés y el enfoque situacional en el estudio del afrontamiento, le ha seguido una fuerte defensa de las diferencias individuales y el estudio del afrontamiento desde las teorías de la personalidad, la psicología social y clínica. Ese debate sobre el afrontamiento como rasgo de personalidad o como respuesta a las variables**

situacionales ha estado de fondo en todo el desarrollo teórico del afrontamiento y, según este autor, el estudio actual del afrontamiento está dominado por el paradigma de las diferencias individuales.

Esta diversidad en la evolución teórica del afrontamiento ha dado lugar a múltiples definiciones de este constructo (Rueda y Aguado 2003: 62):

- Desde el modelo biologicista de Selye (1983), el afrontamiento hace referencia a aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno y disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Algunos autores han criticado el enfoque reduccionista de esta concepción, dado que no explica la complejidad de la conducta humana de afrontamiento, no considera las variables cognitivo-emocionales y se centra en conceptos como el nivel de activación producido ante una situación peligrosa o nociva. Desde este modelo se mide principalmente la respuesta psicofisiológica al estrés y se limita el estudio del afrontamiento a la conducta de huida y de evitación.
- El modelo psicoanalítico aborda el afrontamiento incluyendo en un concepto de naturaleza reactiva el conjunto de pensamientos y acciones que conducen a la solución de los problemas y reducen el grado de estrés. Aunque, la aportación de este modelo consiste en introducir variables mediadoras en la relación entre el individuo y el entorno, su concepto de afrontamiento se centra exclusivamente en la persona, no contempla las variables cognitivas y descuida las variables del entorno. Los representantes de esta corriente distinguen entre el afrontamiento y los mecanismos de defensa, y establecen jerarquías entre los procesos utilizados por la persona para manejar el entorno. Desde esta perspectiva, el afrontamiento incluye los procesos más organizados o maduros del yo, se identifica con el éxito en el control del entorno y la conducta adaptativa y

está muy vinculado a planteamientos clínicos centrados en la psicopatología.

- Desde el modelo cognitivo del estrés, el afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Desde esta perspectiva teórica se resalta la relevancia de las variables cognitivas y el estrés psicológico se entiende desde la relación entre la persona y el ambiente, cuando las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales. Dicha evaluación incluye dos procesos: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. A través de la evaluación primaria la persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío y pérdida o daño. Evaluada la situación como estresante, a través de la evaluación secundaria la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización.

Sin embargo, y a pesar del volumen de investigaciones sobre el afrontamiento, son muchas las dificultades para su inserción dentro de un modelo global coherente y existen grandes carencias teóricas y metodológicas por resolver. En este sentido, se ha llegado a afirmar que el afrontamiento no es un constructo único, sino un metaconstructo que abarca numerosos fenómenos.

En este sentido, el afrontamiento constituye el resultado de una combinación de disposiciones personales y demandas ambientales, de manera que sólo desde su interacción se pueden explicar las diferencias individuales encontradas. Por ello, una comprensión global del afrontamiento requiere el estudio de las estrategias de afrontamiento en relación con las variables de personalidad, así como la

realización de estudios específicos de afrontamiento en las diferentes situaciones que aparecen en la vida de una persona.

### **2.3.2 Estrategias de afrontamiento**

El afrontamiento toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas. Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente en tanto que estos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas (Della y Landoni, 2005: 43). En la literatura científica se encuentran diferentes propuestas explicativas y clasificatorias.

Autores como Lazarus y Folkman definen el término estrategias de afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Garcete, 2008: 28)

Se entiende a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. El Afrontamiento sería, entonces, un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación

problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Desde el modelo de Lazarus y Folkman no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el individuo realiza de tales situaciones o estímulos.

Para la presente investigación se destaca el trabajo desarrollado por Lazarus y Folkman, quienes sostienen que las respuestas de afrontamiento se dividen en aproximación y evitación; éstas se dividen a su vez en dos categorías, que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. El afrontamiento de aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo.

Existe abundante evidencia del importante papel del afrontamiento en el ajuste y bienestar psicológico. Algunos estudios sugieren la relación entre el uso de determinadas respuestas de afrontamiento y la adaptación a situaciones críticas. Se sabe que toda crisis supone una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria).

Por otro lado, con respecto al estresor, diversos estudios, han demostrado que varían las respuestas de afrontamiento en relación a la severidad del estresor. A mayor cantidad de sucesos de vida negativos y estresores crónicos, menor uso de la respuesta de afrontamiento de resolución de problemas y más uso de la respuesta de evitación descarga emocional. En resumen, tanto el tipo como la severidad y la evaluación realizada de los estresores influyen en las respuestas de afrontamiento. Los estresores severos movilizan más respuestas de ambos tipos y cuando persisten, se aumentan las respuestas de evitación en detrimento de las de aproximación, especialmente de la resolución de problemas (Mikulic, 2006: 52)

Desde una perspectiva integradora, Pelechano (1992: 165) propone una concepción amplia que entienda las estrategias de afrontamiento como habilidades o competencias de personalidad, integrándolas en un modelo de inteligencia socio-cultural, dentro de un modelo de parámetros. Estas habilidades de personalidad se relacionan tanto con la dimensión de articulación de medios para logro de fines, como con el concepto de competencia, la capacidad de solución de problemas, las conductas antidepresivas, la fortaleza personal y los denominados recursos aprendidos.

Esta propuesta de Pelechano (1992: 167-201) constituye el primer desarrollo teórico del afrontamiento que desde un planteamiento integrador concede al afrontamiento un lugar dentro de un modelo explicativo de la globalidad de la personalidad y el funcionamiento humano. Según este autor, la búsqueda de una convergencia entre las teorías de la personalidad y los estudios sobre el estrés en el ámbito de la salud permitiría avanzar en la búsqueda de soluciones a todas las lagunas teóricas de los modelos explicativos sobre el afrontamiento y la falta de consenso o las contradicciones existentes. En este mismo sentido, Pelechano (1992: 203) añade que muchos investigadores califican las estrategias de afrontamiento como estrategias cognitivas incompatibles con una psicología de la personalidad. Esto ocurre porque “se ha contrapuesto la ‘vieja’ psicología de la personalidad, que estudia las características-atributos de las personas, con la ‘nueva’ psicología de la personalidad, que se centra en el análisis de las estrategias cognitivas. Esta exclusión no se corresponde con la realidad, ya que ambas psicologías no sólo no son excluyentes, sino que se complementan”.

Muchas de las polémicas actuales sobre la entidad, la estabilidad y la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento adquieren un nuevo significado dentro del modelo de parámetros que distingue dimensiones de personalidad y aptitudes-habilidades interpersonales. Los dos dominios, dimensiones y aptitudes, se encuentran organizados jerárquicamente en función de su grado de consolidación y poder de generalización. Según Pelechano, dentro de este modelo

general, las denominadas estrategias de afrontamiento serían una parte importante de las capacidades-aptitudes de personalidad, junto a las dimensiones de solución de problemas interpersonales.

### **2.3.3 Las funciones del afrontamiento**

Si se considera el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés, desde el modelo cognitivo del estrés se defiende que las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales en las situaciones estresantes: por un lado, la resolución de problemas y, por otro, el control emocional: (Rueda y Aguado, 2003: 79-80)

- La función de resolución de problemas implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales.
- La función de regulación emocional incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Estas dos funciones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. Así, una estrategia puede centrarse en la solución del problema y contribuir a la vez al manejo de las emociones. De hecho, existe evidencia de que la mayoría de la gente utiliza estrategias de afrontamiento que cumplen las dos funciones simultáneamente.

A la distinción clásica entre problema y emoción, se puede añadir una tercera función, la de dotar de significado a la situación, resaltando así la importancia de la naturaleza cognitiva del afrontamiento.

### **2.3.4 Diferencias individuales y afrontamiento**

Independientemente de la perspectiva de estudio del afrontamiento utilizado, existe unanimidad en torno a la existencia de diferencias individuales para afrontar las situaciones estresantes y las investigaciones sugieren su naturaleza multideterminada tanto por factores personales como situacionales.

#### **2.3.4.1 Factores situacionales del afrontamiento**

En general, todas las situaciones son potenciales elicitadores de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas. Entre ellas cabe destacar el tipo de suceso, la posibilidad de su modificación, la ambigüedad e incertidumbre, así como la intensidad, la gravedad y la cronicidad de la situación.

McCrae (1984, 1992. Citado en: Rueda y Aguado, 2003: 82) ofrece datos que sugieren el fuerte componente situacional de las estrategias de afrontamiento al señalar que en las situaciones de desafío se emplean principalmente las estrategias racionales, el pensamiento positivo, la fantasía, la autculpa, la contención, la autoadaptación y el sentido del humor. Según este autor, las situaciones de amenaza se caracterizan por la presencia de fatalismo, el pensamiento desiderativo y la búsqueda de ayuda, mientras que ante la pérdida, se ponen de manifiesto las creencias religiosas y la expresión de sentimientos.

Un factor que parece especialmente relevante, es la posibilidad de modificar la situación. Así, hay evidencia de que ante situaciones percibidas como susceptibles de cambio, las personas utilizan más el afrontamiento centrado en el problema, mientras que ante aquellas situaciones que no permiten el cambio se utilizan más

las estrategias centradas en la emoción y la revaloración cognitiva para minimizar la amenaza. En esta línea, Folkman y Lazarus observaron que la ambigüedad y la incertidumbre favorecen el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la búsqueda de información, como respuesta a la necesidad, frecuentemente expresada por las personas, de mantenerse activas y hacer algo para manejar dicha incertidumbre.

En relación con las características de la situación estresante, se reconoce el papel que juegan las experiencias similares previas, tanto de la persona como de sus seres cercanos. Se considera que la persona está más preparada para enfrentarse al estrés cuando ya ha tenido experiencias semejantes, siempre y cuando no se repitan en una sucesión bastante rápida e intensa, atribuyendo al afrontamiento eficaz un efecto protector o inculador para futuras situaciones. También puede ocurrir, sin embargo, que la experiencia de situaciones estresantes previas produzca una sensibilización emocional y conlleve la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Sin embargo, aunque estos resultados son esclarecedores de algunas dinámicas de la interacción del afrontamiento, ninguna de las investigaciones anteriormente mencionadas explica la utilización de las estrategias de afrontamiento de la persona únicamente a partir de las variables situacionales, y no parece muy plausible el planteamiento simplista de la relación unívoca entre el estresor y el afrontamiento, olvidando las variables mediadoras propias de la persona.

Todo apunta a que es la interacción entre la persona y la situación la que puede explicaren última instancia las estrategias que se utilizan, determinadas por un cúmulo de influjos situacionales y personales interrelacionados, que intervienen a través de procesos de evaluación continuos. Aceptando la importancia de los factores situacionales mencionados, las disposiciones personales que caracterizan la forma en que el individuo se relaciona con su medio toman especial relevancia, aspectos que analizamos a continuación.

#### **2.3.4.2 Factores personales del afrontamiento**

Entre los factores personales que explican las variaciones en el afrontamiento se han señalado características sociodemográficas como la edad, el género y el nivel socioeconómico (Pelechano; Matud y De Miguel, 1994: 311). Mientras que el papel de la edad no ha quedado aclarado en las diferentes investigaciones y el nivel socioeconómico no parece relevante, las diferencias encontradas en función del género apuntan hacia una mayor eficacia, selectividad y flexibilidad de las mujeres ante los cambios, junto a una mayor utilización de la evitación, del afrontamiento centrado en la emoción y del apoyo social, frente a los hombres que utilizan más eficazmente el afrontamiento centrado en el problema.

Otros factores personales cuya importancia ha sido sugerida en la utilización de las estrategias de afrontamiento son la inteligencia, el nivel cultural, el sistema de valores, el nivel de ansiedad inicial y la presencia de psicopatología previa. Sin embargo, las variables psicológicas son las que han tenido mayor protagonismo en los intentos por explicar las diferencias individuales de afrontamiento. Son muchos los constructos que se han señalado para entender dichas diferencias, como por ejemplo la inflexibilidad, la eficacia personal, el dominio, la autoestima, el patrón de conducta tipo A, la fortaleza, el patrón de conducta optimista y la ansiedad rasgo, así como el sentido de coherencia, la vulnerabilidad al estrés, la deseabilidad social, la inhibición y la afectividad negativa, la hostilidad y la represión, variables que pueden jugar un papel relevante en las reacciones al estrés. (Rueda y Aguado, 2003: 84)

En general, las variables psicológicas a las que más se ha recurrido para explicar las diferencias individuales de afrontamiento han sido las variables de personalidad. Sin embargo, a pesar de que se hace continua referencia a ellas para explicar las diferencias individuales en la forma de reaccionar al estrés y de afrontarlo, las variables de personalidad no han sido investigadas de forma sistemática.

De hecho, los intentos por explicar la relación entre las variables de personalidad y el afrontamiento han sido muy diversos. Junto a la hipótesis de que las preferencias por determinados patrones de afrontamiento se derivan de los rasgos de personalidad, algunos autores afirman que rasgos tradicionales de personalidad, como represión versus sensibilización, no son buenos predictores del afrontamiento. Por su parte Watson, David y Suls (1999) defienden que las estrategias de afrontamiento frecuentemente estudiadas reflejan tendencias disposicionales más básicas y más amplias de la persona, mientras que Bolger (1990) y Bolger y Zuckerman (1995) defienden la tesis complementaria de que las estrategias de afrontamiento median los efectos de algunas características de personalidad sobre el malestar y la insatisfacción. De estas disposiciones, el neuroticismo y la extraversión, las más estudiadas en las investigaciones del afrontamiento, parecen ser elementos clave que influyen en las estrategias que utiliza la persona y en el grado de malestar experimentado (Citado en: Rueda y Aguado, 2003: 83).

Aunque no se ha investigado de forma sistemática la relación entre el afrontamiento y el neuroticismo, existen algunos datos que pueden contribuir a aclarar la naturaleza de dicha relación. Así, el neuroticismo se ha asociado con la utilización de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción, con una mayor utilización de estrategias de pensamiento desiderativo, de autculpa, de escape/evitación y un menor uso de afrontamiento centrado en el problema, de la revaloración positiva y de la búsqueda de apoyo.

Junto al neuroticismo, la extraversión es la variable de personalidad que mayor atención ha recibido en las investigaciones sobre el afrontamiento. Existe evidencia que muestra la relación de la extraversión con el afrontamiento activo y centrado en el problema, con la utilización de estrategias como la revaloración positiva y la búsqueda de apoyo social, y un menor uso de estrategias centradas en la emoción (Rueda y Aguado, 2003: 83).

Todas estas investigaciones llevan implícito el reconocimiento de la importante relación existente entre las variables de personalidad y el afrontamiento, pero ninguna consigue desarrollar un modelo explicativo satisfactorio y no alcanzan a integrar el afrontamiento en una teoría general de la personalidad; por lo que hacen falta investigaciones sistemáticas de la relación entre las variables de personalidad y el afrontamiento para esclarecer la naturaleza de su interacción.

### **2.3.5 Afrontamiento en la etapa de la adolescencia**

Según Ávila, Jiménez y González (1996: 41), la adolescencia es definida como una etapa de conflictos, que se caracteriza por situaciones de crisis de la personalidad y de turbulencia emocional, en la que el joven se vuelve más vulnerable y más proclive a ser dañado física o psicológicamente por el proceso de cambios en este momento vital y por las exigencias que el medio le plantea. Sin embargo, el autor remarca que existe otra postura para pensar a la adolescencia, que apunta a considerarla no ya como una etapa psicopatológica, o generadora de patología, sino como un momento en el cual se transita por numerosos cambios que hacen al crecimiento del sujeto. Lo común en ambas posturas es que el adolescente debe atravesar cambios y situaciones propias de la etapa evolutiva.

Así entendida, la adolescencia constituye un momento en el ciclo vital esencialmente complejo, en el cual el joven se confronta a numerosos obstáculos y desafíos. Diversos autores clásicos teorizaron sobre esta etapa y señalaron procesos claves: los duelos, la agresión y la violencia del adolescente, la búsqueda de la identidad sexual y ocupacional, la autonomía con respecto a su grupo familiar, y la rebeldía que ello conlleva, los conflictos generacionales, entre otros. Estos requerimientos que se le plantean implican el desarrollo de competencias psicosociales importantes para el posterior posicionamiento del adolescente en el mundo adulto; de no contar con estrategias positivas de

**afrontamiento para responder a estas situaciones pueden generar en cambio, comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad en el adolescente.**

**Diversos estudios actuales destacan la importancia de conocer la manera en que los jóvenes y adolescentes específicamente, enfrentan los desafíos del crecimiento en el curso de su desarrollo, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos posicionamientos frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inserción en el mundo social, académico y laboral, entre otros.**

### **2.3.5.1 El estrés y el afrontamiento en la adolescencia**

**En la adolescencia existe un importante riesgo de estrés, ya que durante en este momento del ciclo vital se producen numerosos cambios que pueden valorarse como estresores, en tanto desestabilizan el equilibrio entre el joven y su entorno (Ávila - Espada y otros, 1996: 72). Ahora bien, la resolución de estas “situaciones de estrés” dinamiza el proceso de crecimiento personal, generando recursos para afrontar adecuadamente los desafíos planteados.**

**La presencia de alta autoestima y de baja ansiedad en los adolescentes funciona como factor protector en la medida en que ayuda a minimizar problemas interpersonales antes de que se conviertan en crónicos.**

**Por otra parte la alta emociabilidad puede generar situaciones tensas de enojo, mientras que la baja emociabilidad puede promover actividades solitarias que disminuyan el contacto social. Los adolescentes con tendencias a la sociabilidad se presentan como más activos y se inclinan por utilizar estrategias dirigidas a la resolución de problemas.**

**Además, los estresores crónicos aumentan frente a sucesos vitales estresantes, ante la falta de suficientes recursos sociales y la utilización de pocas estrategias**

de afrontamiento. El adolescente que puede contar con apoyo social está en mejores condiciones de usar estrategias de afrontamiento que le permitan reducir la tensión de un evento estresor.

Según plantea este modelo de análisis, las figuras parentales, filiales, los amigos y la escuela pueden funcionar como estresores crónicos. En todos estos casos los estresores pueden ser reducidos o evitados cuando los recursos sociales se hacen presentes y señalan además que el mayor uso de estrategias de afrontamiento estaría asociado con menores estresores crónicos porque implica acciones a llevar a cabo para abordar los problemas y por lo tanto poder ver el lado positivo de los mismos (Casullo, 2002: 58).

Las variables de personalidad se ponen en juego para que el adolescente reconozca su capacidad de transformar las circunstancias de manera tal que respondan a sus necesidades y pueda modificar la percepción amenazante o negativa de un evento. En esta posición juega un papel fundamental la valoración que el sujeto tenga de sí, su autoestima y el apoyo social necesario de su grupo, que le permita contar con el reconocimiento de los otros, y con la aceptación de su entorno para implementar de una manera autónoma la búsqueda de la respuesta satisfactoria.

#### **2.3.5.2 Estrategias de afrontamiento usadas por los adolescentes**

Es reconocido científicamente que no existen estrategias de afrontamientos mejores ni peores en sí mismas. Su eficacia debe evaluarse en función de las posibilidades de resultados en esa circunstancia y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar psicológico o el ajuste emocional. Así, se evaluará su éxito o su fracaso en función de múltiples factores: el contexto (características de la situación generadora de estrés), el momento vital del joven, los objetivos que se persiguen con determinado comportamiento, entre otros. Por ello, que considera esencial analizar todas estas variables al momento de señalar si una estrategia de

afrontamiento resulta constructiva o destructiva para el adolescente, funcional o disfuncional a su estructuración psíquica, beneficiosa o perjudicial.

Por su parte, los resultados de investigaciones sobre qué estrategias utilizan los adolescentes en función de las variables género y edad resultan a veces, contradictorios (Mullis y Chapman, 2000: 539). En cuanto a la edad, algunos investigadores señalan que los más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores suelen emplear el estilo centrado en el problema (González, Montoya, Casullo y Verdú, 2002: 69). Otros estudios señalan lo opuesto, en tanto afirman que los adolescentes más grandes focalizan sus estrategias en la emoción, así como en el estilo improductivo (Frydenberg y Lewis, 1993: 119).

Numerosos estudios buscaron la relación existente entre afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Las estrategias de afrontamiento pueden repercutir en el bienestar psicológico. Investigaciones sobre el tema señalan que el nivel de bienestar psicológico se correlaciona con las estrategias de afrontamiento, de donde se infiere que los adolescentes utilizan distintas estrategias según su nivel de bienestar.

Existen numerosas clasificaciones sobre las estrategias de afrontamiento. Una de éstas es la clasificación elaborada por Frydenberg y Lewis (1996), de dieciocho estrategias de afrontamiento: buscar apoyo social (compartir el problema y buscar apoyo en su resolución), concentrarse en resolver el problema (estudiar el problema y analizar los diferentes puntos de vista u opciones), esforzarse y tener éxito (describe compromiso, ambición y dedicación), preocuparse (temor por el futuro), invertir en amigos íntimos (búsqueda de relaciones personales íntimas), buscar pertenencia (preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás y por lo que los demás piensan), hacerse ilusiones (relacionada con la esperanza y la anticipación de una salida positiva), reducción de la tensión (intento de sentirse mejor y relajar la tensión bebiendo alcohol, fumando o tomando

drogas), acción social (dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades), ignorar el problema (rechazar conscientemente la existencia del problema), autoinculparse (sentirse responsables de los problemas o preocupaciones), reservarlo para sí (huir de los demás y no desear que conozcan sus problemas), buscar apoyo espiritual (refleja el uso de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o Dios), fijarse en lo positivo (buscar el lado positivo de la situación y considerarse afortunado), buscar ayuda profesional (opinión de profesionales, maestros u otros consejeros), buscar diversiones relajantes (actividades de ocio como leer o pintar), distracción física (hacer deporte, mantenerse en forma, etc.), y por último, la estrategia de falta de afrontamiento (refleja la incapacidad personal para tratar el problema, y el desarrollo de síntomas psicosomáticos) (Citado en: Fantin, Florentino y Correché, 2005: 166-167).

## **CAPÍTULO III MÉTODO**

### **3.1 Tipo de estudio**

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente estudio es determinar la relación que existe entre dos variables, es decir, entre estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes en situación de calle, la investigación se enmarca dentro de un estudio de tipo correlacional; esto implica establecer el grado de asociación o correlación entre dichas variables.

Según Hernández, et al., (2010: 62), los estudios correlacionales miden el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto particular, pretende ver si estas variables están o no relacionadas en los mismos sujetos y después analiza la correlación.

### **3.2 Diseño de investigación**

De acuerdo a las variables identificadas y con la finalidad de conocer el grado de relación que existe entre ellas, el diseño de investigación es no experimental de corte transversal, debido a que la medición de las variables se efectuaron en un momento único, y no fueron manipulados de forma deliberada.

"La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en las que las variables independientes no se manipulan por que ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y, dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural"(Hernández, et al., 2010: 149).

### 3.3 Variables

#### 3.3.1 Identificación de variables

- **Variable 1:** Estrategias de afrontamiento
- **Variable2:** Ideación suicida

#### 3.3.2 Operacionalización de variables

En la siguiente matriz se operacionalizan las variables identificadas, definiendo sus componentes (dimensiones), así como sus indicadores e instrumentos:

<b>Variable 1</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento: ACS (Items)</b>
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Resolución de problemas</b>	- Centrarse en Resolver el Problema - Esforzarse y tener éxito - Fijarse en lo positivo - Buscar diversiones relajantes - Distracción Física	2, 20, 38, 56, 72 3, 21, 39, 57, 73 15, 33, 51, 69 17, 35, 53 18, 36, 54
	<b>Referencia a otros</b>	- Buscar Apoyo Social - Invertir en amigos íntimos - Buscar pertenencia - Acción Social - Buscar apoyo espiritual - Buscar ayuda profesional	1, 19, 37, 55, 71 5, 23, 41, 59, 75 6, 24, 42, 60, 76 12, 28, 46, 64 14, 32, 50, 68 16, 34, 52, 70
	<b>Afrontamiento improductivo</b>	- Preocuparse - Hacerse ilusiones - Falta de Afrontamiento - Reducción de la tensión - Ignorar el problema - Autoinculparse - Reservarlo para sí	4, 22, 40, 58, 74 7, 25, 43, 61, 77 8, 26, 44, 62, 78 9, 27, 45, 63, 79 11, 29, 47, 65 12, 30, 48, 66 13, 31, 49, 67

Variable 2	Dimensiones	Indicadores	Instrumento: ISB (Items)
Ideación suicida	Actitudes hacia la vida/muerte	- Deseo de vivir	1
		- Deseo de morir.	2
		- Razones para Vivir/Morir	3
		- Deseo de realizar un intento de suicidio activo	4
		- Deseo pasivo de suicidio	5
	Pensamientos/ deseos de suicidio	- Duración pensamientos/ideas	6
		- Frecuencia pensamientos/ideas	7
		- Actitud hacia los pensamientos/deseos	8
		- Control sobre la acción/deseo de suicidio	9
		- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)	10
		- Razones para pensar/desear el intento suicida	11
	Intento planeado	- Especificidad/oportunidad de pensar el intento	12
		- Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	13
		- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	14
		- Expectativa/ anticipación de un intento real	15
	Actualización de la tentativa	- Preparación real	16
- Nota Suicida		17	
- Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)		18	
- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida		19	

Nota: ACS: Escalas de Afrontamiento para Adolescentes; ISB: Escala de Ideación Suicida de Beck.

### 3.4 Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años de edad, quienes generalmente tienen espacios de residencia y sobrevivencia habituales, las inmediaciones de la Cancha Said y Cervecería Boliviana Nacional.

Se desconoce el número exacto de adolescentes en situación de calle en la ciudad de La Paz, debido a la carencia de estudios que den cuenta de ello.

Debido a lo anterior se optó por considerar una muestra "no probabilística", es decir, arbitraria o dirigida, habiéndose determinado tomar en cuenta a 20 adolescentes en situación de calle.

Para el efecto, se consideró como muestra de estudio a 20 adolescentes que fueron invitados al Programa "Saranta Calle" de Fundación La Paz. además los mismos asisten de forma regular al Programa.

Otro aspecto importante de señalar hace referencia a que si bien el número de sujetos no es representativa, es accesible para fines del investigador apoyado al hecho de que la institución se encuentra interesada en la investigación.

En la selección de sujetos, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**a) Criterios de inclusión**

- Adolescentes en situación de calle que asistieron con regularidad al Programa "Saranta Calle" de Fundación La Paz.
- Adolescentes en situación de calle de ambos sexos (varones y mujeres).
- Adolescentes en situación de calle comprendidos entre 14 y 17 años de edad.

**b) Criterios de exclusión**

- Adolescentes en situación de calle que no asistieron con regularidad al Programa "Saranta Calle" de Fundación La Paz.
- Adolescentes en situación de calle menores de 14 años de edad.

**3.5 Ambiente**

La aplicación de los instrumentos se realizó en los ambientes del Programa "Saranta Calle" (primera etapa), dependiente de Fundación La Paz. Las dependencias vienen a ser el hogar transitorio de los participantes donde se cuenta con un ambiente adecuado para la aplicación de los instrumentos.

La institución Fundación La Paz tiene un objetivo de carácter social, desarrollando diferentes programas dentro del Área Socioeducativa.

### **3.6 Técnicas e instrumentos de investigación**

Para la recopilación de información, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)
- Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).

#### **3.6.1 Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)**

##### **3.6.1.1 Ficha técnica**

- **Nombre original:** *Adolescent Coping Scale*. The Australian Council for Educational Research Ltd. Victoria. Australia.
- **Autores:** Erika Frydenberg y Ramon Lewis.
- **Nombre de la adaptación española:** ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes.
- **Adaptación española:** Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos, TEA Ediciones, S.A. (1997).
- **Administración:** Individual y colectiva.
- **Duración:** 10 a 15 minutos cada Forma.
- **Aplicación:** Adolescentes de 12 a 18 años.
- **Significación:** Evaluación de las estrategias de afrontamiento (*coping*).
- **Material:** Manual, Cuadernillo con el cuestionario, Hoja de respuestas para corrección manual.

### **3.6.1.2 Características**

El ACS es un inventario de autoinforme compuesto de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno final abierto, que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala tipo Likert de cinco puntos:

1. No me ocurre nunca o no lo hago;
2. Me ocurre o lo hago raras veces;
3. Me ocurre o lo hago algunas veces;
4. Me ocurre o lo hago a menudo;
5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

Consta de dos Formas: General y Específica, las cuales tienen un formato similar, siendo la única diferencia que la Forma General hace referencia a cómo se utilizan las estrategias de afrontamiento en la mayoría de problemas o situaciones, mientras que en la Forma Específica se pide al sujeto que indique cuál es su preocupación principal y que responda el cuestionario referido a las estrategias que utiliza para afrontar esa preocupación concreta.

En la presente investigación se utilizó la Forma General, considerando que para poder comparar los resultados de los diferentes sujetos, es más adecuado que respondan de forma general que ante una preocupación específica que supone aspectos más concretos y por lo tanto menos comparables entre sí.

Las 18 estrategias de afrontamiento o escalas que mide el ACS, están agrupadas en 3 estilos básicos:

**a) Dirigidas a resolver el problema.**

1. Concentrase en Resolver el Problema (Rp)

2. Esforzarse y tener éxito (Es)
3. Fijarse en lo positivo (Po)
4. Buscar diversiones relajantes (Dr)
5. Distracción Física (Df)

**b) Afrontamiento en relación con los demás.**

6. Buscar Apoyo Social (As)
7. Invertir en amigos íntimos (Ai)
8. Buscar pertenencia (Pe)
9. Acción Social (So)
10. Buscar apoyo espiritual (Ae)
11. Buscar ayuda profesional (Ap)

**c) Afrontamiento Improductivo.**

12. Preocuparse (Pr)
13. Hacerse ilusiones (Hi)
14. Falta de Afrontamiento (Na)
15. Reducción de la tensión (Rt)
16. Ignorar el problema (Ip)
17. Autoinculparse (Cu)
18. Reservarlo para sí (Re)

### **3.6.1.3 Validez y confiabilidad del instrumento**

El coeficiente Alfa de Cronbach de la forma general de la Escala ACS que proporcionan los autores es de 0,75.

Con respecto a la validez los autores realizaron 3 análisis factoriales a través del método de los componentes principales con rotación oblimin para los ítems encontrando que las 18 escalas son válidas.

### 3.6.1.4 Corrección

En cuanto a la corrección, se utiliza una hoja de respuesta, que consta de 18 líneas horizontales, que corresponden al número de estrategias descritas anteriormente. Las opciones de respuesta son A, B, C, D, E que corresponden a puntuaciones 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente. Para cada una de las escalas se obtiene una puntuación resultante de sumar horizontalmente los puntos obtenidos en cada una de las estrategias que conforman la escala y se anota el resultados en las casillas de puntuación total; posteriormente los puntajes totales son multiplicados por un coeficiente de corrección 4, 5 7, los cuales se colocan en la casilla "puntuación ajustada" (Véase Anexo N° 1, Hoja de Respuestas).

Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de corrección
As, Rp, Es, Pr, Ai, Pe, Hi, Na, Rt	4
Sa, Ip, Cu, Re, Ae, Po, Ap	5
Dr, Fi	7

Finalmente se obtiene el grado de uso que el adolescente da a cada una de las estrategias de afrontamiento, interpretándose en un rango de un mínimo de 20 puntos para la estrategia menos utilizada y 100 puntos para la más frecuentemente utilizada, en los primeros 16 indicadores; mientras que para los indicadores de tres elementos (buscar diversiones relajantes y distracción física), se considera que la puntuación mínima es de 21 y la máxima de 105 puntos.

CUADRO N° 1  
BAREMOS DEL ACS

Rango de puntuación	Uso de la estrategia
De 20 a 29 puntos	Estrategia no utilizada
De 30 a 49 puntos	Utilizada raras veces
De 50 a 69 puntos	Utilizada algunas veces
De 70 a 89 puntos	Utilizada a menudo
De 90 a 100 puntos	Utilizada con mucha frecuencia

El detalle del instrumento y la hoja de respuesta se presentan en el Anexo N° 1 del presente estudio.

### **3.6.2 Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)**

#### **3.6.2.1 Ficha técnica**

- **Nombre:** Assessment of suicidal intent (ISB): The scale for suicide ideation.  
**Autores:** A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1979).
- **Aplicación:** Adolescentes y jóvenes
- **Significación:** Evalúa la gravedad de la ideación suicida
- **Administración:** Heteroaplicada.
- **Material:** Cuadernillo con el cuestionario, Hoja de respuestas para corrección manual.

#### **3.6.2.2 Características**

Esta escala fue diseñada para cuantificar y valorar la recurrencia consciente de pensamientos con intención suicida; poner en la balanza, varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos y/o deseos. La ideación suicida puede también abarcar "amenaza suicida", que ha sido expresada abiertamente o verbalizada a otros.

Los reactivos evalúan la extensión de pensamientos suicidas y sus características; así como, también las actitudes del individuo hacia ellos, la extensión de los deseos de morir, la decisión de hacer un intento suicida y detallar planes; si tiene alguno, lo que lo detiene internamente el intento y subjetivamente los sentimientos de control o valor que consideran un propósito de intento

La Escala de Ideación Suicida (ISB) consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista semi-estructurada. Las subescalas originales propuestas por Beck (1979), son:

- I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte (5 reactivos),
- II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio (6 reactivos)
- III. Características del intento (4 reactivos)
- IV. Actualización del intento (4 reactivos).

Los reactivos miden la intensidad de actitudes, conductas y planes específicos respecto a la idea de “cometer” un suicidio.

### **3.6.2.3 Validez y confiabilidad del instrumento**

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores (Beck, Kovacs y Weissman) sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.834. Este y otros estudios apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala.

### **3.6.2.4 Corrección**

Cada reactivo fue registrado en un formato de respuesta de 3 opciones con rangos de 0, 1 y 2. Las mediciones son sumadas para obtener un puntaje global; de este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

El detalle del instrumento se presenta en el Anexo N° 2 del presente estudio.

### 3.7 Análisis estadístico

Para medir el grado de relación que existe entre las variables estrategias de afrontamiento e ideación suicida, se efectuó un análisis de correlación, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, cuya fórmula estadística es la siguiente (Ostle, 1996: 255):

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Dónde:

- r = Coeficiente de correlación.
- $\sum X$  = Sumatoria de los puntajes promedio de la variable 1 (Estrategias de afrontamiento).
- $\sum Y$  = Sumatoria de los puntajes de la variable 2 (Ideación suicida)
- $\sum XY$  = Sumatoria de los productos (variables 1 y 2)
- n = Número de sujetos (20 adolescentes en situación de calle)
- $\sum X^2$  = Sumatoria de los cuadrados de la variable 1.
- $(\sum X)^2$  = Cuadrado de la sumatoria de la variable 1.
- $\sum Y^2$  = Sumatoria de los cuadrados de la variable 2.
- $(\sum Y)^2$  = Cuadrado de la sumatoria de la variable 2.

Se debe destacar que para afirmar que una variable está relacionada con la otra, debe existir una alta correlación entre ellos. Para que la correlación sea perfecta el coeficiente de correlación (r) debe tomar el valor de 1.

### 3.8 Procedimiento

Para la obtención de datos en la presente investigación, primero se solicitó el permiso correspondiente a la institución, en este caso a Fundación La Paz, específicamente al Programa Saranta Calle, previa reunión con el Director y el

**Coordinador de la institución, para informarles el objetivo del estudio y las normas de aplicación.**

**Como una segunda etapa se pasó a conocer al grupo de trabajo para darles a conocer los requerimientos determinados explicándoles el propósito y la importancia de la investigación, a la vez de seleccionar las aulas necesarias para el momento de la aplicación de los instrumentos. Por otra parte, también se coordinó el horario en el que se podrá aplicar los instrumentos.**

**La aplicación de los diferentes instrumentos de medida se llevó a cabo en 2 días, con sesiones de 45 minutos como media de tiempo requerido, con el fin de asegurar la uniformidad en la aplicación. En la primera sesión se aplicó la Escala de Estrategias de Afrontamiento y en la segunda sesión la Escala de Ideación Suicida.**

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1 Resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)

A continuación se presentan los resultados de la escala de ideación suicida (ISB) aplicada a 20 adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, considerados para el estudio.

#### 4.1.1 Resultados generales

**CUADRO N° 2  
ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK**

Adolescentes En situación De calle	Subescalas Ítems	CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE					CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO					CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO				ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO				Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19
1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	24
2	1	1	0	1	2	0	1	1	2	1	2	0	1	2	1	0	1	2	1	20	
3	0	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	
4	1	2	2	1	1	2	0	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	2	1	24	
5	2	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	23	
6	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	12	
7	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	34	
8	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
9	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	0	2	1	1	2	1	2	1	24	
10	0	2	2	1	2	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	2	1	0	2	21	
11	2	1	2	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	27	
12	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	34	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	15	
15	2	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	1	0	1	1	0	1	17	
16	2	1	1	2	1	0	1	2	1	1	0	1	2	1	1	2	1	2	0	22	
17	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	15	
18	0	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	31	
19	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
20	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	12	
<b>PROMEDIO</b>																				<b>21,15</b>	

De acuerdo a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB), aplicada a los adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, se observa que el puntaje promedio alcanzado es de 21,15, que sobrepasa al promedio mínimo de 19 puntos, considerando que el puntaje máximo posible es de 38 puntos; lo cual significa que en forma general, los adolescentes en situación de calle, tienen una tendencia relativa a presentar ideas suicidas.

Estos resultados confirman que la adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, desesperación y confusión, que los puede orientar a tener ideas suicidas.

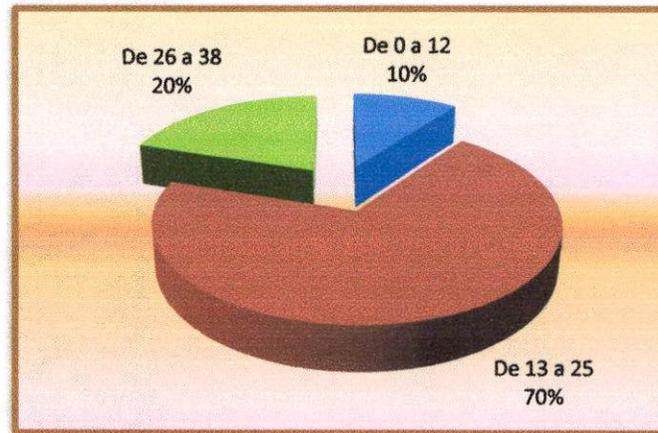
Para profundizar el estudio, se efectúa una división simétrica de la puntuación obtenida por los adolescentes en tres niveles o rangos, en función del puntaje total máximo (38 puntos), de manera que se pueda identificar la proporción de adolescentes que se encuentran más cerca a la ideación suicida (26 – 38 puntos), aquellos que no se encuentran ni cerca ni lejos de la idea suicida (13 – 25 puntos), y los que se aproximan a una carencia de ideas suicidas (0 – 12 puntos):

**CUADRO Nº 3  
NIVELES DE IDEACIÓN SUICIDA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 0 a 12	2	10 %
De 13 a 25	14	70 %
De 26 a 38	4	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB)

GRÁFICO N° 1  
NIVELES DE IDEACIÓN SUICIDA



De acuerdo a lo que se observa en el cuadro y gráfico precedente, se puede señalar que los adolescentes en situación de calle en un 10% se encuentran en una puntuación de 0 a 12 puntos, lo cual significa que no presentan ideas suicidas o los tienen en niveles mínimos; el mayor porcentaje (70%) presenta puntuaciones entre los 13 a 25 puntos, quienes presentan de manera regular o relativa ideas suicidas; por último el 20% presenta puntuaciones de 26 a 38 puntos en quienes se advierte que presentan ideas suicidas.

Los resultados muestran, que si bien la mayoría de los adolescentes en situación de la calle muestran relativa presencia de ideas suicidas, es una situación que no debe dejar de preocupar y más aún en aquellos que se aproximan a 38 puntos que significa que se encuentran en una situación de gravedad, ya que permite identificara las personas que presentan riesgo de suicidio.

#### 4.1.2 Resultados por sub – escalas

A continuación se presentan los resultados por sub- escalas, las mismas que de acuerdo al instrumento, se encuentran divididos en:

#### **a) Características de las actitudes hacia la vida/muerte**

Esta subescala está compuesta por 5 reactivos, por tanto las puntuaciones oscilarán entre 0 y 10 puntos. Se considerará que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 0 no tienen actitudes hacia la muerte, sino que tienen actitudes positivas hacia la vida; mientras que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 10 puntos tienen actitudes hacia la muerte.

#### **b) Características de los pensamientos/deseos de suicidio**

Esta subescala está compuesta por 6 reactivos, por tanto las puntuaciones oscilarán entre 0 y 12 puntos. Se considerará que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 0 no tienen pensamientos o ideas suicidas; mientras que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 12 puntos tienen pensamientos o ideas suicidas.

#### **c) Características del intento planeado de suicidio**

Esta subescala está compuesta por 4 reactivos, por tanto las puntuaciones oscilarán entre 0 y 8 puntos. Se considerará que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 0 no tienen planes para intentar suicidarse; mientras que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 8 puntos han planeado intentar suicidarse.

#### **d) Actualización de la tentativa de suicidio**

Esta subescala está compuesta por 4 reactivos, por tanto las puntuaciones oscilarán entre 0 y 8 puntos. Se considerará que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 0 no han reiterado su intención de suicidarse; mientras que los adolescentes con puntuaciones cercanas a 8 puntos presentan ideas reiteradas de intento suicida.

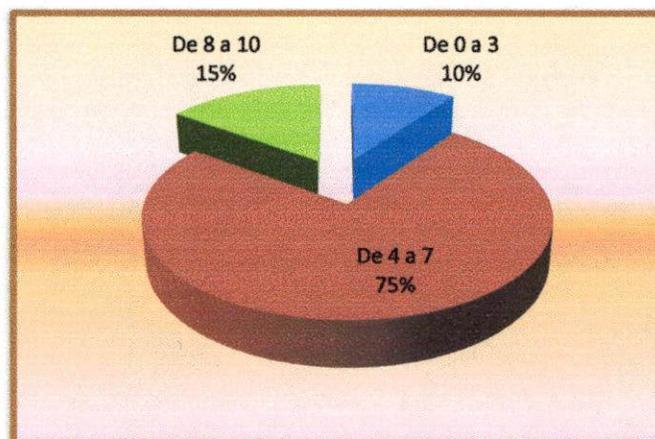
#### 4.1.2.1 Actitudes hacia la vida/muerte

CUADRO N° 4  
CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 0 a 3	2	10%
De 4 a 7	15	75%
De 8 a 10	3	15 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB)

GRÁFICO N° 2  
CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE



Respecto a las características de las actitudes hacia la vida/muerte, los adolescentes muestran que en un 10% puntuaciones de 0 a 3 puntos, de un total de 10 puntos posibles, el 75% presenta una puntuación de 4 a 7 puntos, en tanto que el restante 15% presenta las puntuaciones más altas que oscilan entre 8 y 10 puntos.

Los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB), respecto a actitudes hacia la vida/muerte, muestra que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a tener ideas de quitarse la vida, el

control sobre la vida o la muerte no es absoluto, así se encuentra representado en los resultados de la investigación.

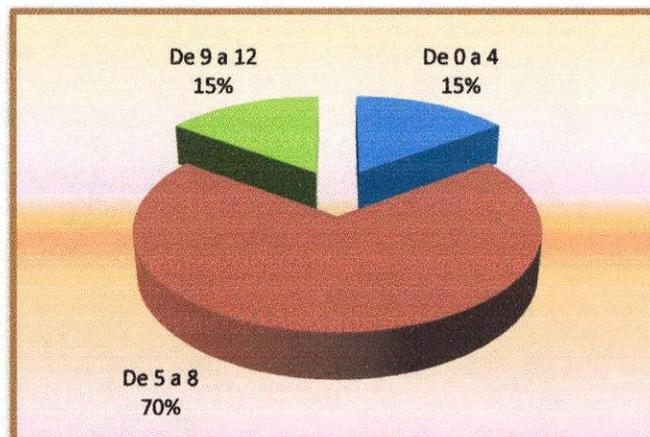
#### 4.1.2.2 Pensamientos/deseos de suicidio

CUADRO N° 5  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 0 a 4	3	15 %
De 5 a 8	14	70 %
De 9 a 12	3	15 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB)

GRÁFICO N° 3  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO



Los resultados de la escala de ideación suicida, respecto a Características de los pensamientos/deseos de suicidio, el 15% muestra que tiene promedio de 0 a 4 puntos, por tanto se puede señalar que carecen de pensamientos o deseos suicidas, el 70% tiene ocasionalmente pensamientos suicidas, y el otro 15% presenta frecuentemente pensamientos suicidas.

Estos resultados muestran que si bien los adolescentes en situación de la calle presentan diferentes problemas por su condición, el tema del suicidio está presente en la mayoría de estos jóvenes, tomando además en cuenta que la adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, y que en oportunidades para salir de problemas surgen pensamientos/deseos de suicidio.

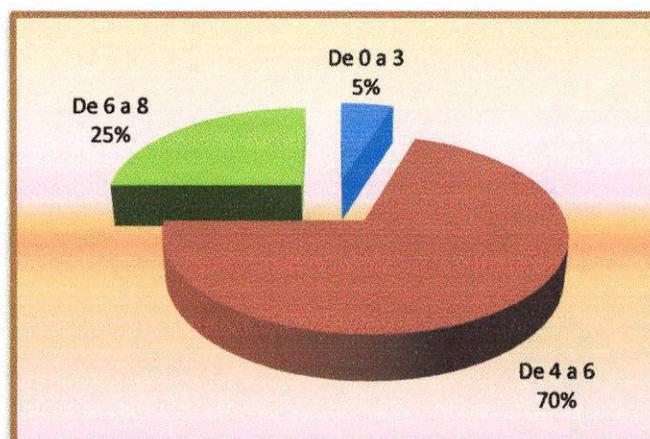
#### 4.1.2.3 Intento planeado de suicidio

CUADRO N° 6  
CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 0 a 2	1	5 %
De 3 a 5	14	70 %
De 6 a 8	5	25 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB)

GRÁFICO N° 4  
CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO



De acuerdo a los resultados de la escala de ideación suicida, en lo que se refiere a las características del intento de suicidio el 70% muestra un promedio de 3 a 5 puntos de 8 posibles, el 25% de acuerdo a los resultados presenta un promedio

que oscila entre 6 a 8 punto, y el 5% restante está ubicado de 0 a 2 puntos, tal y como se observa en el cuadro y gráfico respectivo.

Tomando en cuenta que se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio, los resultados de la investigación muestra esta crítica situación de los adolescentes en situación de calle, presentando un alto nivel de riesgo en cuanto al intento de suicidio.

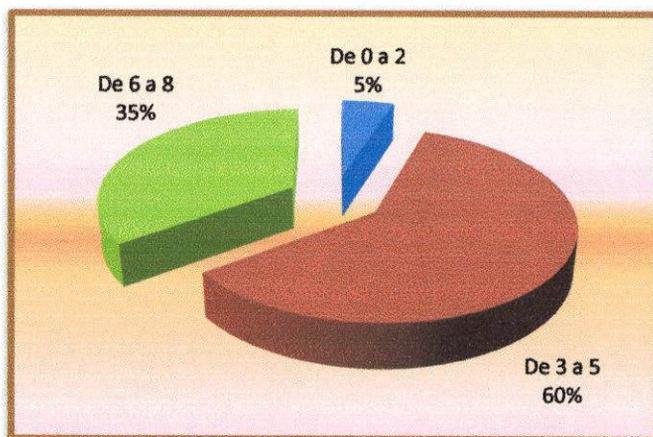
#### 4.1.2.4 Actualización de la tentativa

CUADRO N° 7  
ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
De 0 a 2	1	5 %
De 3 a 5	12	60 %
De 6 a 8	7	35 %
TOTAL	20	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISB)

GRÁFICO N° 5  
ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA



Los resultados de la investigación muestran que las ideas actualizadas de intento suicida, en un 5% presenta una puntuación de 0 a 2 de un total de 8 posibles, en un importante 60% muestra que su puntuación es de 3 a 5 puntos y el 35% presenta un puntaje alto que es de 6 a 8 puntos.

De acuerdo a los datos arrojados por la escala de ideación suicida, se puede concluir que una mayoría de los adolescentes en situación de la calle, presentan problemas personales lo que deriva en la presencia de ideas suicidas, que puede derivar en una amenaza, sería que puede pasar de la idea a los intentos, además se debe considerar que en la adolescencia de acuerdo a la revisión teórica es el grupo de mayor riesgo para intentos suicidas y suicidios consumados.

#### **4.2 Resultados de Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)**

Una vez descrito los resultados de la ideación suicida, se procede a analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), a 20 adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, en función de las 18 estrategias que contempla el instrumento.

##### **4.2.1 Resolución de problemas**

Esta dimensión está compuesta por cinco ítems (concentrarse en resolver el problema; esforzarse y tener éxito; fijarse en lo positivo; buscar diversiones relajantes; y distracción física). Los resultados son los siguientes:

##### **4.2.1.1 Concentrarse en resolver el problema**

**CUADRO N° 8  
CONCENTRARSE EN RESOLVER EL PROBLEMA**

<b>Puntuación ajustada</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Estrategia utilizada raras veces	5	25%
Estrategia utilizada algunas veces	12	60%
Estrategia utilizada a menudo	1	5%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

**GRÁFICO N° 6**  
**CONCENTRARSE EN RESOLVER EL PROBLEMA**



Respecto al uso de la estrategia de concentrarse en resolver el problema por parte de los adolescentes en situación de calle, se puede advertir que la mayoría (60%) utiliza algunas veces esta estrategia, el 25% representa que raras veces utiliza esta estrategia, luego se tiene al 10% que significa que esta estrategia es utilizada con mucha frecuencia, finalmente el 5% expresa que esta estrategia es utilizada a menudo.

Estos resultados muestran que la mayoría de los adolescentes algunas veces se concentran en resolver sus problemas, lo cual está referido al estudio sistemático y analítico de las posibles soluciones existentes para el problema, los adolescentes reflexionan acerca de la forma de solución de sus problemas aunque en oportunidades solo los dejan pasar.

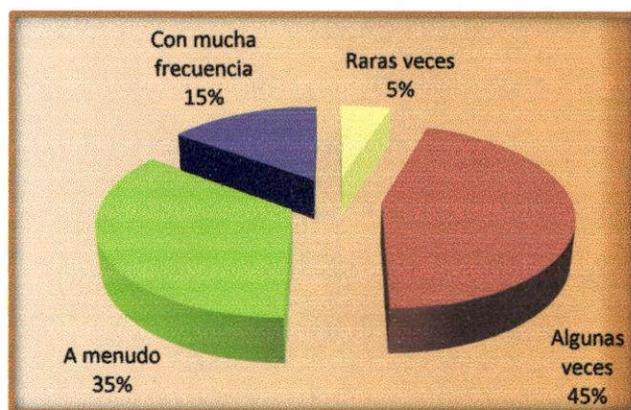
#### 4.2.1.2 Esforzarse y tener éxito

CUADRO N° 9  
ESFORZARSE Y TENER ÉXITO

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	1	5%
Estrategia utilizada algunas veces	9	45%
Estrategia utilizada a menudo	7	35%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 7  
ESFORZARSE Y TENER ÉXITO



De acuerdo a lo que se observa en el cuadro y gráfico respectivo, se tiene que el 45% de los adolescentes algunas veces utilizan esta estrategia para afrontar sus problemas, el 35% indica que a menudo utiliza esta estrategia, el 15% apunta a que esta estrategia es usada con mucha frecuencia, finalmente se tiene un 5% que manifiesta que raras veces utiliza esta estrategia.

Estos resultados muestran que la mayoría de los adolescentes en situación de la calle, solo algunas veces se esfuerza para lograr obtener éxito, y no asume que está estrategia describe el compromiso y dedicación de lo mejor de sí para resolver la situación problemática.

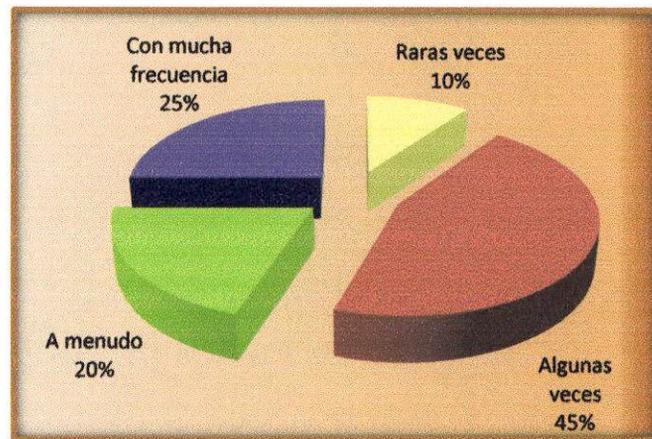
### 4.2.1.3 Fijarse en lo positivo

CUADRO N° 10  
FIJARSE EN LO POSITIVO

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	2	10%
Estrategia utilizada algunas veces	9	45%
Estrategia utilizada a menudo	4	20%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 8  
FIJARSE EN LO POSITIVO



Respecto a esta estrategia el 45% refleja que algunas veces utiliza esta habilidad de fijarse en lo positivo, el 25% muestra que este grupo de adolescentes con mucha frecuencia utiliza esta estrategia, el 20% exterioriza que a menudo utiliza esta táctica para resolver sus inconvenientes, el 10% manifiesta que raras veces se utiliza esta estrategia de afrontamiento en la resolución de problemas.

Estos resultados muestran que los adolescentes en situación de la calle, tienen dos posiciones en algunos casos algunas veces utilizan esta estrategia, y en otras con mucha frecuencia opta por fijarse en lo positivo como estrategia relacionada con la

resolución del problema, fijarse en lo positivo es la estrategia en la cual el sujeto busca el aspecto positivo de la situación, encontrando el lado bueno de las cosas. Situación que debe ser tomada en cuenta para afrontar problemas.

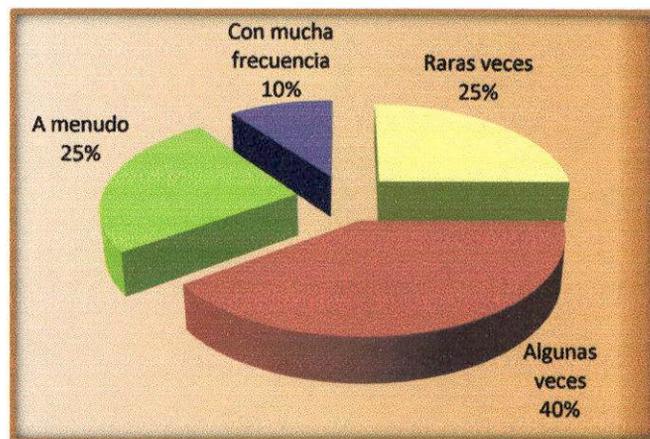
#### 4.2.1.4 Buscar diversiones relajantes

CUADRO N° 11  
BUSCAR DIVERSIONES RELAJANTES

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	5	25%
Estrategia utilizada algunas veces	8	40%
Estrategia utilizada a menudo	5	25%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 9  
BUSCAR DIVERSIONES RELAJANTES



Sobre la estrategia de buscar diversiones relajantes, se puede observar en el gráfico precedente que el 40% representa que algunas veces se utiliza esta estrategia, el 25% señala que raras veces utiliza esta estrategia, otro 25% indica que esta estrategia es utilizada a menudo, y finalmente el 10% expresa que la estrategia es utilizada con mucha frecuencia.

Los adolescentes en su mayoría se inclina por buscar diversiones relajantes que le permita sino solucionar sus problemas afrontar de mejor manera una situación complicada, para esto prefieren escuchar música, inclinarse por la práctica de algún deporte, o la compañía de una persona con la que pueda conversar o confiar la situación que atraviesa.

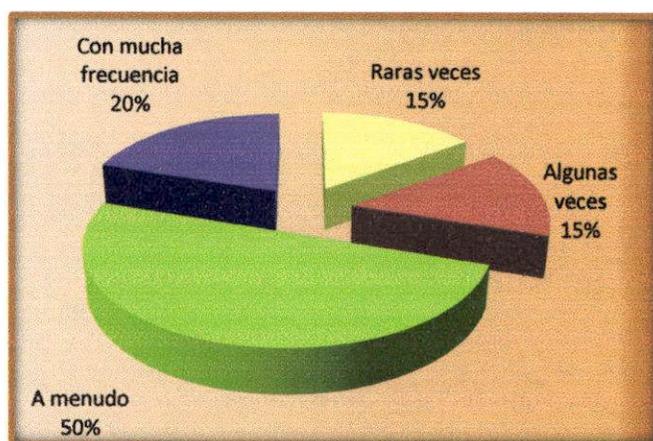
#### 4.2.1.5 Distracción física

CUADRO N° 12  
DISTRACCIÓN FÍSICA

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	3	15%
Estrategia utilizada algunas veces	3	15%
Estrategia utilizada a menudo	10	50%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 10  
DISTRACCIÓN FÍSICA



La estrategia de afrontamiento para la resolución de problemas basado en la distracción física, al igual que con el anterior caso, muestra que la mayoría representada por el 50% exterioriza que esta estrategia es utilizada a menudo, el

20% muestra que esta estrategia es utilizada con mucha frecuencia, un 15% expresa que raras veces utiliza la estrategia señalada, y por último el 15% manifiesta que algunas veces recurre a esta estrategia.

Tomando en cuenta que esta estrategia se caracteriza por la búsqueda de actividades físicas, como el deporte, los adolescentes en situación de la calle, utiliza en su mayoría esta estrategia para la resolución de sus problemas, se muestra que son afectos a la práctica de deportes o la utilización de ejercicios para afrontar situaciones complicadas.

#### 4.2.2 Referencia a otros

Esta dimensión está compuesta por seis ítems (buscar apoyo social; invertir en amigos; buscar pertenencia; acción social; buscar apoyo espiritual; y, buscar ayuda profesional), los resultados están representados por cuadro y gráficos que se describen a continuación:

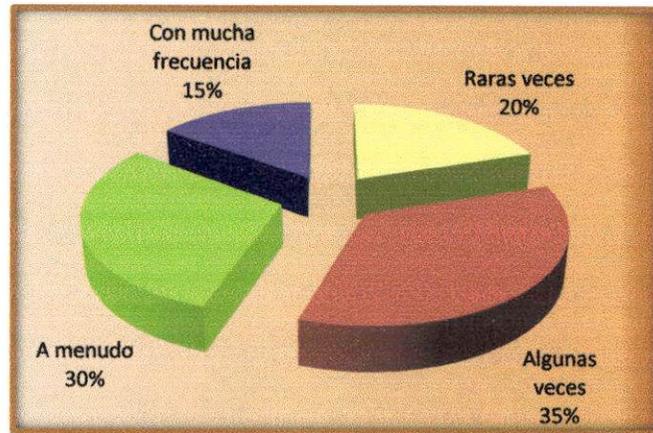
##### 4.2.2.1 Busca apoyo social

**CUADRO N° 13  
BUSCA APOYO SOCIAL**

<b>Puntuación ajustada</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Estrategia utilizada raras veces	4	20%
Estrategia utilizada algunas veces	7	35%
Estrategia utilizada a menudo	6	30%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	3	15%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

**GRÁFICO N° 11  
BUSCA APOYO SOCIAL**



Respecto a la estrategia de buscar apoyo social, el 35% representa que algunas veces utiliza esta estrategia, el 30% indica que a menudo se utiliza esta estrategia, el 20% revela que este grupo raras veces utiliza esta estrategia, por último el 15% expresa que con mucha frecuencia se utiliza esta estrategia.

Estos resultados muestran que algunos adolescentes algunas veces y un grupo de adolescentes a menudo se inclina por compartir sus problemas con otras personas y buscar apoyo para la resolución del mismo, esta forma de afrontamiento de los conflictos resulta importante para la persona si este tipo de resolución tiene éxito para solucionar un problema, este accionar se repetirá cuando se presenten situaciones conflictivas.

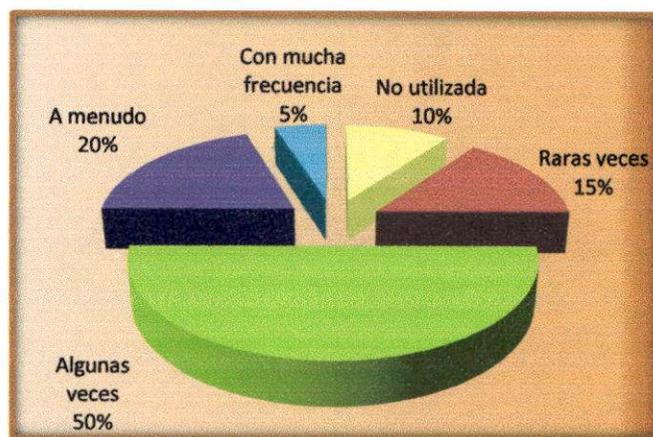
#### 4.2.2.2 Invierte en amigos

CUADRO N° 14  
INVIERTE EN AMIGOS

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia no utilizada	2	10%
Estrategia utilizada raras veces	3	15%
Estrategia utilizada algunas veces	10	50%
Estrategia utilizada a menudo	4	20%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 12  
INVIERTE EN AMIGOS



De acuerdo a lo que se observa en los resultados de la escala de ACS de afrontamiento para adolescentes, el 50% manifiesta que algunas veces recurre a la estrategia de invertir en amigos, a quienes acude en caso de afrontar algún problema, el 20% indica que a menudo utiliza esta estrategia, el 15% raras veces utiliza esta estrategia, en tanto que el 10% no utiliza esta estrategia y el 5% con muchas frecuencia recurre a la estrategia mencionada.

La estrategia destinada a invertir en amigos incluso de carácter íntimo, solo es usada en algunas oportunidades, lo que significa que esta estrategia que es la

búsqueda de relaciones personales, solo les ajusta para quienes tienen amigos inseparables, con quienes comparten muchos aspectos de su vida, incluso de carácter personal.

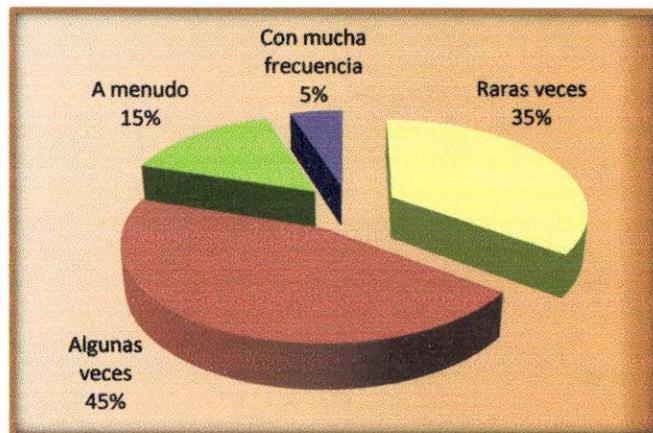
#### 4.2.2.3 Busca pertenencia

CUADRO N° 15  
BUSCA PERTENENCIA

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	7	35%
Estrategia utilizada algunas veces	9	45%
Estrategia utilizada a menudo	3	15%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 13  
BUSCA PERTENENCIA



Respecto a esta estrategia los adolescentes en situación de calle, manifiestan en un importante 45%, que algunas veces recurren a la estrategia de buscar amistades afines, el 35% expresa que raras veces acude a esta estrategia, en tanto que el 15% ha señalado que a menudo utiliza la estrategia señalada, el

restante 5% ha exteriorizado que con mucha frecuencia puede desarrollar esta estrategia.

Raras veces o en algunas oportunidades los adolescentes en situación de calle muestran preocupación por la situación en la que se encuentra sus relaciones con los otros o su medio y por la opinión que sus amigos, compañeros puedan tener del adolescente, se podría señalar que esta situación les es indiferente.

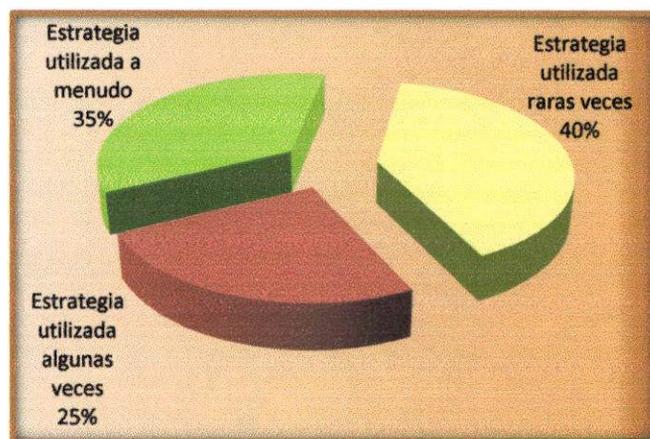
#### 4.2.2.4 Acción social

CUADRO N° 16  
ACCIÓN SOCIAL

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	8	40%
Estrategia utilizada algunas veces	5	25%
Estrategia utilizada a menudo	7	35%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 14  
ACCIÓN SOCIAL



Respecto a la estrategia de afrontamiento de acción social, el 40% raras veces utiliza esta estrategia, en tanto que un 35% exterioriza que la estrategia es

utilizada a menudo, finalmente el 25% ha indicado que algunas veces ha utilizado esta estrategia.

La estrategia referente a permitir que los demás conozcan el problema, tratando con esto de relacionarse con otras personas que pasan por la misma situación y de esta forma conseguir ayuda y apoyo, no es una estrategia que sea usada por la mayoría de los adolescentes en situación de calle.

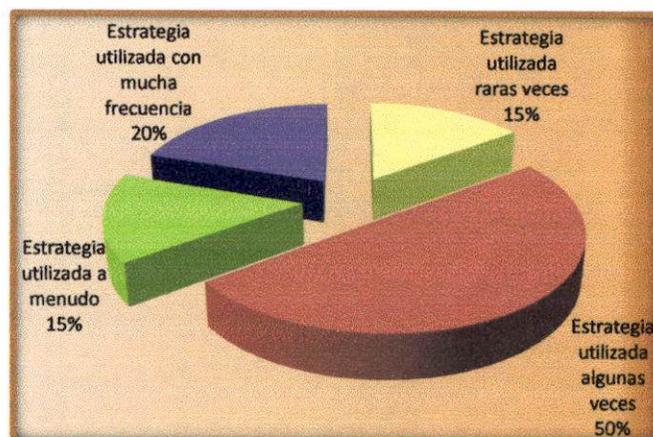
#### 4.2.2.5 Busca apoyo espiritual

CUADRO N° 17  
BUSCA APOYO ESPIRITUAL

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	3	15%
Estrategia utilizada algunas veces	10	50%
Estrategia utilizada a menudo	3	15%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 15  
BUSCA APOYO ESPIRITUAL



La búsqueda de apoyo espiritual se constituye en una estrategia importante para los adolescentes en situación de calle, así por ejemplo el 50% manifiesta que es una estrategia que algunas veces utiliza, el 20% manifiesta que es una estrategia que se utiliza con mucha frecuencia, el 15% utiliza con muchas frecuencia esta estrategia y otro 15% raras veces busca el apoyo espiritual.

Los resultados muestran que en los adolescentes en situación de calle, en muchas oportunidades vuelcan sus esperanzas a la solución de sus problemas al apoyo espiritual que puedan alcanzar, por cuanto se puede concluir que a través de la religión los adolescentes pueden mejorar su situación problema por la cual atraviesan.

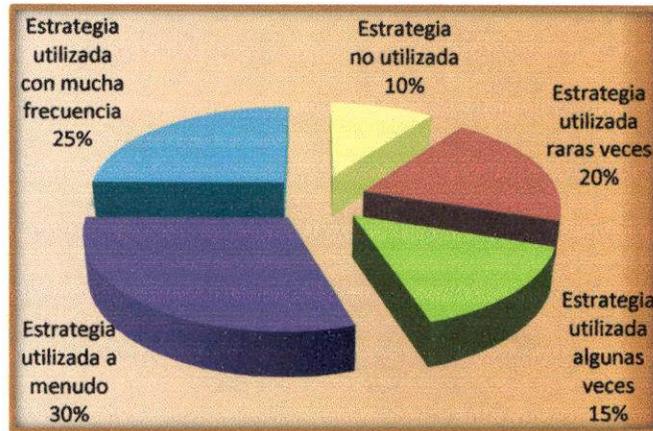
#### 4.2.2.6 Busca ayuda profesional

**CUADRO N° 18  
BUSCA AYUDA PROFESIONAL**

<b>Puntuación ajustada</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Estrategia no utilizada	2	10%
Estrategia utilizada raras veces	4	20%
Estrategia utilizada algunas veces	3	15%
Estrategia utilizada a menudo	6	30%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	5	25%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 16  
BUSCA AYUDA PROFESIONAL



Los resultados del test muestra que el 30% busca apoyo profesional a menudo para la resolución de sus problemas, el 25% lo hace con mucha frecuencia, el 20% raras veces busca la ayuda de profesionales, un 15% algunas veces recurre a esta estrategia y el restante 10% expresa que no utiliza esta estrategia.

Esta estrategia es importante porque permite a los adolescentes en buscar opinión de los profesionales que puedan ayudar al adolescente en una situación de problema a la resolución del conflicto por el cual atraviesa, por tanto se debe desarrollar en los adolescentes esta estrategia para afrontar sus problemas.

#### 4.2.3 Afrontamiento improductivo

Esta dimensión está compuesta por siete ítems (Preocuparse; hacerse ilusiones; falta de afrontamiento; reducción de la tensión; ignorar el problema; auto inculparse; y, reservarlo para sí) los resultados están representados por cuadro y gráficos que se describen a continuación:

#### 4.2.3.1 Preocuparse

CUADRO N° 19  
PREOCUPARSE

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	2	10%
Estrategia utilizada algunas veces	12	60%
Estrategia utilizada a menudo	2	10%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 17  
PREOCUPARSE



La escala de afrontamiento muestra que la preocupación, está presente en el 60% de los adolescentes, el 20% se preocupa de sus problemas con mucha frecuencia, el 10% se preocupa a menudo y finalmente el restante 10% raras veces se preocupa por sus dificultades.

Esta estrategia representa elementos que indican temor hacia el futuro o preocupación por el devenir, situación de acuerdo a los resultados en la que están los adolescentes en situación de calle, estos resultados muestra que existe incertidumbre sobre el futuro.

#### 4.2.3.2 Hacerse ilusiones

CUADRO N° 20  
HACERSE ILUSIONES

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	2	10%
Estrategia utilizada algunas veces	15	75%
Estrategia utilizada a menudo	1	5%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 18  
HACERSE ILUSIONES



Respecto a la estrategia de hacerse ilusiones el 75% indica que algunas veces utiliza la estrategia de hacerse ilusiones, el 10% exterioriza que raras veces opta por esta estrategia, en tanto que otro 10% con mucha frecuencia utiliza esta habilidad el restante 5% ha indicado que a menudo se hace ilusiones como mecanismo para enfrentar los problemas.

Esta estrategia comprende elementos basados en la esperanza y anticipación de una salida positiva, a los problemas por los cuales atraviesan los adolescentes en

situación de la calle, por lo cual no deja de ser importante que se aplique esta estrategia como mecanismo para afrontar situaciones de riesgo.

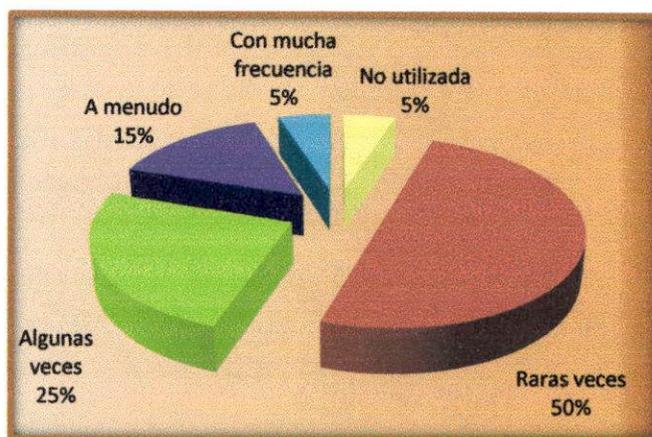
#### 4.2.3.3 Falta de afrontamiento

CUADRO N° 21  
FALTA DE AFRONTAMIENTO

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia no utilizada	1	5%
Estrategia utilizada raras veces	10	50%
Estrategia utilizada algunas veces	5	25%
Estrategia utilizada a menudo	3	15%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 19  
FALTA DE AFRONTAMIENTO



Los adolescentes muestra que raras veces afrontan sus problemas, así lo demuestra el 50% de resultados del instrumento, el 25% algunas veces utiliza la estrategia mencionada, sin embargo el 15% a menudo recurre a esta estrategia y un 5% lo emplea con mucha frecuencia y el mismo porcentaje no lo utiliza.

De acuerdo a los datos registrados se observa que no hace uso de esta estrategia que abarca elementos que reflejan la incapacidad del adolescente para tratar el problema, y suele expresarse en el desarrollo de síntomas psicósomáticos, que podrían derivar en ideas poco eficientes para la resolución de problemas.

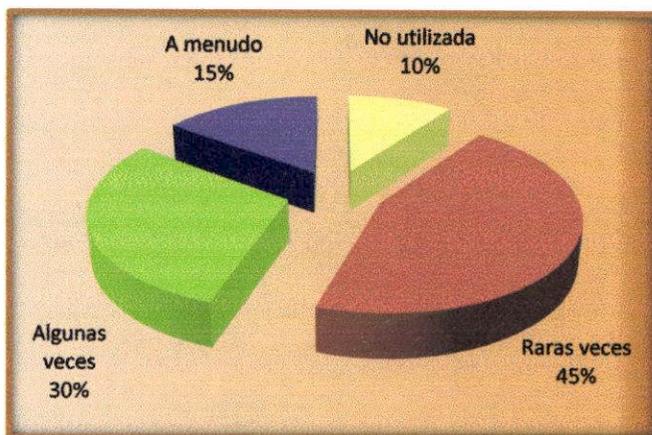
#### 4.2.3.4 Reducción de la tensión

CUADRO N° 22  
REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia no utilizada	2	10%
Estrategia utilizada raras veces	9	45%
Estrategia utilizada algunas veces	6	30%
Estrategia utilizada a menudo	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 20  
REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN



La estrategia de reducción de la tensión, muestra en un importante 45% que raras veces es utilizada por los adolescentes, seguido de un 30% que indica que algunas veces se recurre a esta habilidad, el 15% lo usa a menudo y el restante 10% no lo utiliza.

Estos resultados que se observa en el gráfico respectivo muestra, muestra que la estrategia de la reducción de la tensión se caracteriza por intentos de sentirse mejor situación que no corresponde en el caso de los adolescentes de la calle, ya que el mismo debería motivarles a relajar la tensión que origina su situación problemática.

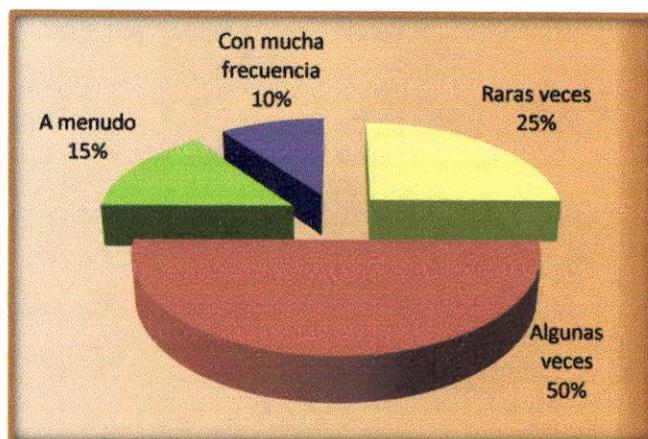
#### 4.2.3.5 Ignorar el problema

CUADRO N° 23  
IGNORAR EL PROBLEMA

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	5	25%
Estrategia utilizada algunas veces	10	50%
Estrategia utilizada a menudo	3	15%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 21  
IGNORAR EL PROBLEMA



Una estrategia también se constituye en el hecho de ignorar los problemas, para el 50% algunas veces se constituye en un recurso, el 25% señala que raras veces

hace uso de esta estrategia, para el 15% recurre a esta estrategia a menudo y el restante 10% lo utiliza con mucha frecuencia.

Los adolescentes a través de esta estrategia de afrontamiento, rechazan de manera consciente la existencia de un problema, situación que se observa que suele ser una práctica en los adolescentes en situación de la calle.

#### 4.2.3.6 Auto – inculparse

CUADRO N° 24  
AUTO – INCULPARSE

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	2	10%
Estrategia utilizada algunas veces	16	80%
Estrategia utilizada a menudo	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 22  
AUTO – INCULPARSE



En relación al hecho de auto inculparse, los resultados de la investigación muestra que el 80% de los adolescentes en situación de la calle algunas veces esgrimen

su culpabilidad ante los problemas, el 10% a menudo usa esta maniobra, y otro 10% raras veces se responsabiliza de sus problemas.

Esta estrategia muestra que los adolescentes en muchas situaciones de problema pueden verse como los responsables y/o culpables de sus problemas, situación que debe ser afrontada a través de estrategias que permita a los adolescentes en situación de la calle a mejorar su situación de conflicto.

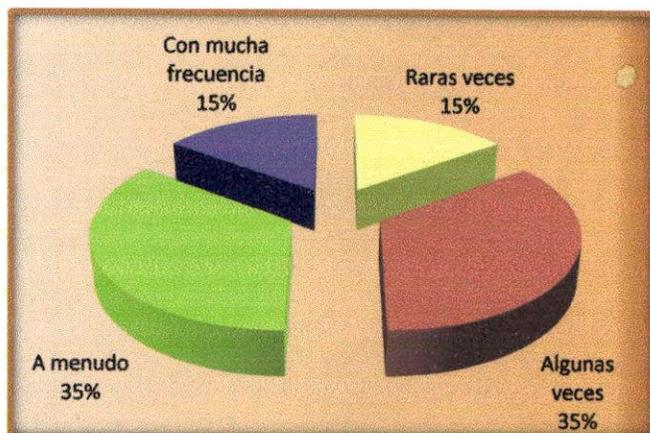
#### 4.2.3.7 Reservarlo para sí

CUADRO N° 25  
RESERVARLO PARA SÍ

Puntuación ajustada	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Estrategia utilizada raras veces	3	15%
Estrategia utilizada algunas veces	7	35%
Estrategia utilizada a menudo	7	35%
Estrategia utilizada con mucha frecuencia	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la escala ACS de afrontamiento para adolescentes

GRÁFICO N° 23  
RESERVARLO PARA SÍ



Esta estrategia muestra que un importante 35% algunas veces se reserva sus problemas para sí, en tanto que otro 35% a menudo aplica esta estrategia de afrontamiento, el 15% lo hace con mucha frecuencia y otro 15%, raras veces usa este mecanismo para la resolución de conflictos.

Esta estrategia esta expresadas por elementos que reflejan que el adolescente huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas, esta situación no coopera a lograr que se pueda afrontar de manera específica una situación de conflicto.

#### **4.3 Relación entre estrategias de afrontamiento y la Ideación suicida en los adolescentes en situación de calle.**

Luego de haber analizado la presencia de ideación suicida y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en situación de calle, es pertinente determinar el grado de relación o asociación que existe entre estas dos variables.

Para el propósito anterior, se efectúa un Análisis de Correlación entre las variables 1 y 2 es decir, entre Estrategias de Afrontamiento e Ideación Suicida. Para el efecto se utiliza la fórmula estadística siguiente (Ostle, 1996):

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Donde:

- r** = Coeficiente de correlación.
- $\sum Y$**  = Sumatoria de los puntajes de la variable 2 (Ideación Suicida)
- $\sum X$**  = Sumatoria de los valores de la variable 1 (Estrategias de afrontamiento).
- $\sum XY$**  = Sumatoria de los productos (variables 1 y 2)

Esta estrategia muestra que un importante 35% algunas veces se reserva sus problemas para sí, en tanto que otro 35% a menudo aplica esta estrategia de afrontamiento, el 15% lo hace con mucha frecuencia y otro 15%, raras veces esa este mecanismo para la resolución de conflictos.

Esta estrategia esta expresadas por elementos que reflejan que el adolescente huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas, esta situación no coopera a lograr que se pueda afrontar de manera específica una situación de conflicto.

#### **4.3 Relación entre estrategias de afrontamiento y la ideación suicida en los adolescentes en situación de calle.**

Luego de haber analizado la presencia de ideación suicida y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en situación de calle, es pertinente determinar el grado de relación o asociación que existe entre estas dos variables.

Para el propósito anterior, se efectúa un Análisis de Correlación entre las variables 1 y 2 es decir, entre Estrategias de Afrontamiento e Ideación Suicida. Para el efecto se utiliza la fórmula estadística siguiente (Ostle, 1996):

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Donde:

- r = Coeficiente de correlación.
- $\sum Y$  = Sumatoria de los puntajes de la variable 2 (Ideación Suicida)
- $\sum X$  = Sumatoria de los valores de la variable 1 (Estrategias de afrontamiento).
- $\sum XY$  = Sumatoria de los productos (variables 1 y 2)

- n** = Número de sujetos (20 adolescentes).  
 **$\Sigma y^2$**  = Sumatoria de los cuadrados de la variable 2.  
 **$(\Sigma Y)^2$**  = Cuadrado de la sumatoria de la variable 2.  
 **$\Sigma X^2$**  = Sumatoria de los cuadrados de la variable 1.  
 **$(\Sigma X)^2$**  = Cuadrado de la sumatoria de la variable 1.

Para afirmar que las variables Ideación Suicida y Estrategias de Afrontamiento están asociadas o relacionadas, debe existir una alta correlación entre ellas, es decir, el coeficiente de correlación ( $r$ ) debe aproximarse a 1. La correlación será perfecta cuando  $r$  tome el valor de 1.

En el siguiente cuadro se presentan, en forma de síntesis, las puntuaciones obtenidas por los adolescentes en situación de calle, considerados para la muestra de estudio, en base a las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y a la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB):

**CUADRO N° 26**  
**IDEACIÓN SUICIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**  
**(Puntajes obtenidos en las escalas ISB y ACS)**

N°	Estrategias de Afrontamiento (Variable 1)	Ideación Suicida (Variable 2)
1	206	24
2	229	20
3	243	18
4	208	24
5	216	23
6	324	12
7	192	34
8	266	15
9	209	24
10	224	21
11	203	27
12	197	34
13	241	19
14	302	15
15	249	17
16	224	22
17	319	15
18	201	31
19	252	16
20	359	12

Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de las escalas ISB y ACS. Ver resultados completos en Anexo N° 3.

Efectuando los cálculos correspondientes a partir de los datos mostrados en el cuadro anterior, considerando como variable 1 las Estrategias de Afrontamiento y como variable 2 la Ideación Suicida, se obtienen los siguientes resultados:

**CUADRO N° 27  
ESTIMADORES PARA EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN**

$\Sigma Y$	423
$\Sigma X$	4864
$\Sigma XY$	97789
n	20
$\Sigma Y^2$	9777
$(\Sigma Y)^2$	178929
$\Sigma X^2$	1226326
$(\Sigma X)^2$	23658496
r	-0,85

Fuente: Resultados obtenidos con el paquete estadístico SPSS. v. 18.

Según los resultados obtenidos mostrados en el cuadro anterior, se observa que existe un grado de correlación negativa de -0,85 entre la Ideación Suicida y las Estrategias de Afrontamiento de los adolescentes en situación de calle, que se aproxima a una "correlación negativa muy fuerte"(Hernández, et al., 2010). Este resultado implica que la variable 1 (Estrategias de Afrontamiento) tiene un grado de asociación del 85% con la variable 2 (Ideación Suicida).

El signo negativo del coeficiente estimado, implica que existe una relación inversa entre Ideación Suicida y Estrategias de Afrontamiento, es decir, a mayor uso de Estrategias de Afrontamiento, menor será la Ideación; e inversamente, a menor uso de dichas estrategias, mayor será la posibilidad de tener ideas suicidas. Esto destaca la importancia de proporcionar a los adolescentes en situación de calle, estrategias para que puedan afrontar sus problemas, de manera que puedan evitar ideas suicidas.

Por tanto, se puede afirmar que mientras las autoridades nacionales, instituciones públicas y privadas, y la sociedad en general, implementen acciones destinadas a fortalecer o proporcionar estrategias de afrontamiento de problemas, a una población vulnerable como son los adolescentes y niños/niñas en situación de

**calle, esta población tendrá mayores recursos para afrontar sus problemas disminuyendo la probabilidad de que adquieran ideas suicidas.**

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

La investigación realizada con el objetivo de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes en situación de calle de la ciudad de La Paz, ha permitido arribar a las siguientes conclusiones:

- En forma general, los adolescentes en situación de calle, tienen una tendencia relativa a presentar ideas suicidas, ya que el mayor porcentaje (70%) de adolescentes presenta puntuaciones entre los 13 a 25 puntos en la Escala de Ideación Suicida (ISB), que significa que tienen ideas suicidas de forma "relativa"; sin embargo, el 20% de los adolescentes presenta puntuaciones entre 26 y 38, que refleja que este porcentaje de adolescentes en situación de calle, presentan rasgos de ideación suicida, lo cual constituye un riesgo para consumir el acto suicida.
  
- El análisis efectuado por subescalas de la Escala de Ideación Suicida, permite establecer que en las subescalas "Actitudes hacia la vida/muerte" y "Pensamientos/deseos de suicidio", sólo el 15% de adolescentes, en cada caso, muestran actitudes hacia la muerte o deseos de suicidio; sin embargo, en las subescalas "Intento planeado de suicidio" y "Actualización de la tentativa", el 25% y 35% de adolescentes, respectivamente, muestran que alguna vez han planificado intentar suicidarse, además, se advierte que estas ideas han sido recurrentes o reiteradas. Por tanto, son estas dos subescalas en las que los adolescentes en situación de calle presentan mayor vulnerabilidad o riesgo.
  
- El suicidio es un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte), y discurre por el intento suicida finalizando con el suicidio

consumado. Por esta razón, se considera que la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta de particular importancia en la prevención del suicidio. Los datos existentes revelan que actualmente a nivel mundial, y en Bolivia en particular, el suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes, especialmente entre los adolescentes y jóvenes. De ahí la importancia de la presente investigación.

- Ahora bien, cada adolescente dispone de varias estrategias para enfrentar sus problemas. La selección de las mismas depende del contexto psicosocial, y de la personalidad de cada uno, que da cuenta de la variedad de recursos que dispone el sujeto. Ambos aspectos interactúan en la determinación del afrontamiento. Respecto a las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en situación de calle, los resultados de la investigación han permitido establecer que efectivamente, la mayoría de las 18 estrategias propuestas por las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), son utilizadas en alguna medida por los adolescentes.
- Sin embargo, los resultados obtenidos mediante las ACS han permitido identificar que las estrategias "Falta de Afrontamiento" y "Reducción de la tensión" son las que nunca o "raras veces" han sido utilizadas por el 55% y 50% de adolescentes en situación de calle, respectivamente.
- Por otra parte, las estrategias más utilizadas "a menudo" o "con mucha frecuencia" por los adolescentes en situación de calle son, en orden de importancia: "Distracción Física" utilizada por el 70% de los adolescentes, "Buscar ayuda profesional" por el 55%, "Esforzarse y tener éxito" por el 50%, y finalmente la estrategia "Reservarlo para sí" que ha sido utilizada "a menudo" o "con mucha frecuencia" por el 50% de los adolescentes. Por tanto, se puede concluir que la "Distracción Física", es la estrategia más

utilizada por los adolescentes, lo que implica que ellos tratan de resolver sus problemas a través de esta estrategia.

- El afrontamiento se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes; también se lo puede considerar como el conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en reacción a una preocupación en particular e intentan restaurar o restablecer el equilibrio. La eficacia de las estrategias de afrontamiento depende de su continua adaptación a las condiciones ambientales, considerando sus demandas y oportunidades y evaluando sus resultados. Entonces, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Sobre los estilos de afrontamiento influyen: la jerarquía de objetivos vitales, las creencias sobre sí mismo y el mundo y los recursos personales como las redes sociales, la educación, la posición económica y modos favorables del pensamiento como el optimismo.
- Finalmente, el análisis de correlación efectuado para determinar la relación o grado de asociación entre las Estrategias de Afrontamiento y la Ideación Suicida, ha permitido establecer que existe una correlación negativa de -0,85 entre estas variables, que se aproxima a una "correlación negativa muy fuerte". Esto implica que existe un alto grado de asociación o relación inversa entre estas dos variables, lo que significa que los adolescentes que en mayor medida utilizan alguna estrategia de afrontamiento, tienen menor posibilidad de tener ideas suicidas; y en sentido inverso, los adolescentes que carecen de estrategias de afrontamiento tienen mayor probabilidad de adquirir ideas suicidas. Estos resultados, permiten confirmar la veracidad de la hipótesis formulada en el presente estudio, en el sentido de que "Las estrategias de afrontamiento están relacionadas negativamente con la ideación suicida de los adolescentes en situación de calle".

## **5.2 Recomendaciones**

**A partir de los resultados logrados, se proponen las siguientes recomendaciones:**

- Es necesario que los hallazgos del presente trabajo de investigación puedan ser confirmados mediante estudios que abarquen una población más grande, que podría extenderse a las ciudades de La Paz y El Alto, e inclusive a las ciudades capitales de todo el país, realizando las respectivas modificaciones que se consideren pertinentes, para establecer comparaciones entre ciudades.**
  
- En virtud de los resultados obtenidos, se sugiere el diseño de programas de promoción y prevención de las ideaciones suicidas en los adolescentes en situación de calle, tomando en consideración el nivel de riesgo de suicidio en el cual se ubican y considerando el tipo de estrategias de afrontamiento que más se vinculan a sus niveles de ideación suicida.**
  
- Es necesario que las autoridades nacionales, instituciones relacionadas con la promoción de la niñez y adolescencia, y la sociedad organizada, deban mostrar una mayor preocupación por diseñar políticas públicas orientadas a dotar a los grupos vulnerables, como los niños/as y adolescentes en situación de calle, recursos para afrontar sus problemas y la difícil situación por la que atraviesa, de manera que puedan contar con mayores fortalezas y habilidades para afrontar sus problemas, y evitar caer en ideas suicidas que pueden desencadenar en la consumación del acto.**

## BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

### • TEXTOS CONSULTADOS:

- ❖ Alcalde, A. et al. (1997). Aproximación teórico-documental al Caracas, Caracas. Universidad Central de Venezuela.
- ❖ Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida y su relación con el consumo de drogas, autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. México.
- ❖ Aldwin, C.M. (1994). Stress, coping and development. Londres: The Guilford Press.
- ❖ Apter, A. (2002). Adolescent Suicide and Attempted Suicide. IMAJ, 4.
- ❖ Arístides H. (2000) Informe Estadístico del Primer Censo de los Niños de la Calle. Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM).
- ❖ Artasánchez, S. (1999). Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza. Tesis Maestría UNAM. México
- ❖ Ávila A., et al. (1996). Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación.
- ❖ Beck AT, et al. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol, Vol. 47, N° 2.
- ❖ Borges, V. R., y Werlang, B. D. (2006). Estudio de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 años. PsicolSaúdeDoenças.
- ❖ Camacho, M. e Iniesta, A. (2003). Conductas alimentarias de riesgo su relación con la ideación e intento suicida en una muestra de adolescentes del DF. Tesis Licenciatura UAEM. México.

- ❖ Casullo, G. (2002) Adolescencia y estrés. En "El malestar" y su evaluación en diferentes contextos. Leibovich de Figueroa, N. y Schufer, M. Editores. Eudeba. Buenos Aires.
- ❖ Casullo, M. y Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. Revista del Instituto de Investigaciones. Buenos Aires, Facultad de Psicología, 6, (1), 25-49.
- ❖ Chávez, A. et al. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria, Vol. 14, N° 3.
- ❖ Cussiánovich, A. et al., (1997). Niños trabajadores y protagonismo de la infancia. Lima. Perú. IFEJANT, MNNATSOP
- ❖ Defensor del Pueblo. (2011). Hechos y derechos: ¿Qué proyectamos a nuestros niños y niñas? Boletín Nacional de la Defensoría del Pueblo, N° 7. La Paz, Bolivia.
- ❖ Della M. (2004). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. Revista Iberoamericana de Educación.
- ❖ Desuque, D., Vargas, J., y Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. Liberabit, Vol. 17, N° 2.
- ❖ Eguiluz, L. et al. (2010). Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento. México: Pax México.
- ❖ Fantin M. et al. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis, Año VI – Número I.
- ❖ Fierro, A. (1996). Manual de psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós Ibérica.

- ❖ Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent doping: The Different Ways in Which Boys and Girls Cope. *Journal of adolescence*,
- ❖ Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). Escalas de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Madrid, TEA Ediciones.
- ❖ García N. (2006) Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. Tesis de Grado Universidad Nacional Autónoma de México.
- ❖ Gomes da Costa A. (2000) Niños y niñas de la calle: Vida, Pasión y Muerte. Edit. Centro Latinoamericano de Trabajo Social – CELATS
- ❖ González C. (1996). Factores protectores y riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis Doctorado UNAM. México.
- ❖ González C. et al. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*
- ❖ González C. y Jiménez, A. (2010). Problemática suicida: algunas consideraciones desde la investigación psicosocial. México: Pax México.
- ❖ González C., et al. (2002). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*
- ❖ González R. et al. (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista Psychothema*. 2002. Vol. 14, N° 2. Valencia.
- ❖ Harrocks, J. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.
- ❖ Hernández R. et al. (2010). *Metodología de la Investigación*". México. McGraw - Hill.
- ❖ Herrera G. y Rodríguez L. (2009). Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno. Tesis de Grado. Pontificia

Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica. Bogotá.

- ❖ Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
- ❖ Kachur, S., et al. (1995). *Suicide: Epidemiology, prevention, treatment*. *AdolescentMedState Art Rev*, 6(2).
- ❖ Krug, E. et al. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ❖ Landívar J.J. (2001). *Trabajo infantil. El trabajo infantil en Bolivia*. Centro Universitario Simón I. Patiño. Ginebra.
- ❖ Laufer, M. (1999). *El adolescente suicida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ❖ Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- ❖ Leal R. y Vásquez L. (2012). *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados*. Informe de investigación. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad de Psicología. Cajamarca, Perú.
- ❖ Liebel, M. (1994). *Protagonismo infantil. Movimiento de niños trabajadores en América latina*. Nicaragua. Ed. Nueva Nicaragua
- ❖ Lippincott, W. (2001). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*. *J. AM. Acad. Childadolesc. Psychiatry*, 40(7).
- ❖ Maya Paya Kimsa y UNICEF, (2009). *Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle*, La Paz.
- ❖ Mikulic, M. I. (2006). *Calidad de vida: Aportes del Inventario de Calidad de Vida Percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- ❖ Moreno A. (2008). Diagnóstico sobre la situación de la niñez y adolescencia que vive en la calle. Ministerio de Justicia, Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales. La Paz, Bolivia.
- ❖ Morris, C. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.
- ❖ Mullis, R.L. y Chapman, P. (2000). Age, Gender and self-esteem differences in adolescents coping styles. *Journal of Social Psychology*,
- ❖ Muñoz J. et al. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima, 2005. *RevPeruMedExp Salud Pública* Vol. 23, Nº 4.
- ❖ Ostle, B. (1996). Estadística Aplicada. México D.F. Editorial Limusa S.A.
- ❖ Pedrazzini, Y. y Sánchez, M, (1992). Malandros, bandas y niños de la calle, Caracas, Venezuela.
- ❖ Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos (1) (2). *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 18, Nº 58.
- ❖ Pelechano, V. et al. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 20, Nº 71.
- ❖ Ros, M. (1998) La Conducta suicida. Madrid: Ediciones ARAN.
- ❖ Rosales, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. México: Pax.
- ❖ Rosselló J. y 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*, Vol. 38, Nº 2.
- ❖ Rueda, M. y Aguado, A. (2003). Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.
- ❖ Salvo L. et al. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil. Neuro-Psiquiat*, Vol. 47, Nº 1.

- ❖ Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). Los Suicidios. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000, Ediciones Martínez Roca, S.A.
- ❖ Sauri, G. (2000) Construcción de una política pública en México. Colectivo de ONGs.
- ❖ Snyder, C.R. (Ed.) (1999). Coping. The psychology of what Works. Nueva York: OxfordUniversityPress.
- ❖ Terrones A. et al. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. Salud Mental N° 35.
- ❖ UDAPE-UNICEF (2009). Bolivia: Inversión social en la niñez y adolescencia: un análisis del gasto público social en niveles subnacionales. La Paz.
- ❖ UDAPE-UNICEF (2009). Bolivia: La respuesta institucional del Estado a la temática de violencia contra la niñez y adolescencia Estudio de casos: SEDEGES de La Paz, Cochabamba, Tarija, Santa Cruz y Pando. La Paz.
- ❖ UNICEF (2006). Estado mundial de la infancia. Excluidos e invisibles 2006. Nueva York, USA.
- ❖ UNICEF .CEPAL (2001) Construir equidad desde la Infancia y la Adolescencia. CEPAL. UNICEF: Chile.
- ❖ Villatoro, J. et al. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. La Psicología Social en México. AMEPSO, VI, 569-574.
- ❖ Villatoro, J. et al. (2003). Intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes, ¿dos problemas entrelazados? .SESAM

- **DOCUMENTOS DE INTERNET:**

- ❖ Casa Alianza (2002). Trabajo Infantil: Visión de Conjunto. Derechos Humanos y niñas y niños de la calle. Obtenido el 13 de abril de 2013, de: <http://www.casa-alianza.org/ES/human-rights/labor-exploit/>
- ❖ Garcete, M.E. (2008). Estrategias de afrontamiento y estrés laboral en hombres y mujeres de 18 a 41 años. Obtenido el 28 de marzo de 2013, de: <http://www.psicologiacientifica.com>
- ❖ Gutiérrez, E. (1996). Infancia: Niños de la calle un problema común de países andinos. Obtenido el 13 de abril de 2013, de: [http://pangaea.org/street\\_children/kids.htm](http://pangaea.org/street_children/kids.htm)
- ❖ Hoybolivia.com, (2008), Preocupación por alto nivel estadístico de suicidios en Bolivia. Obtenido el 30 de marzo de 2013, de <http://www.hoybolivia.com/>.
- ❖ JUCONI, (2010). Los niños de la calle. Obtenido el 13 de abril de 2013, de: <http://www.upaep.mx/juconi/labor.html>

# **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1

### ESCALA ACS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Femenino  Masculino

Los adolescentes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes como el colegio, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde a lo que crees que se ajusta a tu forma de actuar.

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

1. Hablar con otros para saber lo que ellos haría si tuviesen el mismo problema.....A B C D E

	A	B	C	D	E
1. Hablar con los otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema					
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema					
3. Seguir con mis tareas como es debido					
4. Preocuparme por mi futuro					
5. Reunirme con mis amigos					
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan					
7. Esperar que ocurra algo mejor					
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada					
9. Llorar o gritar					
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema					
11. Ignorar el problema					
12. Criticarme a mí mismo					
13. Guardar mis sentimientos para mí solo.					
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.					
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.					
16. Pedir consejo a una persona competente.					
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.					
18. Hacer deporte.					
19. hablar con otros para apoyarnos mutuamente.					
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.					
21. Asistir a clase con regularidad.					
22. Preocuparme por mi felicidad.					
23. Llamar a un amigo íntimo.					
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.					
25. Desear que suceda un milagro.					
26. Simplemente, me doy por vencido.					
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).					
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.					
29. Ignorar conscientemente el problema.					
30. Dame cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.					

31. Evitar estar con la gente.					
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.					
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.					
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.					
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.					
36. Mantenerme en forma y con buena salud.					
37. Buscar ánimo en otros.					
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.					
39. Trabajar intensamente.					
40. Preocuparme por lo que está pasando.					
41. Empezar una relación personal estable.					
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.					
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.					
44. Me pongo malo.					
45. Trasladar mis frustraciones a otros.					
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.					
47. Borrar el problema de mi mente.					
48. Sentirme culpable.					
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.					
50. Leer un libro sagrado o de religión.					
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.					
52. Pedir ayuda a un profesional.					
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.					
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicios.					
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.					
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.					
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.					
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.					
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.					
60. Mejorar mi relación personal con los demás.					
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.					
62. No tengo forma de afrontar la situación.					
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.					
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.					
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.					
66. Considerarme culpable.					
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.					
68. Pedir a Dios que cuide de mí.					
69. Estar contento de cómo van las cosas.					
70. Hablar del tema con personas competentes.					
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.					
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.					
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.					
74. Inquietarme por el futuro del mundo.					
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.					
76. Hacer lo que quieren mis amigos.					
77. Imaginar que las cosas va a ir mejor.					
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.					
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.					

80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas:

.....  
.....  
.....

## HOJA DE RESPUESTAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Femenino  Masculino

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Puntuación total	X4	Puntuación ajustada						
As	1	A	B	C	D	E	19	A	B	C	D	E	37	A	B	C	D	E	55	A	B	C	D	E	71	A	B	C	D	E		X4	
Rp	2	A	B	C	D	E	20	A	B	C	D	E	38	A	B	C	D	E	56	A	B	C	D	E	72	A	B	C	D	E		X4	
Es	3	A	B	C	D	E	21	A	B	C	D	E	39	A	B	C	D	E	57	A	B	C	D	E	73	A	B	C	D	E		X4	
Pr	4	A	B	C	D	E	22	A	B	C	D	E	40	A	B	C	D	E	58	A	B	C	D	E	74	A	B	C	D	E		X4	
Ai	5	A	B	C	D	E	23	A	B	C	D	E	41	A	B	C	D	E	59	A	B	C	D	E	75	A	B	C	D	E		X4	
Pe	6	A	B	C	D	E	24	A	B	C	D	E	42	A	B	C	D	E	60	A	B	C	D	E	76	A	B	C	D	E		X4	
Hi	7	A	B	C	D	E	25	A	B	C	D	E	43	A	B	C	D	E	61	A	B	C	D	E	77	A	B	C	D	E		X4	
Na	8	A	B	C	D	E	26	A	B	C	D	E	44	A	B	C	D	E	62	A	B	C	D	E	78	A	B	C	D	E		X4	
Rt	9	A	B	C	D	E	27	A	B	C	D	E	45	A	B	C	D	E	63	A	B	C	D	E	79	A	B	C	D	E		X4	
Sa	10	A	B	C	D	E	28	A	B	C	D	E	46	A	B	C	D	E	64	A	B	C	D	E	80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas:		X5						
lp	11	A	B	C	D	E	29	A	B	C	D	E	47	A	B	C	D	E	65	A	B	C	D	E			X5						
Cu	12	A	B	C	D	E	30	A	B	C	D	E	48	A	B	C	D	E	66	A	B	C	D	E			X5						
Re	13	A	B	C	D	E	31	A	B	C	D	E	49	A	B	C	D	E	67	A	B	C	D	E			X5						
Ae	14	A	B	C	D	E	32	A	B	C	D	E	50	A	B	C	D	E	68	A	B	C	D	E			X5						
Po	15	A	B	C	D	E	33	A	B	C	D	E	51	A	B	C	D	E	69	A	B	C	D	E			X5						
Ap	16	A	B	C	D	E	34	A	B	C	D	E	52	A	B	C	D	E	70	A	B	C	D	E			X5						
Dr	17	A	B	C	D	E	35	A	B	C	D	E	53	A	B	C	D	E									X7						
Fi	18	A	B	C	D	E	36	A	B	C	D	E	54	A	B	C	D	E									X7						

Mi preocupación principal es: \_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 2**  
**ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (ISB)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Femenino  Masculino

**ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS**

NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.**

1. Su deseo de vivir es:
  0. Moderado a fuerte
  1. Poco (Débil).
  2. Ninguno (No tiene).
2. Su deseo de morir es:
  0. Ninguno (No tiene).
  1. Poco (Débil).
  2. Moderado a fuerte.
3. Sus razones para Vivir/Morir son:
  0. Vivir supera a morir.
  1. Equilibrado (es igual).
  2. Morir supera a vivir.
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
  0. Ninguno (inexistente).
  1. Poco (Débil).
  2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
  1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

**Nota: si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es 0, deje de contestar el cuestionario.**

**II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO**

6. Su duración de pensamientos/deseos son:
  0. Breves, periodos pasajeros.
  1. Periodos largos.
  2. Continuos (Crónicos), casi continuos.
7. Su frecuencia de pensamiento/ideas son:
  0. Rara, ocasionalmente.
  1. Intermitente.
  2. Persistentes y continuos

8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:
0. Rechazo.
  1. Ambivalente; indiferente.
  2. Aceptación.
9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio es:
0. Tiene sentido de control.
  1. Inseguridad de control
  2. No tiene sentido de control.
10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar) son:
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
  1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.
11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida son:
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
  1. Combinación de 0-2.
  2. Escapar, acabar, salir de problemas.

### **III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.**

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar.
  1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
  2. Detalles elaborados / bien formulados.
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible, no oportunidad.
  1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Método y oportunidad disponible
  - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. La sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
  1. No está seguro de tener valor.
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa/ anticipación de un intento real:
0. No.
  1. Sin seguridad, sin claridad.
  2. Sí.

#### **IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.**

**16. La preparación real:**

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

**17. La nota Suicida:**

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita. Terminada.

**18. Ha realizado acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos):**

- 0. No.
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales.
- 2. Terminados

**19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:**

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Revela las ideas con reservas.
- 2. Encubre, engaña, miente.

**ANEXO Nº 3**  
**RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)**

Adol.	PREGUNTAS																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	4	5	2	4	5	5	2	1	2	3	4	3	1	4	3	2	2	4	3	2	5	1	3	2	4	1	2
2	5	5	3	5	3	5	1	4	1	5	3	2	4	3	2	4	2	5	4	2	3	5	2	5	5	2	5
3	3	2	3	4	5	3	5	4	5	4	3	2	4	1	5	3	5	3	4	1	1	5	3	3	2	2	2
4	2	5	2	4	3	5	2	1	4	3	4	4	1	5	3	2	3	4	3	2	5	2	2	4	4	2	1
5	4	5	3	3	5	2	2	3	5	3	2	5	4	4	3	2	3	5	3	2	1	5	1	3	5	1	1
6	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	1
7	2	3	5	2	1	3	2	3	2	3	4	3	5	4	4	1	4	2	1	2	5	3	1	2	2	2	1
8	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	1	4	1	1
9	4	3	2	2	3	2	2	5	2	3	2	3	5	4	4	1	4	2	1	2	5	3	1	1	2	3	1
10	3	2	3	5	3	3	1	4	5	5	4	2	3	5	3	1	3	5	2	4	5	5	3	1	4	1	2
11	3	5	4	3	5	5	5	3	1	3	2	5	1	4	3	3	3	5	3	2	4	1	1	3	5	1	1
12	3	5	4	5	3	2	2	1	4	3	2	2	4	1	2	3	2	3	4	2	4	5	2	2	5	3	2
13	3	5	5	4	5	3	5	4	1	4	3	2	2	1	5	5	5	5	4	1	1	5	1	3	2	1	2
14	5	4	4	5	4	3	2	5	2	5	5	2	3	5	3	5	1	5	4	3	4	5	4	5	3	1	2
15	4	5	3	4	5	3	2	4	1	4	3	2	2	1	5	3	5	5	4	1	4	5	2	3	2	2	5
16	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	3	2	4	3	2	3	2	5	4	2	2	5	2	5	5	2	4
17	5	5	4	5	5	3	2	5	3	5	5	1	3	5	3	5	1	5	5	3	4	5	5	5	5	1	2
18	2	3	5	2	1	3	2	3	2	1	4	3	5	4	4	1	5	2	1	2	5	3	1	2	2	2	1
19	2	5	3	5	2	4	3	5	2	4	4	2	4	2	3	4	5	4	4	5	4	3	2	1	2	3	4
20	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	3	5	5	5	1	5	5	3	5	5	5	5	5	1	1

Adol.	PREGUNTAS																										
	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
1	2	3	4	3	3	2	4	2	4	4	2	3	5	4	3	1	1	3	1	4	2	1	4	2	2	1	1
2	3	4	5	3	2	3	5	3	3	4	1	5	2	2	1	1	2	3	5	1	3	2	2	4	5	3	2
3	1	4	1	5	3	5	2	2	5	2	1	4	1	2	1	3	1	3	2	3	2	5	1	5	4	3	5
4	2	3	1	3	5	2	2	3	4	4	1	3	5	4	3	1	2	3	1	2	2	1	4	2	2	1	2
5	5	2	3	3	4	2	3	1	4	4	2	3	4	4	3	1	4	2	1	3	3	1	4	4	1	4	1
6	5	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	1	5	1
7	1	3	4	4	1	2	1	2	3	3	3	3	2	1	2	3	4	1	1	2	2	4	2	2	1	1	1
8	1	4	5	4	5	1	5	1	1	5	5	5	1	4	1	4	1	3	1	1	4	1	4	4	5	1	5
9	1	3	4	4	1	2	4	2	2	3	3	3	2	1	2	1	5	1	3	2	4	4	1	2	1	2	1
10	1	4	5	2	5	1	2	2	1	5	3	4	1	4	1	2	1	3	1	2	2	1	4	3	5	1	5
11	1	2	2	3	3	2	5	1	4	4	2	3	5	4	3	1	1	2	1	2	3	1	4	4	1	4	1
12	3	4	5	3	1	3	2	3	4	5	1	2	1	2	1	2	2	1	3	1	1	2	3	4	2	3	2
13	1	2	1	5	5	3	5	2	5	2	1	4	1	2	1	3	1	1	2	5	2	5	1	5	5	5	5
14	5	2	3	2	3	5	4	3	5	4	5	5	4	5	3	3	5	5	4	5	3	5	5	4	5	5	3
15	1	2	1	3	5	3	5	4	5	2	1	4	1	2	1	3	1	1	2	3	5	2	1	5	4	5	5
16	3	4	5	3	2	3	5	3	1	5	1	5	1	2	1	1	2	3	5	1	1	2	2	4	5	3	2
17	5	5	3	2	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2
18	3	4	4	4	1	2	1	2	3	3	2	4	1	1	2	3	4	1	3	4	2	4	2	2	1	1	1
19	2	4	2	4	2	1	3	4	3	2	3	5	3	3	2	4	2	4	4	2	4	3	4	2	5	2	3
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1

Adol.	PREGUNTAS																							TOTAL		
	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77		78	79
1	1	3	3	3	4	3	2	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2	4	1	3	206
2	1	2	1	3	1	1	4	2	2	2	1	2	2	3	5	3	2	4	2	3	3	2	1	2	1	229
3	2	3	5	1	5	5	2	1	2	1	1	4	3	5	5	5	4	3	4	4	2	4	3	1	5	243
4	1	3	3	4	1	3	2	3	1	2	1	1	2	3	2	3	2	3	1	1	3	3	4	1	5	208
5	4	1	2	3	2	3	1	3	1	1	2	2	2	1	3	2	1	4	3	2	2	1	4	3	2	216
6	1	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	1	324
7	1	4	3	3	2	2	3	3	3	1	3	2	5	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3	2	4	192
8	5	1	4	1	5	3	4	1	4	5	1	1	4	5	5	5	5	1	1	1	2	3	2	1	1	266
9	3	4	3	3	4	2	2	3	3	3	3	1	5	3	3	2	2	2	3	3	1	4	3	3	5	209
10	3	1	4	1	2	3	4	1	4	5	1	2	4	5	3	5	5	1	1	2	1	3	2	1	2	224
11	1	4	3	3	2	3	1	3	1	1	2	1	2	1	3	2	1	2	3	1	2	2	4	1	1	203
12	1	1	1	1	2	3	5	1	3	2	1	2	1	2	4	1	1	3	2	4	4	3	1	1	1	197
13	5	3	5	1	1	5	4	1	2	1	1	5	5	5	5	5	4	1	4	2	2	2	3	1	1	241
14	4	3	4	5	5	5	5	3	5	3	5	3	2	5	3	5	4	2	3	4	3	2	2	3	5	302
15	5	3	5	1	3	5	4	1	2	1	3	5	5	5	5	4	4	2	4	2	4	2	5	1	2	249
16	2	1	1	1	1	2	5	2	3	2	1	2	1	2	5	2	2	5	2	5	3	2	1	2	1	224
17	4	3	5	5	5	5	5	3	5	1	5	1	4	5	3	5	5	1	5	5	2	2	5	3	5	319
18	1	4	5	3	2	1	3	3	3	1	3	2	4	3	2	2	1	3	3	2	1	2	4	3	4	201
19	4	2	4	3	4	4	2	4	3	4	2	3	4	2	4	2	2	5	3	4	2	3	2	5	2	252
20	5	5	5	5	5	5	5	3	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	359

## RESULTADOS POR DIMENSIONES DE LA ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS																													
Concentrarse en resolver el problema (Rp)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Esforzarse y tener éxito (Es)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Fijarse en lo positivo (Po)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Buscar diversiones relajantes (Dr)			Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Distracción física (FI)			Puntuación Total	Puntuación Ajustada
2	20	38	56	72			3	21	39	57	73			15	33	51	69			17	35	53			18	36	54		
5	2	2	3	2	14	56	2	5	3	3	1	14	56	3	2	2	2	9	45	2	2	1	5	35	4	4	1	9	63
5	2	1	2	4	14	56	3	3	5	1	2	14	56	2	3	4	5	14	70	2	3	3	8	56	5	3	2	10	70
2	1	1	3	3	10	40	3	1	4	5	4	17	68	5	5	5	5	20	100	5	2	3	10	70	3	5	5	13	91
5	2	1	3	3	14	56	2	5	3	3	1	14	56	3	2	2	2	9	45	3	3	1	7	49	4	4	2	10	70
5	2	2	1	4	14	56	3	1	3	2	3	12	48	3	2	4	3	12	60	3	1	4	8	56	5	4	1	10	70
5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	5	3	5	18	90	5	5	5	15	100	5	5	1	11	77
3	2	3	4	2	14	56	5	5	3	3	3	19	76	4	2	2	2	10	50	4	2	1	7	49	2	3	1	6	42
5	4	5	1	1	16	64	5	5	5	4	1	20	80	3	1	4	5	13	65	5	1	1	7	49	5	1	5	11	77
3	2	3	4	2	14	56	2	5	3	3	3	16	64	4	2	2	3	11	55	4	2	2	8	56	2	2	1	5	35
2	4	3	1	1	11	44	3	5	4	4	1	17	68	3	1	3	3	10	50	3	2	1	6	42	5	1	5	11	77
5	2	2	4	2	15	60	4	4	3	3	3	17	68	3	2	4	3	12	60	3	1	4	8	56	5	4	1	10	70
5	2	1	1	3	12	48	4	4	2	1	2	13	52	2	3	4	4	13	65	2	3	3	8	56	3	4	2	9	63
5	1	1	3	1	11	44	5	1	4	5	4	19	76	5	3	5	5	18	90	5	2	5	12	84	5	5	5	15	100
4	3	5	3	2	17	68	4	4	5	4	3	20	80	3	5	4	3	15	75	1	3	5	9	63	5	5	3	13	91
5	1	1	3	2	12	48	3	4	4	5	4	20	80	5	3	5	5	18	90	5	4	5	14	98	5	5	5	15	100
5	2	1	1	5	14	56	5	2	5	1	2	15	60	2	3	4	5	14	70	2	3	3	8	56	5	1	2	8	56
5	3	5	3	1	17	68	4	4	5	5	5	23	92	3	5	5	3	16	80	1	5	5	11	77	5	5	2	12	84
3	2	2	4	3	14	56	5	5	4	5	3	22	88	4	2	2	2	10	50	5	2	1	8	56	2	3	1	6	42
5	5	3	2	5	20	80	3	4	5	4	3	19	76	3	1	2	4	10	50	5	4	2	11	77	4	3	3	10	70
5	3	5	5	5	23	92	5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	20	100	1	5	5	11	77	5	5	1	11	77

REFERENCIA A OTROS Y/O RELACIONADO CON LOS DEMÁS																																						
Buscar apoyo social (As)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Invertir en amigos (Ai)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Buscar pertenencia (Pe)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Acción social (So)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Buscar apoyo espiritual (Ae)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Buscar ayuda profesional (Ap)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada
1	19	37	55	71			5	23	41	59	75			6	24	42	60	76			10	28	46	64			14	32	50	68			16	34	52	70		
4	3	4	1	2	14	56	5	3	4	4	3	19	76	5	2	3	3	2	15	60	3	2	1	2	8	40	4	3	4	3	14	70	2	4	2	2	10	50
5	4	4	1	2	16	64	3	2	2	1	3	11	44	5	5	1	1	2	14	56	5	3	5	2	15	75	3	2	2	3	10	50	4	5	5	3	17	85
3	4	2	2	4	15	60	5	3	2	5	2	17	68	3	3	1	5	4	16	64	4	1	2	1	8	40	1	3	1	5	10	50	3	2	4	5	14	70
2	3	4	1	2	12	48	3	2	4	1	3	13	52	5	4	3	3	3	18	72	3	2	1	2	8	40	5	5	4	3	17	85	2	2	2	3	9	45
4	3	4	4	1	16	64	5	1	4	2	2	14	56	2	3	3	3	1	12	48	3	5	1	1	10	50	4	4	4	1	13	65	2	3	1	2	8	40
5	5	5	1	5	21	84	1	1	5	5	1	13	52	5	5	5	3	1	19	76	1	5	5	5	16	80	5	1	1	3	10	50	5	5	1	5	16	80
2	1	3	1	1	8	32	1	1	1	2	1	6	24	3	2	2	2	1	10	40	3	1	1	1	6	30	4	1	2	3	10	50	1	1	1	2	5	25
5	5	5	5	5	25	100	5	5	4	5	2	21	84	3	1	1	3	3	11	44	5	1	1	5	12	60	5	5	4	5	19	95	5	5	5	5	20	100
4	1	3	3	2	13	52	3	1	1	4	1	10	40	2	1	2	2	4	11	44	3	1	3	3	10	50	4	1	1	3	9	45	1	4	1	2	8	40
3	2	5	3	5	18	72	3	3	4	2	1	13	52	3	1	1	3	3	11	44	5	1	1	5	12	60	5	5	4	5	19	95	1	2	5	5	13	65
3	3	4	1	1	12	48	5	1	4	2	2	14	56	5	3	3	3	2	16	64	3	1	1	1	6	30	4	3	4	1	12	60	3	5	1	2	11	55
3	4	5	1	1	14	56	3	2	2	2	4	13	52	2	2	1	3	3	11	44	3	3	3	2	11	55	1	1	3	2	7	35	3	2	2	1	8	40
3	4	2	5	4	18	72	5	1	2	1	2	11	44	3	3	1	5	2	14	56	4	1	2	1	8	40	1	5	1	5	12	60	5	5	5	5	20	100
5	4	4	4	4	21	84	4	4	5	5	3	21	84	3	5	3	5	2	18	72	5	5	4	3	17	85	5	3	5	5	18	90	5	4	5	5	19	95
4	4	2	5	4	19	76	5	2	2	3	4	16	64	3	3	1	5	2	14	56	4	1	2	1	8	40	1	5	1	5	12	60	3	5	4	4	16	80
5	4	5	2	2	18	72	5	2	2	1	3	13	52	5	5	1	2	2	15	60	5	3	5	2	15	75	3	2	2	2	9	45	3	5	5	2	15	75
5	5	5	4	5	24	96	5	5	5	5	2	22	88	3	5	2	5	2	17	68	5	5	5	1	16	80	5	1	5	5	16	80	5	4	5	5	19	95
2	1	3	1	1	8	32	1	1	1	2	1	6	24	3	2	2	1	2	10	40	1	3	3	1	8	40	4	1	2	3	10	50	1	1	1	2	5	25
2	4	2	4	2	14	56	2	2	3	4	2	13	52	4	1	2	4	3	14	56	4	2	4	4	14	70	2	2	4	2	10	50	4	3	5	2	14	70
5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	1	16	80	5	5	5	5	20	100	5	5	5	5	20	100

**AFRONTAMIENTO INPRODUCTIVO**

Preocuparse (Pr)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Hacerse ilusiones (HI)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Falta de afrontamiento (Na)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Reducción de la tensión (Rt)					Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Ignorar el problema (Ip)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Autoinculparse (Cu)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada	Reservarlo para sí (Re)				Puntuación Total	Puntuación Ajustada
4	22	40	58	74			7	25	43	61	77			8	26	44	62	78			9	27	45	63	79			11	29	47	65			12	30	48	66			13	31	49	67		
4	1	5	3	1	14	56	2	4	1	2	4	13	52	1	1	1	3	1	7	28	2	2	3	1	3	11	44	4	3	4	2	13	65	3	4	2	1	10	50	1	3	1	2	7	35
5	5	2	3	3	18	72	1	5	1	4	1	12	48	4	2	2	2	2	12	48	1	5	3	2	1	12	48	3	4	1	1	9	45	2	5	3	2	12	60	4	3	2	2	11	55
4	5	1	1	4	15	60	5	2	3	2	3	15	60	4	2	1	1	1	9	36	5	2	3	2	5	17	68	3	4	3	1	11	55	2	1	2	4	9	45	4	5	5	3	17	85
4	2	5	4	1	16	64	2	4	1	2	4	13	52	1	2	2	3	1	9	36	4	1	3	1	5	14	56	4	3	2	1	10	50	4	1	2	1	8	40	1	3	1	2	7	35
3	5	4	3	2	17	68	2	5	1	1	4	13	52	3	1	4	3	3	14	56	5	1	2	1	2	11	44	2	2	3	2	9	45	5	3	3	2	13	65	4	3	1	2	10	50
5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	1	5	1	1	13	52	5	1	5	5	16	80	5	1	5	3	14	70	2	5	5	5	17	85
2	3	2	3	2	12	48	2	2	3	3	3	13	52	3	2	4	3	2	14	56	2	1	1	3	4	11	44	4	3	2	3	12	60	3	4	2	2	11	55	5	4	4	5	18	90
5	5	1	1	1	13	52	1	4	4	4	2	15	60	5	1	1	1	1	9	36	5	1	3	4	1	14	56	5	4	1	1	11	55	5	5	4	1	15	75	5	4	1	4	14	70
2	3	2	3	3	13	52	2	2	1	2	3	10	40	5	3	5	3	3	19	76	2	1	1	3	5	12	48	2	3	2	3	10	50	3	4	4	1	12	60	5	4	4	5	18	90
5	5	1	1	2	14	56	1	4	2	4	2	13	52	4	1	1	1	1	8	32	5	2	3	4	2	16	64	4	4	2	1	11	55	2	5	2	2	11	55	3	2	1	4	10	50
3	1	5	3	1	13	52	5	5	1	1	4	16	64	3	1	1	3	1	9	36	1	1	2	1	1	6	24	2	2	2	2	8	40	5	2	3	1	11	55	1	3	1	2	7	35
5	5	1	1	4	16	64	2	5	2	5	1	15	60	1	3	2	1	1	8	32	4	2	1	3	1	11	44	2	4	1	1	8	40	2	5	1	2	10	50	4	3	2	1	10	50
4	5	1	1	2	13	52	5	2	3	4	3	17	68	4	1	1	1	1	8	32	1	2	1	2	1	7	28	3	2	5	1	11	55	2	1	2	5	10	50	2	5	5	5	17	85
5	5	4	5	4	23	92	2	3	3	5	2	15	60	5	1	5	3	3	17	68	2	2	5	5	5	19	76	5	2	5	5	17	85	2	3	3	3	11	55	3	2	5	2	12	60
4	5	1	1	2	13	52	2	2	3	4	5	16	64	4	2	1	1	1	9	36	1	5	1	2	2	11	44	3	2	3	3	11	55	2	1	5	5	13	65	2	3	2	5	12	60
5	5	1	1	5	17	68	1	5	1	5	1	13	52	1	2	2	2	2	9	36	1	4	3	3	1	12	48	3	4	1	1	9	45	2	5	1	2	10	50	4	3	2	1	10	50
5	5	5	5	5	25	100	2	5	3	5	5	20	80	5	1	5	3	3	17	68	3	2	5	5	5	20	80	5	5	5	5	20	100	1	3	5	1	10	50	3	2	5	4	14	70
2	3	1	3	2	11	44	2	2	3	3	4	14	56	3	2	4	3	3	15	60	2	1	1	3	4	11	44	4	4	4	3	15	75	3	4	2	2	11	55	5	4	4	4	17	85
5	3	3	3	4	18	72	3	2	4	2	2	13	52	5	3	2	4	5	19	76	2	4	4	3	2	15	60	4	4	2	2	12	60	2	2	4	3	11	55	4	4	3	4	15	75
5	5	5	5	5	25	100	5	5	5	5	5	25	100	5	1	5	3	5	19	76	3	1	5	5	5	19	76	5	5	5	5	20	100	1	5	5	1	12	60	3	5	5	5	18	90

### ANEXO Nº 4

### RESULTADOS DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (ISB)

Adolescente	PREGUNTAS																				Suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
<b>1</b>	1	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	0	24
<b>2</b>	1	1	0	1	2	0	1	1	2	1	2	0	1	2	1	0	1	2	1	0	20
<b>3</b>	0	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18
<b>4</b>	1	2	2	1	1	2	0	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	2	1	0	24
<b>5</b>	2	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	0	23
<b>6</b>	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	12
<b>7</b>	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	34
<b>8</b>	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15
<b>9</b>	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	0	2	1	1	2	1	2	1	0	24
<b>10</b>	0	2	2	1	2	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	2	1	0	2	0	21
<b>11</b>	2	1	2	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	27
<b>12</b>	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	34
<b>13</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19
<b>14</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	15
<b>15</b>	2	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0	17
<b>16</b>	2	1	1	2	1	0	1	2	1	1	0	1	2	1	1	2	1	2	0	0	22
<b>17</b>	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	15
<b>18</b>	0	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	0	31
<b>19</b>	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
<b>20</b>	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	12