



El suicidio, un fenómeno latente en instituciones de sanidad mental

Leydi Marcela Restrepo López, Ingrid Dayana Muñoz Ramírez, Natalia Prieto Azcarate

Facultad de ciencias sociales y humanas, Corporación Universitaria Minuto De Dios

Psicología

Psicóloga Especialista Viviana Gómez Cabal

27 de mayo de 2022

Agradecimientos

En primer lugar, le damos gracias a Dios por habernos permitido culminar este proyecto con éxito, por regalarnos la sabiduría, la salud y los medios para poder realizarlo, ya que nada de esto hubiese sido posible sin su voluntad. A nuestras familias agradecemos el apoyo incondicional en la etapa universitaria porque fueron una mano amiga en todo el proceso de formación, brindándonos su acompañamiento y motivación. A la universidad por habernos dado el conocimiento, porque más que habernos formado como profesionales nos formaron para ser personas éticas que puedan contribuir a la sociedad, como también a cada uno de los tutores que pasaron a lo largo de la carrera aportando su granito de arena para enriquecer el conocimiento que se necesitaba para llegar a la meta. A nuestra asesora de trabajo Viviana Gómez Cabal, por habernos dado las herramientas y la orientación necesaria para llevar a cabo la investigación. Por último, a la fundación del ICBF por habernos abierto las puertas de este lugar para realizar la intervención y a cada una de las adolescentes que hicieron parte del presente trabajo de grado.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación lo dedicamos principalmente a la profesora Viviana Gómez Cabal, quien aportó con su conocimiento y sabiduría elementos significativos para poder llevar a cabo el presente trabajo, sintiéndonos realmente agradecidas por el apoyo, la paciencia y disposición que tuvo durante las asesorías para que este trabajo de grado se pudiera dar de una manera adecuada.

En segundo lugar, lo dedicamos a cada uno de nuestros familiares que hicieron parte de este sueño, aportando tanto económicamente como emocionalmente para que se pudiera hacer realidad.

En último lugar va dedicado a cada una de las autoras del presente trabajo de grado, por el esfuerzo, dedicación que se tuvo para poderlo llevar a cabo.

Tabla de Contenido

Resumen	8
Introducción.....	9
Pregunta De Investigación	11
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos.....	12
Justificación.....	12
Estado del Arte (Revisión de antecedentes).....	13
Marcos Teórico y Conceptual	16
Suicidio e Ideación suicida	16
Adolescencia: características y riesgo suicida.....	18
Autoconcepto, autoestima e identidad en la adolescencia.....	19
Vulnerabilidad al riesgo suicida	20
Violencia en la infancia y adolescencia como detonante de riesgo suicida	21
Contextos de la violencia	22
Violencia y afectación en la población infantil y adolescente	22
Marco Político y Legal	25
Metodología.....	26
Tipo de investigación y enfoque	26
Variables o Categorías de Análisis.....	26
Población y Muestra	27
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	27
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	27

La escala de desesperanza de Beck.....	28
Escala de afrontamiento para adolescentes.....	28
Técnica de análisis de resultados.....	29
Fases del proceso.....	30
Consideraciones éticas.....	30
Resultados.....	31
Resultados: Salud mental, riesgo frente al suicidio y escala de afrontamiento	33
Clasificación de categorías para análisis de entrevistas	35
Discusión.....	39
Estado de salud mental y riesgo suicida	39
Desesperanza	39
Autoestima y autoconfianza baja.....	40
Riesgo frente al suicidio	41
Antecedentes vitales estresantes y consecuencias	42
Carencia de red de apoyo familiar	43
Vulnerabilidad en los derechos fundamentales	44
Maltrato por violencia intrafamiliar.....	45
Estrategias de afrontamiento	46
Estrés como factor de riesgo para las estrategias de afrontamiento	47
Estado emocional como factor de riesgo para las estrategias de afrontamiento	47
Preocupación	48
Distracción física	48

Plan de intervención para la prevención del riesgo suicida.....	49
Conclusiones	51
Recomendaciones.....	52
Referencias Bibliográficas	54
Anexos.....	60
Anexo 01. Carta de aprobación para la ejecución de la investigación.....	60
Anexo 02. Diseño de entrevista	61
Anexo 03. Escala de riesgo suicida de Plutchik	62
Anexo 04. Escala de desesperanza de Beck	63
Anexo 06. Diseño Plan de intervención	66

Listas de Tablas

Tabla 1. Caracterización de la población.....	32
Tabla 2. Consolidado de resultados de las escalas	33
Tabla 3. Matriz: Antecedentes: maltrato, abuso sexual, vulnerabilidad	35
Tabla 4. Matriz: Eventos actuales	36
Tabla 5. Matriz Estrategias de afrontamiento	37
Tabla 6. Matriz Estado emocional.....	38

Resumen

El presente trabajo de investigación se centró en analizar el estado de salud mental y su relación con ideación suicida en adolescentes que se encuentran en condición de vulnerabilidad, la investigación se realiza bajo un enfoque cualitativo con alcance descriptivo no experimental, contó con la participación voluntaria de 12 adolescentes de sexo femenino entre las edades de 12 a 17 años, quienes se encuentran institucionalizadas. Como instrumentos se emplearon una encuesta de caracterización, la escala de desesperanza de Beck, la escala de riesgo suicida de Plutchik y la entrevista a profundidad. Los principales hallazgos muestran que la ideación suicida esta encasillada en el maltrato por violencia intrafamiliar, abuso sexual, vulnerabilidad en sus derechos fundamentales y carencia tanto de afecto como de una red de apoyo familiar. El trabajo a partir del análisis de las estrategias de afrontamiento plantea un diseño de intervención para la prevención del riesgo suicida.

Palabras clave: Ideación suicida, factores de riesgo, población vulnerable, institucionalización.

Introducción

La ideación suicida es definida como el pensamiento o la idea que tiene una persona acerca de su propia muerte y lo puede manifestar de manera verbal o escrita, insinuando continuamente aspectos relacionados a la amenaza de acabar con su vida. El ministerio de salud (2018) refiere que las ideas suicidas son “el paso anterior a la actuación” es decir, al acto consumado, por tanto, es importante reconocer a los pensamientos suicidas como un factor de riesgo frente al suicidio. Igualmente, es necesario ahondar y analizar los factores de riesgo que inciden en los pensamientos suicidas, puesto que estudios han demostrado que los adolescentes que hayan vivenciado eventos traumáticos son más propensos a la manifestación del suicidio. El ministerio de salud (2018) explica que en los adolescentes se han asociado diversos factores frente al suicidio, entre ellos destacan principalmente los eventos vitales estresantes, haber sido víctima de maltrato infantil y pertenecer a un hogar disfuncional donde se evidencie la violencia intrafamiliar.

Esta investigación se llevó a cabo con una población de 12 adolescentes de sexo femenino entre los 12 y 17 años de edad pertenecientes a una fundación modalidad internado del municipio de Guacarí que opera con el ICBF, debido a las consideraciones que anteceden, el presente trabajo de investigación se vio pertinente trabajar una metodología cualitativa en la que se utilizó en primer lugar una entrevista de caracterización, con el propósito de conocer edad, tiempo en institucionalización, motivo de la institucionalización y si cuentan con red de apoyo familiar o social, en segundo lugar se implementó la escala de desesperanza de Beck, la cual permite detectar las expectativas negativas que tiene una persona hacia el futuro; en tercer lugar se aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik, la cual evalúa los intentos autolíticos, la intensidad de la ideación suicida y otros factores asociados al riesgo suicida; en cuarto lugar se realizó una entrevista a profundidad con el objetivo de conocer los antecedentes y eventos actuales estresantes en las participantes; por último se aplicó la escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes en la que se pueden identificar las habilidades que tienen para

afrontar las situaciones adversas. Para poder llevar a cabo el estudio, se necesitó de 2 intervenciones con las participantes, la primera para realizar la entrevista de caracterización y la aplicación de las pruebas y la segunda para realizar la entrevista a profundidad y el cierre.

Asimismo, en este apartado encontrarán en el marco teórico autores como Émile Durkheim, Sigmund Freud y Aaron Beck los cuales exponen en sus teorías el suicidio desde diversos ámbitos. Dentro de la teoría de Durkheim el suicidio es explicado como un fenómeno individual que es producido por causas esencialmente sociales, mientras que en la teoría de Freud desde el psicoanálisis es visto como una afectación interna producida por una experiencia traumática no tratada o difícil de sobrellevar que genera molestia y pensamientos destructivos. Por último, desde la teoría cognitiva-conductual de Beck, el acto suicida es considerado un estado de depresión que lleva a un individuo a la desesperanza creando ideas erróneas del valor de su existencia.

Por otro lado, desde esta investigación se sacaron conceptos o categorías que ayudaron a explicar cuáles son los factores de riesgo que influyen en la ideación suicida en las adolescentes institucionalizadas, detectándose factores como maltrato por violencia intrafamiliar, abuso sexual y derechos fundamentales vulnerados, que fueron obtenidos por testimonios de las participantes. Dentro de la discusión de esta investigación se podrá evidenciar los resultados de los objetivos establecidos con los que finalmente se le pudieron dar conclusiones y recomendaciones al presente trabajo de investigación.

Planteamiento del problema

Respecto al suicidio, Colombia muestra un panorama desgarrador, dado que en el año 2021 la Defensoría del Pueblo presentó un informe donde se evidenció que entre enero y octubre del mismo año 227 menores entre los 5 y los 17 años decidieron ponerle fin a su vida, y en el año 2020 Medicina Legal informó de 222 casos de menores que tomaron la misma decisión (Navarro, 2021). Por otro lado, Pérez et al. (2014) en su proyecto “Maltrato familiar asociado a la ideación y acto suicida en

adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso” (p. 1), encontraron que la causa más común atribuida al suicidio son los problemas familiares. Así mismo Caycedo et al., 2010 (citado por Pérez et al., 2014) afirman que en Colombia la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas “puesto que la ausencia de la figura paterna y la disfuncionalidad de los hogares fue constatada en todos los casos de adolescentes que intentaron suicidarse” (p. 3).

De acuerdo a las cifras dadas por el Sistema de Información Misional, 2018 (citado por el Gobierno de Colombia,) en la política nacional de infancia y adolescencia “entre los años 2014 y 2017 se registraron 125.400 niños, niñas y adolescentes (NNA) ingresados al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) ante múltiples tipos de vulneración de derechos a los cuales se vieron expuestos y entre las principales causas se encuentran aquellas asociadas con violencia sexual (25.6 %) y maltrato (17.3 %)” (p. 12), siendo esto un fenómeno social de alto impacto ya que esta población además de vivir el maltrato se enfrentan a ser retirados de su hogar, si bien ya hay una afectación emocional la situación puede incidir en mayores inestabilidades emocionales, psicológicas y comportamentales. De allí la importancia de indagar sobre la salud mental y emocional de las adolescentes que se encuentran en restablecimiento de derechos por maltrato y su relación con la ideación o conducta suicidas.

Pregunta De Investigación

¿Cuál es el estado de salud mental de las adolescentes institucionalizadas y la incidencia de su situación de maltrato respecto a la ideación suicida?

Objetivos

Objetivo General

Analizar el estado de salud mental y su relación con ideación suicida, en adolescentes que se encuentran en condición de vulnerabilidad en una institución de modalidad internado.

Objetivos Específicos

- Identificar el estado de salud mental y el nivel de riesgo frente al suicidio.
- Clasificar antecedentes y eventos estresantes actuales que desencadenan las ideas suicidas.
- Identificar estrategias de afrontamiento en adolescentes en condición de vulnerabilidad.
- Formular un plan de intervención para la prevención de riesgos suicidas y promoción de salud mental.

Justificación

El fenómeno del suicidio ha estado presente en nuestra sociedad desde la antigüedad, en diferentes partes del mundo, provocado por diversas circunstancias como cambios sociales, culturales, económicos y hasta tecnológicos. El incremento de este fenómeno en los adolescentes se ha convertido en un problema de Salud Pública en Colombia; según la Encuesta Nacional de Salud Mental (citado por Wohlgemuth, 2022) “la tentativa de suicidio y el suicidio en menores de edad son producto de la depresión” (párr. 5). De igual manera, se consideran como factores que inciden en el riesgo suicida las manifestaciones de desesperanza y el historial autolítico. (Wohlgemuth, 2022)

La ideación suicida y el suicidio aumentaron considerablemente en el año 2019 durante la pandemia COVID- 19, donde situaciones estresantes como el encierro, miedo a contraer el virus, pérdida de un ser querido o conocido a causa de la enfermedad. Las medidas extremas que tomó el gobierno para disminuir la propagación del mismo tales como el cierre de las instituciones educativas, distanciamientos físicos y el cierre total o temporal de muchas empresas formales e informales provocaron también pérdidas económicas. Todo esto afectó considerablemente la salud mental de muchos colombianos de todos los estratos socioeconómicos.

Uno de los fenómenos más frecuentes que se presentó durante la pandemia fue la violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que la población más vulnerable frente a este fenómeno son los NNA, dado que son propensos al abuso sexual, físico, emocional, psicológico, económico y verbal, como

también, a la negligencia en el cuidado y al bullying, dándose estas formas de violencia en edades tempranas y están asociadas con mayor riesgo de futuros intentos de suicidios en jóvenes y adultos, entre los 12 y 26 años de edad.

A medida que aumentan los casos por delitos sexuales contra los NNA de Colombia y la violencia intrafamiliar, aumenta la probabilidad de suicidio en esta población, dado que estos dos fenómenos son más comunes y generan daños en la autoestima de los NNA provocando consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo, como la depresión, seguido de pensamientos suicidas y el suicidio consumado. En este sentido, ambas problemáticas deberían ser consideradas como variables claves para la prevención.

Información aportada por la (OMS y OPS, 2014, como se citó en ICBF, 2018) demuestra que “una atención oportuna y de calidad en salud puede contribuir a reducir los suicidios, aun cuando no lo logre en todos los casos, pero si en la mayoría” (p. 32).

La investigación contribuye por lo tanto a la institución, como también a las beneficiarias con un plan de intervención de acuerdo a las necesidades que se encuentran presentando las jóvenes, para reducir los pensamientos directamente relacionados con ideaciones suicidas.

Estado del Arte (Revisión de antecedentes)

En este apartado, se presentarán algunas investigaciones o trabajos de grado, de universidades tanto nacionales como internacionales, con el propósito de ahondar en ellas y conocer los alcances y avances de estas, respecto al tema de la ideación suicida en adolescentes.

Forero y García (2015) realiza la investigación interrelación entre conductas suicidas y maltrato en adolescentes que ingresaron a la fundación salud bosque en la ciudad de Bogotá durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015. Esta investigación buscó describir el fenómeno del suicidio y su posible relación con el maltrato en los adolescentes entre 12 y 18 años que ingresaron a la fundación Salud Bosque de la ciudad de Bogotá entre el segundo semestre del

2014 y primero del 2015. La investigación fue cualitativa bajo la metodología de estudio de casos, dado que su propósito fue describir un fenómeno social. Al haber revisado las historias clínicas de los adolescentes, obtuvieron que el 77% de la población tuvo un intento de suicidio y el 23% tuvo presente la ideación suicida.

El ministerio de salud colombiano (2018) realizó un estudio a nivel Nacional sobre la conducta suicida y así mismo creó un boletín con el propósito de brindar información para que el sistema de seguridad social en salud tome las decisiones más acertadas y adecuadas en el área de la salud mental. En el boletín se aprecia que las personas que están en mayor riesgo de suicidarse son personas con depresión, personas pertenecientes a grupos vulnerables (desplazados, comunidades indígenas, población LGBTI), personas que han sido diagnosticadas con enfermedades crónicas y personas que están atravesando por momentos de crisis, por ejemplo, crisis económicas, rupturas amorosas y pérdida de seres queridos.

Chávez et al. (2017), realizan la investigación: *Prevención del suicidio en adolescentes institucionalizados vulnerables*; su objetivo fue conocer la prevalencia de conductas de riesgo autolesivo en adolescentes vulnerables institucionalizados en un albergue de la ciudad de León. Su estudio fue correlacional, con una muestra no probabilística y participaron 55 adolescentes, entre los 12 y los 16 años, tanto hombres como mujeres. Utilizaron como instrumentos el Inventario de Riesgo e Ideación Suicida y la cédula de Autolesiones. Con este estudio se corroboró que el 27% de la población, presenta riesgo suicida.

Pérez et al., (2017) publican la investigación: *Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia*. El objetivo de este estudio empírico fue identificar la presencia del intento e ideación suicida, abuso sexual y la asociación entre estas variables en estudiantes de educación secundaria de tres ciudades del departamento de Boyacá. Los instrumentos utilizados fueron una Encuesta Sociodemográfica y el Inventario de Ideación Suicida

Positiva y Negativa. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas. Se identifica que los jóvenes que han sido víctimas de abuso sexual por penetración han tenido intento suicida (1.9%); además, el 48% de las víctimas presentan ideación suicida.

Rey et al (2019), en la investigación: *Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes*; buscaron estudiar las variables clínicas y sociales que pudieran estar relacionadas con el intento autolítico y/o la ideación suicida y/o el daño autoinducido en una muestra de adolescentes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta por el Servicio Psiquiatría. Es un estudio fue descriptivo y epidemiológico, dentro de los resultados se evidencia que los pacientes que fueron atendidos en el hospital tenían antecedentes de consumo de sustancias y diagnósticos de depresión, ansiedad, T.D.H.A. y conducta disruptiva. Es necesario mencionar que, dentro de esta investigación, los pacientes eran jóvenes y predominaron las mujeres.

Garza et al (2019): realizaron la investigación acerca de la estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente; la cual buscó identificar la estructura familiar del adolescente y su relación con la ideación suicida, asimismo, identificar el nivel de desesperanza y compararla por sexo, realizándose la investigación con 185 alumnos entre los 12 y 15 años de edad. Los resultados arrojaron que los hombres presentan diferencias significativas en el nivel de desesperanza y la relación con el progenitor está relacionada con el pensamiento suicida, mientras que la relación con la progenitora en ver el suicidio como una salida a los problemas. Se concluye que la estructura familiar del adolescente y factores de riesgo como antecedentes de violencia, consumo de alcohol y drogas en la familia se relaciona con los pensamientos suicidas.

Tabares et al (2020), plantean el estudio sobre el riesgo e Ideación Suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares; el buscó analizar la relación estadística entre el riesgo suicida y la ideación suicida con depresión e impulsividad, utilizando como instrumentos la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa y el inventario de

Depresión de Beck. Obteniendo como resultado de los instrumentos utilizados que el 20.7% de los adolescentes presenta riesgo suicida según la escala de Plutchik, la cual 21.3 % corresponde al género femenino y el 19.7% al género masculino. En cuanto al Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa el 12.8% presenta una ideación suicida negativa muy alta, de los cuales el 16.7 % corresponden al género femenino y el 7% al género masculino, lo cual muestra que las mujeres presentan una mayor ideación suicida en comparación a los hombres. Por último, en el inventario de Beck se identificó que el 2.8% presenta sintomatología grave, y el 17.3%, síntomas moderados. El 61.5% no presenta sintomatología depresiva. En relación a la distribución no hay diferencias entre las medidas en hombres (2.8 %) y mujeres (2.8 %) para síntomas graves.

Marcos Teórico y Conceptual

Suicidio e Ideación suicida

El fenómeno del suicidio ha sido muy influyente en diferentes épocas, sociedades, culturas y religiones. Hablar del suicidio en diversas épocas y contextos, se relaciona con las múltiples explicaciones a lo largo de la historia, por ejemplo, los filósofos lo rechazaron y lo consideraron un crimen, en Roma se consideró así, al igual que en la Edad Media y luego, en el Renacimiento fue considerado como un acto enfermizo. En el siglo XVII, por la influencia de la literatura, se atribuía el suicidio a la desilusión amorosa, en el siglo XVIII la mayor parte de las investigaciones explicaban la conducta suicida por causas de enfermedades mentales, y ya en el siglo XIX se realizaron estudios desde las ciencias sociales y ciencias de la salud, encontrándose que el principal factor que incide en el suicidio es la influencia de la sociedad. (Vega, et al., 2002, citado por De Bedout, A., 2008)

En el siglo XX ya se empezaron a exponer los principales hallazgos y propuestas en este ámbito. Las teorías por destacar son las realizadas por Émile Durkheim, Sigmund Freud y Aaron Beck, entre otros.

El suicidio es transmitido por la sociedad según la teoría de Durkheim

(Bedout, 2008). Entendiéndose el suicidio como un acto en el que factores sociales inciden y determinan la conducta suicida.

Freud y sus discípulos observan el suicidio como una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado (Bedout, 2008). Explicando que el individuo cuando se suicida renuncia a su “yo”, siendo este acto un fracaso a su vida libidinal. (Bedout, 2008).

Por su parte, Beck, desde la teoría cognitivo-conductual, interpreta el suicidio en relación a la depresión, la cual se genera por distorsiones en el procesamiento de la información, dichas distorsiones están ligadas a las conductas inadecuadas por hechos o situaciones subjetivas y a la manera en que visualiza las situaciones considerándolas de gran magnitud pero que realmente no son de mucha preocupación. (Vásquez y Pajares, 2015)

Por otro lado, Beck (citado por Vásquez y Pajares, 2015) plantea que “el suicidio es una expresión del deseo de escapar de situaciones que no se pueden soportar, además, las personas que presentan una sintomatología depresiva se sentían como una carga inútil, lo que creaba la idea de que las cosas estarían mejor sin ellos” (p. 49).

El término **ideación suicida**, se refiere al deseo que tiene un individuo de acabar con su propia vida, presentando pensamientos suicidas. No obstante, existen dos tipos de pensamientos suicidas: pasivos y activos. El pensamiento suicida pasivo aparece cuando se tiene el deseo de estar muerto, pero realmente no se está planeando, por el contrario, el pensamiento suicida activo, abarca tanto la idea suicida como la intención y la planificación. (INSPIRA, 2021)

Las personas que presentan ideación suicida, por lo general tienen una organización particular de pensamiento, caracterizada por un raciocinio basado en falacias lógicas (tales como suponer que todo el que se suicida recibe atención, por lo tanto, matándose recibirá atención); desorganización semántica identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir; percepción de toda situación en totalidades, sin dar oportunidad a puntos intermedios;

dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conducta; e incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la que las personas con tendencias suicidas interpretan los acontecimientos en el tiempo de una manera significativamente diferente a los demás, ya que para ellos no existe más tiempo que el ahora y tampoco es útil. (Eguiluz y Mira, 2014)

Adolescencia: características y riesgo suicida

Para el estudio es importante abordar el tema de la adolescencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), (citado en UNICEF, 2020) se define como la etapa que se da después de la niñez y antes de la adultez, específicamente entre los 10 y 19 años. Aunque se prioriza el valor del proceso de adaptación, funcionalidad y toma de decisiones que se da en esta etapa y no el rango exacto de edad. El período de vida caracterizado como “adolescencia”, al igual que todo fenómeno humano, explican Aberastury y Knobel (1971), debe considerarse como un constructo cultural y social. Por ende, es importante comprender este ciclo de vida como un factor fundamental en el desarrollo del ser humano, así como las condiciones en que se desenvuelven y variables temporales histórico-sociales. A su vez, mientras los elementos socioculturales influyen en las manifestaciones adolescentes, también se debe tener en cuenta que existen variables psico-biológicas que dan particularidades universales a este fenómeno.

Según Aberastury y Knobel (1971) una característica propia está relacionada con las situaciones de crisis, las cuales obligan a una persona a resignificar el concepto que tiene sobre sí mismo, causando un abandono progresivo de la imagen que traía desde su infancia para iniciar en su vida adulta con una nueva proyección. El fenómeno de la adolescencia debe ser visto como un proceso de cambio universal e independiente, sin embargo, tendrá connotaciones específicas según las circunstancias del entorno en el que participen los jóvenes, las cuales tendrán como consecuencia beneficios o dificultades.

Según Griffa y Moreno, (2005), es posible distinguir tres fases en la adolescencia: “adolescencia inicial o baja” situada entre los 11 y 13 años, incluida la pubertad, hay cambios físicos reorganización de

la personalidad y un desprendimiento parental progresivo, aunque su familia sigue siendo el centro de su vida, “adolescencia media o propiamente dicha” abarca el periodo entre los 12 – 13 años hasta los 16, es en esta etapa en la que los jóvenes forman su identidad sexual y personal, el desarrollo corporal es más pausado y se destaca el distanciamiento familiar (la familia deja de ser el centro de existencia), se presentan logros en la independencia y es ahí donde aparecen comportamientos de rebeldía y se adhieren a grupos. Esta etapa se caracteriza primordialmente por la búsqueda del sentido de la vida, el descubrimiento de valores y preocupaciones éticas. Por último “adolescencia alta o final” resulta difícil determinar el final de la etapa de la adolescencia, puesto que dependerá de varios criterios, como por ejemplo, inserción en el área laboral, salir de casa, terminar el bachillerato, obtener un título universitario, casarse, etc. En esta etapa el joven realiza un doble movimiento: hacia el mundo externo (grupo de pares, amistad, vínculos amorosos); y otro movimiento hacia el mundo interno (ideales, proyectos de vida, responsabilidad social, conciencia moral). (Griffa y Moreno, 2005)

Autoconcepto, autoestima e identidad en la adolescencia

A nivel psicológico, la forma en que los jóvenes se ven a sí mismos tiene una influencia importante en la manera de afrontar situaciones a futuro. El dilema esencial para un joven que desea integrarse plenamente en la sociedad es entre “hacer el papel correcto” y el “yo”. Por un lado, es importante poder desempeñar los roles correctos en diferentes contextos sociales y seguir las reglas prescritas para estas situaciones. Por otro lado, es igualmente importante poder retener elementos del individuo o de sí mismo. (Coleman y Hendry, 2003, p. 59).

El Auto concepto: Coleman y Hendry (2003), sugieren que en la adolescencia hay una mayor divergencia que en la niñez, debido a los aspectos del autoconcepto, que a su vez, se relacionan con situaciones específicas. Mientras que un niño reconoce su estado emocional, un adolescente lo específica a ciertas circunstancias. Por otro lado, los adolescentes empiezan a adquirir habilidades relacionadas a los diferentes puntos de vista. **La Autoestima:** el autoconcepto y la autoestima se

desarrollan conjuntamente. Considerando la autoestima como la evaluación general que uno hace de su valía personal, evaluándose a sí mismo la imagen, el concepto y percepción. (Coleman y Hendry, 2003). En la etapa de la adolescencia es donde se le da valor a la autoestima, dado que, pese a que los jóvenes comparten menos tiempo con sus padres y mantienen en conflicto con ellos, el lazo de familiaridad es fundamental y dependerá del trato que se les dé, es decir, si los padres o figuras principales les brindan amor, apoyo y seguridad, la autoestima del adolescente aumentará, pero si permanecen ausentes y no creen en sus capacidades, su autoestima disminuirá. Las figuras principales pueden ser también personas significativas para el adolescente, como el profesor, un tío (a) o un hermano (a) mayor. (Delval, 1994). **La identidad:** Para Erikson, citado por Griffa y Moreno (2005), el desarrollo de la identidad personal es un proceso gradual que comienza desde el nacimiento. Implica un autoconocimiento del propio sujeto y de sus capacidades; si bien es cierto que cada persona se va descubriendo a lo largo de la vida por las diferentes experiencias, la identidad entonces se refiere a la constancia con la que el sujeto se desarrolla pese a los cambios que puedan existir. Vásquez y Fernández (2016), mencionan los elementos que componen a la identidad agrupadas en tres sentimientos básicos: unidad, mismidad y continuidad. Éstos suelen ser inseparables y se manifiestan en el desarrollo de todas las áreas del ser humano.

Vulnerabilidad al riesgo suicida

De acuerdo con lo expuesto respecto a los múltiples cambios físicos y mentales por los que atraviesan los adolescentes en esta etapa, se abordará el riesgo suicida en ellos, debido a la vulnerabilidad que estos cambios y diversas situaciones pueden representar para muchos un factor de riesgo. Pruthi, et al. (2021), relaciona el suicidio o intentos de suicidio a una enfermedad mental, explicando que hay ciertas circunstancias de la vida que conllevan a un adolescente a cometer el acto, entre ellos destaca principalmente los trastorno de ansiedad, depresión, bipolar, oposicionista

desafiante o del estado de ánimo, como también, antecedentes vitales estresantes, entre ellos expone al maltrato físico, abuso sexual y exposición a la violencia.

Hay señales que advierten cuando un adolescente es propenso a cometer el acto suicida, entre ellas pueden incluirse las siguientes: verbalizar temas relacionados al suicidio, por ejemplo, “quiero morirme” o “dejaré de sufrir y de ser una carga para los demás”, el aislamiento también es un indicador de alerta, al igual que los cambios de humor y el sentirse desesperanzado. (Pruthi, et al., 2021)

Violencia en la infancia y adolescencia como detonante de riesgo suicida

Existen muchos causantes de la producción de ideas, intentos y suicidios consumados y una de ellas es el maltrato hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA); Rodríguez (2019) refiere que la violencia “ha estado influenciada por la concepción y el trato que culturalmente se le ha dado a la infancia y la adolescencia, y a la naturalización de prácticas violentas como formas de educación y crianza validadas y aceptadas en la sociedad” (p. 36).

Por otro lado, como menciona Rodríguez (2019):

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes se entiende como toda acción, omisión, abuso, uso de la fuerza o del poder que se expresa a través de la violencia física, psicológica, sexual y la negligencia, así como a través de las amenazas de tales actos, la cual se puede presentar en distintos ámbitos y ser ejercido por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona; produce daño y afecta la integridad personal, el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, llegando incluso hasta la muerte (p. 37).

Considerando lo anterior, es pertinente mencionar los diferentes tipos de violencia que existen contra los NNA. Rodríguez (2019) destaca los siguientes: la violencia Física, violencia sexual, omisión o negligencia y violencia psicológica, cuando se habla de violencia se entiende toda acción a través del uso de la fuerza física, la cual puede generar dolor, malestar, lesiones, daños a la salud, o al desarrollo del

niño, niña o adolescente, todo acto o comportamiento ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, se considera violencia y vulneración de los derechos fundamentales de los NNA.

Contextos de la violencia

Los contextos en los que se pueden dar la violencia contra los NNA son: el contexto privado y público, el privado abarca el entorno familiar u hogares sustitutos, donde existen vínculos afectivos o relaciones interpersonales, mientras que el público se relaciona con los espacios importantes para el desarrollo de los NNA y la realización de sus derechos, como por ejemplo, instituciones educativas y la comunidad. (Rodríguez, 2019)

A nivel general, la violencia contra los NNA es cometida por personas pertenecientes al núcleo familiar o por personas que tienen vínculos muy cercanos con sus familiares (amigos, vecinos, “personas de confianza”), aunque también, la violencia puede ser ejercida por individuos totalmente desconocidos. Es necesario tener en cuenta que los victimarios pueden situarse en cualquier rango de edad y entre los agresores que se pueden identificar son: familiares, cuidadores principales, grupos criminales, grupos armados, sean regulares u oficiales y personas pertenecientes a instituciones educativas. (Rodríguez, 2019)

Violencia y afectación en la población infantil y adolescente

El impacto de la violencia es mayor en los NNA que en la población adulta mayor, puesto que no solo está ligada a daños físicos, sexuales y psicológicos, sino también a posibles daños al desarrollo integral y la construcción de una identidad. (Rodríguez, 2019)

En relación a lo anterior, Rodríguez (2019) menciona los siguientes aspectos relacionados a la afectación de la violencia según el tipo de daño, sea físico, psicológico o sexual; la frecuencia, refiriéndose a las repeticiones de los hechos de violencia; la intensidad, relacionada a la magnitud de la

lesión; el periodo evolutivo, el cual abarca la etapa en la que ocurrieron los hechos (primera infancia, infancia o adolescencia); por último, a la vulnerabilidad especial, que es cuando los hechos de violencia se han ejercido en NNA con alguna discapacidad física o mental.

También existen señales de detección de violencia contra los NNA, siendo estas de tipo físico o psicológico, dentro de las señales de tipo físico se pueden evidenciar golpes o heridas y de tipo emocional se perciben principalmente cambios en los comportamientos. (Rodríguez, 2019)

Adicionalmente, Rodríguez (2019) habla sobre las consecuencias que produce la violencia contra los NNA, evidenciando a nivel físico alteraciones en el sistema fisiológico, en el sistema nervioso central, entre otros. A nivel emocional se encuentran afectaciones que implican el detonante para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y la aparición de trastornos (ansiedad, depresión, bipolaridad).

La salud mental en población víctima de maltrato y violencia

La salud mental está relacionada con el bienestar físico, psicológico y emocional que debe tener cualquier individuo, por ende, un adolescente que tenga vulnerado el derecho a la salud, calidad de vida o ambiente sano, desencadenaría una serie de características negativas en su comportamiento y se vería afectado emocionalmente, lo que quiere decir que su salud mental estaría perjudicada. La constitución de la OMS (como se citó en OMS, 2018) define a la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). Significa entonces, que la salud mental no solo se relaciona con el hecho de estar sano o libre de trastornos mentales, sino también con el hecho de que a nivel físico y emocional pueda sentirse pleno y dispuesto para desenvolverse en su entorno familiar y social adecuadamente. Una persona que no se encuentre en condiciones óptimas dentro de su contexto familiar, social, laboral o no se encuentre bien a nivel económico, tendería a ser una persona con un desequilibrio emocional, que la conllevaría, en

caso de no actuar de manera inmediata, a presentar problemas más severos en lo que respecta a sus facultades mentales.

Dadas las consideraciones que anteceden, es preciso ahondar en la relación entre la salud mental y las poblaciones en condición de vulnerabilidad. Inicialmente, se tiene conocimiento sobre el riesgo por el que atraviesan las personas pertenecientes a dicha población, puesto que son más propensas a ser objeto de abuso sexual, ser víctimas de maltrato o violencia intrafamiliar, ser excluidas en programas educativos o del servicio de salud, además de ello, la negligencia en los cuidados en la etapa de la infancia de un individuo por parte de sus progenitores o cuidadores principales. Seguidamente, se entiende que todos los factores mencionados anteriormente, son situaciones que resultan traumáticas para la vida del ser humano, y muchas de esas situaciones difícilmente se superan si no se elaboran.

El maltrato puede considerarse como el acto en el que una persona “más fuerte” se aprovecha de otra que puede ser indefensa o incapaz de responder a un hecho de violencia. Como en el caso de los niños que son considerados la población más vulnerable en los sucesos de violencia y mantienen expuestos a situaciones de alto riesgo tanto de las personas que hacen parte de su núcleo familiar como de las personas que frecuentan su entorno familiar, ellos son la población que más sufre con la problemática del maltrato, que cada día aumenta significativamente a nivel mundial. El maltrato no solamente está ligado a los golpes o al castigo físico, sino también al abuso sexual o actividades sexuales, a los ataques verbales, al abuso emocional y también al abandono relacionado a la negligencia en la alimentación, a la educación o a la salud.

Es importante resaltar que la etapa de la infancia es fundamental en la vida del ser humano, es en ella donde el niño o niña se va desarrollando tanto a nivel físico como psicológico, es en esta etapa donde el ser humano empieza a explorar su entorno y adquiere habilidades y aprendizajes que lo ayudarán a adaptarse, por ende, garantizar el desarrollo óptimo del infante, evitará consecuencias

negativas en su vida adulta. La aclaración anterior, permite comprender que los niños que han sido sometidos a cualquier tipo de maltrato serán más propensos en su vida adulta a adquirir problemas conductuales o mentales, como por ejemplo depresión, ansiedad, consumo de drogas, alcohol, trastornos de la conducta alimenticia, etc. Según la OMS (2020) “el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual” (párr. 10). En efecto, el maltrato no solamente desarrolla en las víctimas enfermedades o alteraciones mentales, sino también enfermedades crónicas. No obstante, la presente investigación está centrada en los factores que influyen en las ideaciones suicidas, por tanto, se corrobora que el maltrato infantil es un factor influyente en ellas y por ende en la conducta suicida.

Marco Político y Legal

El instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es una entidad colombiana que trabaja en pro de la prevención y protección de la primera infancia, niñez, adolescencia y el bienestar de las familias, (ICBF. 2020) es por ello por lo que las instituciones que operan con el ICBF garantizan programas y servicios de atención a los niños, niñas y adolescentes (NNA) que son considerados como población vulnerada. Ahora bien, la institución en la que se llevará a cabo la presente investigación ofrece un modelo de atención en discapacidad mental psicosocial con el propósito de fortalecer habilidades cognitivas y sociales de los beneficiarios (FSV. s.f.). Resulta oportuno mencionar que los niños, niñas y adolescentes que albergan la fundación, han ingresado por vulneración de sus derechos fundamentales, los cuales se encuentran consagrados en la ley 1098 del código de infancia y adolescencia (ICBF, 2010). Es evidente entonces, que los NNA que hacen parte de la fundación, han atravesado por una serie de adversidades a lo largo de su vida, por ende, se presentarán unas leyes respecto a los lineamientos de la ruta de atenciones para el restablecimiento de derechos, las cuales se encuentran estipuladas en el informe de gestión para la protección de NNA de ICBF (2016): Ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, Ley 1616 de 2013 “Por medio de

la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”, Ley 1146 de 2007 “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, Ley 1719 de 2014 y Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social “Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”.

Metodología

Tipo de investigación y enfoque

La investigación se realiza desde un enfoque cualitativo de tipo descriptivo-correlacional, dado que describe un fenómeno como la incidencia del maltrato en la ideación suicida de las adolescentes en condición de vulnerabilidad. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández et al., 2014.p, 92) esto con el fin de dar a conocer el contexto o sucesos de la manera en que el fenómeno se da, en este caso identificar los factores que influyen en la ideación suicida en adolescentes institucionalizadas, a su vez también es una investigación de tipo correlacional ya que busca darle respuesta a una serie de preguntas en un contexto específico siendo su enfoque cualitativo ya que se utilizó técnicas de recolección de información como entrevistas semiestructuradas, técnicas de observación y test psicométricos para así obtener un entendimiento amplio frente al fenómeno suicida en instituciones sanitarias.

VARIABLES O CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Tabla 1. Variables o Categorías de Análisis

Variables	Definición
Antecedentes	En psicología, el concepto de antecedentes se refiere a los problemas por los que ha atravesado un paciente, siendo este fundamental para la historia clínica, además que permite comprender conductas actuales. (PJGROUP, 2022)
Eventos actuales	Los eventos actuales son definidos como sucesos importantes que se dan en el momento, es decir en el presente. (IMEP, s.f.)
Estrategias de afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento se definen como los recursos o habilidades que tiene un individuo para hacerle frente a situaciones adversas. (Masías, et al., 2013)
Estado emocional	Gavin (s.f.) refiere que el estado mental y el estado emocional están relacionados, dado que los pensamientos y la manera en que una persona percibe o interpreta las situaciones,

Variables	Definición
	influirá en el estado de ánimo. Gavin (s.f.) define que “los estados de ánimo son las emociones que sentimos” (párr. 3)

Fuente de elaboración propia

Población y Muestra

La presente investigación se llevará a cabo en una fundación modalidad internado que opera con el ICBF, en ella albergan 85 beneficiarios, infantes y adolescentes, 37 pertenecen al sexo femenino y 48 pertenecen al sexo masculino. La unidad de muestreo identificada para el trabajo de campo y la aplicación de herramientas propiamente se enfoca en el método de selección por variable identificada, Ackoff (2007), como se citó en Hernández, Fernández y Sampieri, (2014) señala la importancia de definir variables identificables entre individuos o referentes de campo de la investigación. Se empleó un procedimiento de muestreo de conveniencia para su selección, teniendo en cuenta que fueran adolescentes institucionalizadas, la muestra está compuesta por 12 beneficiarias de sexo femenino que oscilan entre los 12 y 17 años.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Entrevista

La entrevista semiestructurada ofrece al investigador una maniobra de flexibilidad ante el entrevistado y el entrevistador, sin perder el objetivo de la investigación que es la adquisición de datos cualitativos precisos (Bravo, 2013), cuyo objetivo es, obtener información sobre las características de los participantes, y los factores relacionados con el bienestar psicológico, red de apoyo con que cuentan y proyección de vida. (Ver anexo 02)

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La escala evalúa el riesgo suicida en adolescentes (ver anexo 03). Plutchik y Van Pragg, 1989, citado por Colorado et al., 2019, indican que esta escala “evalúa los intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación suicida actual, los sentimientos de depresión, desesperanza, y otros aspectos

relacionados con las tentativas de suicidio” (párr. 4). La escala cuenta con 15 ítems, una de sus versiones se distribuye en dos dimensiones, los síntomas de riesgo desde los ítems 1 al 8 y conductas suicidas del 8 al 15. Su puntuación se extrae de la siguiente manera: cada respuesta afirmativa vale 1 punto, cada respuesta negativa vale 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15, a mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

La escala de desesperanza de Beck

Esta prueba fue creada por Beck, quien parte de la definición de desesperanza desarrollada por Ezra Stotland, quien la define como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto (Sánchez, 2021). También se basó en extraídos de la prueba de actitudes sobre el futuro, desarrollado por Laura Heimberg, agregándole 11 nuevas afirmaciones que fueron recolectadas de pacientes psiquiátricos que describieron cogniciones desesperanzadoras. La escala cuenta con 20 ítems y se debe responder falso o verdadero según el estado del paciente. La escala no cuenta con un tiempo límite, pero por lo regular, debido a su brevedad, su duración es entre los 5 a 10 minutos. Es un instrumento aplicado en el ámbito clínico y se puede aplicar en diferentes rangos de edad. Su evaluación se realiza debido a la puntuación obtenida, el punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto. (Ver anexo 04)

Escala de afrontamiento para adolescentes

La escala de afrontamiento para adolescentes ACS fue creada por los autores Frydenberg y Lewis (1993). Es utilizada para apreciar las respuestas de afrontamiento que tienen los jóvenes para resolver sus problemas desde diferentes dimensiones, tales como: 1. Buscar apoyo social, 2. Concentrarse en resolver el problema, 3. Esforzarse y tener éxito, 4. Preocuparse, 5. Invertir en amigos íntimos, 6. Buscar pertinencia, 7. Hacerse ilusiones, 8. Falta de afrontamiento, 9. Función de la tensión, 10. Acción social

11. Ignorar el problema, 12. Autoinculparse, 13. Reservarlo para sí mismo, 14. Buscar ayuda espiritual, 15. Fijarse en lo positivo, 16. Buscar ayuda profesional, 17. Buscar diversiones relajantes y 18.

Distracción física. Esta escala cuenta con 80 ítems cerrados y cada ítem presenta una conducta de afrontamiento a la que se debe dar respuesta mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos e indican lo siguiente: A. no me ocurre nunca o no lo hago, B. Me ocurre o lo hago raras veces, C. Me ocurre o lo hago algunas veces, D. Me ocurre o lo hago a menudo y E. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

Esta escala es utilizada comúnmente en adolescentes de 12 a 18 años, pero se puede aplicar también en población adulta con una duración entre 10 a 15 minutos. Como menciona Barreto (2020), su calificación se da con un coeficiente de corrección y tomándose diferentes grupos de las 18 estrategias de afrontamiento, entre la 1 la 9 los resultados que se den se multiplican por 4, entre la 10 y la 16 los resultados se multiplican por 5 y la 17 y 18 se multiplicaran por 7 para hacer una compensación matemática que sea justa y proporcional con las demás escalas. Si el resultado de las multiplicaciones es de 20 a 29 se toma como esta estrategia no se utiliza, del 30 a 49 se utiliza rara vez, de 50 a 59 se utiliza algunas veces, de 70 a 89 se utiliza a menudo y de 90 a 100 se utiliza con mucha frecuencia. (Anexo 05).

Técnica de análisis de resultados

Para el análisis de la información de los auto informes se trabajará con el programa Excel, por medio de la función análisis de datos, el cual permite arrojar información de análisis descriptivo. La información recolectada se llevará a ser representada por medio de tabla, con el objetivo de poder identificar las relaciones entre las características y su estructura a fondo. A través de este tipo de procedimientos podrían ser presentados los sistemas de categorías, mostrando las interconexiones existentes entre las categorías, o incluso algunos aspectos de su contenido.

Los instrumentos metodológicos a nivel cualitativo se generan a partir de la operacionalización de conceptos y variables, la cual establece significados para los términos del estudio y en la estipulación de las situaciones observadas, por medio del ordenamiento de la información y la codificación la cual

hace referencia a la agrupación de la “información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso” (Rubín y Rubín, 1995, como se citó en Fernández Núñez, 2006), posteriormente se integrará la información, es decir, se relaciona la información para generar una explicación integrada de cada instrumento y los hallazgos encontrados.

Fases del proceso

- Fase 1. Consolidación de marco referencial y selección de instrumentos: Se hace revisión documental para complementar el marco referencia y se selecciona las técnicas e instrumentos de recolección de información.
- Fase 2. Identificación de la población: De acuerdo con las características que los sujetos deben cumplir, se hace acercamiento al instituto, lo que permitió concretar la población.
- Fase 3. Permiso de la institución y Consentimiento informado: Una vez identificada la población, se elabora oficio solicitando el permiso para realizar la investigación y se genera el consentimiento informado, se procede a su presentación y firma, donde se estipulen de manera clara aspectos de la investigación.
- Fase 4 entrevista inicial y aplicación instrumentos: Se hace entrevista inicial de caracterización y aplicación de los auto informes, a partir del análisis se procederá a la entrevista en profundidad.
- Fase 5 entrevista a profundidad: En esta fase se abordan aspectos que surgieron tras la entrevista inicial, la cual estaba encaminada a dar respuestas a preguntas inconclusas de la primera fase.
- Fase 6. Consolidado de información y análisis de resultados.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se suscribe a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos de 2005, asumiendo el compromiso de:

1. Respetar la dignidad humana, derechos y libertades; potenciar los beneficios para los participantes de la investigación; respetar la autonomía de las personas que participen en la investigación; solicitar el consentimiento informado basado en la información veraz, explicando claramente los objetivos de la investigación, con libertad de ser revocado.
2. Si fuere el caso, se solicitará el consentimiento informado al representante legal de instituciones que apliquen para la presente investigación. Además, se garantizará el respeto por la integridad personal; el derecho a la privacidad y el tratamiento confiable de los datos.
3. Se respetará la igualdad fundamental a todos los seres humanos implicados, que serán tratados con justicia y equidad, sin ningún asomo de discriminación o estigmatización.
4. Se respetará la diversidad cultural, el pluralismo y las formas diferentes de pensar, fomentando la solidaridad y cooperación.
5. Los resultados de la investigación contribuirán a disminuir las situaciones de marginación y exclusión de las personas, sobre todo de las más vulnerables; igualmente los resultados de la investigación serán compartidos a la sociedad, promoviendo el acceso a los conocimientos que de ella se deriven.
6. Se promoverá el profesionalismo, la honestidad, la integridad, la transparencia en las decisiones que se tomen en el desarrollo del proyecto, si hubiere conflictos de interés y para el aprovechamiento compartido del conocimiento.

Resultados

En el siguiente apartado se relacionan los resultados obtenidos a partir de los autoinformes y entrevistas aplicados durante el proceso de investigación. Participaron un total de 12 adolescentes de sexo femenino beneficiarias que albergan en una fundación modalidad internado, para la identificación

de los participantes se asigna código, Participante 1 (P1), Participante 2 (P2) y se continua con el consecutivo.

Tabla 2. Caracterización de la población

Código Participante	Edad	Escolaridad	Tiempo en institución	Motivación de institucionalización	Visita de pariente
P1	14	6°	3 años	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	No
P2	15	7°	2 años y un mes	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	No
P3	12	3°	6 meses	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	Si
P4	12	5°	1 mes	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	No
P5	13	7°	2 semanas	Vulneración de la educación, salud	Si
P6	16	10° y 11°	5 años	Vulneración a la integridad personal (maltrato)	No
P7	17	10°	2 años y 2 meses	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	No
P8	15	6°	varios meses	Vulneración a la integridad personal (maltrato)	No
P9	16	4°	6 meses	Vulneración a la integridad personal (maltrato)	Si
P10	15	1°	1 año	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	Si
P11	17	10°	6 meses	Vulneración de la integridad personal (abuso sexual)	No
P12	16	1°	6 meses	Vulneración a la integridad personal (maltrato)	No

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la tabla 1, se describen datos que permiten caracterizar a los participantes, encontrando que la mayoría son mayores de 15 años y en menor proporción las participantes están entre las edades de 12 a 14 años. Respecto a la escolaridad tan solo 3 de las participantes han cursado grado décimo, 4 de ellas tan solo han cursado algunos grados de primaria y el resto se encuentra entre haber cursado grado 6° y 7°. En relación con el tiempo que llevan institucionalizadas, se observa que una de las jóvenes lleva 5 años, siendo la persona de mayor antigüedad en este proceso, así mismo se encuentra que 2 están recién ingresadas al proceso (2 semanas y un mes), 4 de las jóvenes llevan entre uno y tres años, 5 llevan 6 meses aproximadamente. En relación al motivo por el que se encuentran internadas es por vulneración en sus derechos, 7 fueron abusadas sexualmente, 4 recibían maltrato físico y 1 tenía vulnerado el derecho a la educación y a la salud, es decir, se encontraba en condición de

abandono. En cuanto a las visitas por parte de los familiares de las beneficiarias se observa que 8 no reciben visitas, ni de familiares ni de amigos y 4 reciben visitas pero, no obstante, manifestaron que las visitan esporádicamente.

Resultados: Salud mental, riesgo frente al suicidio y escala de afrontamiento

Los instrumentos utilizados para la recolección de información de la presente investigación fueron la escala de riesgo suicida de Plutchik, la escala de desesperanza de Beck y la escala de estrategias de afrontamiento. Buscándose por medio de estas herramientas la intensidad de la ideación suicida actual, el nivel de desesperanza, intentos auto líticos y sentimientos de depresión. Como también identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las beneficiarias y de qué manera abordan las situaciones adversas que se presentan en su diario vivir.

Tabla 3. Consolidado de resultados de las escalas

Participante	Edad	Escala de riesgo suicida	Escala desesperanza de Beck	Escala de afrontamiento
P1	14	8 (Mayor riesgo)	14 (Moderado)	ACS 5 (Invertir en amigos íntimos)
P2	15	8 (Mayor riesgo)	12 (Moderado)	ACS 6 (Buscar pertenencia)
P3	12	7 (Mayor riesgo)	12 (Moderado)	ACS 4 (Preocuparse) ACS 5 (Invertir en amigos íntimos)
P4	12	9 (Mayor riesgo)	13 (Moderado)	ACS 2 (Concentrarse en resolver el problema) ACS 6 (Buscar pertenencia)
P5	13	8 (Mayor riesgo)	8 (leve)	ACS 8 (Falta de afrontamiento)
P6	16	3 (Menor riesgo)	9 (Moderado)	ACS 4 (Preocuparse)
P7	17	11 (Mayor riesgo)	6 (leve)	ACS 7 (Hacerse ilusiones)
P8	15	8 (Mayor riesgo)	9 (Moderado)	ACS 3 (Esforzarse y tener éxito)
P9	16	8 (Mayor riesgo)	12 (Moderado)	ACS 3 (Esforzarse y tener éxito) ACS 4 (Preocuparse) ACS 5 (Invertir en amigos íntimos)
P10	15	11 (Mayor riesgo)	10 (Moderado)	ACS 4 (Preocuparse)
P11	17	4 (Menor riesgo)	12 (Moderado)	ACS 1 (Buscar apoyo social)
P12	16	10 (Mayor riesgo)	11 (Moderado)	ACS 4 (Preocuparse) ACS 6 (Buscar pertenencia)

Fuente de elaboración propia (2022)

De acuerdo con la tabla 2, se puede observar que para la escala de riesgo suicida de Plutchik, 10 de las 12 adolescentes si presentan riesgo suicida lo que representa un 83% de la población, tan solo 2 de las participantes no presentan riesgo suicida, equivalente a un 17% restante. Para la escala de desesperanza de Beck, se encuentra que el 17% de las adolescentes puntúan en un nivel leve de

desesperanza y el 83% en un nivel moderado. Es decir 10 de 12 adolescentes presentan actitudes negativas hacia el futuro y que puede existir riesgo suicida. Respecto a la escala de estrategias de afrontamiento se encuentra algunas de las participantes puntúan alto en más de una estrategia, en la tabla se consolidan las dos más representativas, como es el caso de las participantes 3, 4, 9 y 12. Entre las adolescentes se encuentra que las participantes 1, 3 y 9, afrontan sus problemas invirtiendo tiempo en amigos; las participantes 2, 4 y 12, buscando pertenencia; las participantes 3, 6, 9, 10 y 12, preocupándose; la participante 4 concentrándose en resolver el problema; la participante 5, no sabe cómo afrontarlos; la participante 7, haciéndose ilusiones; las participantes 8 y 9, esforzándose para tener éxito y la participante 11, buscando apoyo social.

Clasificación de categorías para análisis de entrevistas

Tabla 4. Matriz: Antecedentes: maltrato, abuso sexual, vulnerabilidad

Categoría	Subcategoría	Testimonios	Comentarios del investigador – Material bibliográfico que da solidez
Antecedentes	Maltrato	<p>P1: “Mis papás me pegaban a mí y a mi hermana, nos trataban muy mal, nos quemaban las manos, nos sacaban la calle, era como si nuestros padres no nos quisieran”</p> <p>P6: “Mi familia me daba mucho maltrato físico y mi tía me echó de la casa”</p> <p>P8: “Mis papás me maltrataban mucho, un día me intentaron ahorcar”</p> <p>P9: “Mi mamá me abandono, y mi papá me pegaba muy feo, me quemaba, me maltrataba, me colocaba hacer todo lo de la casa, me dejaba aguantar hambre, una vez casi me mata”</p> <p>P12: “Mis papás peleaban mucho y no se preocupaban por mí y por mis hermanos, nos pegaban, nos dejaban solos, por eso la policía nos trajo a una fundación”</p>	<p>El ministerio de salud (2018) refiere que los factores más comunes que inciden en conductas suicidas en adolescentes son la depresión asociada a antecedentes vitales estresantes, antecedentes familiares, haber sido víctimas de maltrato infantil o abuso sexual. En las narrativas de las participantes se evidencia que, la mayor parte del tiempo, recuerdan haber sido abusadas, maltratadas y descuidadas, reflejan sentimientos de tristeza y algunas presentan llanto cuando relatan sus malas experiencias.</p>
	Abuso sexual	<p>P1: “A mí me violaron”</p> <p>P2: “Cuando yo tenía 5 años me violaron”,</p> <p>P3: “Mi mamá trabajaba mucho y me dejaba donde una señora que me cuidaba, en esa casa donde me cuidaban me violaron, por eso bienestar no permite que yo esté con ella, pero eso no fue culpa de ella”</p> <p>P4: “La violación que viví me llevó a consumir drogas, porque después de eso, para mí la vida ya no tenía sentido”</p> <p>P7: “Mi papá abusó de mi sexualmente”</p> <p>P10: “Mi papá maltrataba a mi mamá y cada vez que llegaba borracho me pegaba a mí y a mis hermanos hasta que un día me violó, por eso yo caí en las drogas”</p> <p>P11: “Cuando yo estaba pequeña un tío me violó”</p>	
	Vulnerabilidad	<p>P5: “Yo nunca tuve un papá, a mi mamá nunca le importé, siempre viví con mi abuela y cuando llegó la pandemia ella murió, la única persona que yo tenía era mi mamá, pero como a ella no le importaba nada, no me metió a estudiar ni nada, no le importaba si yo comía o no, yo no era feliz y luego me diagnosticaron con depresión”</p>	

Tabla 5. Matriz: Eventos actuales

Categoría	Subcategoría	Testimonios	Comentarios del investigador – Material bibliográfico que da solidez
Eventos actuales	Desesperanza	<p>P1: “Hay días en los que pienso que la vida ya no tiene sentido, estar tanto tiempo encerrada me hace sentir que yo soy la culpable de todo lo que viví, por eso he intentado quitarme la vida muchas veces”</p> <p>P2: “Empiezo a comportarme mal cuando son fechas especiales, porque sueño con tener una familia, entonces a veces pierdo la fe de que cumpliré mi sueño y entro en depresión”</p> <p>P4: “Muchas veces, para mí la vida no tiene sentido, me estresa y me agobia tener que estar aquí en esta fundación, desearía que mi vida fuera normal”</p> <p>P7: “Es duro no contar con una familia, por eso leo y estudio día a día para ver si algún día logro mis metas y demostrar que si pude, aunque hay días que pierdo la fe”</p>	<p>Los acontecimientos vitales estresantes son unos de los factores de riesgo, para el ajuste adolescente (Estévez et al., 2011). Las adolescentes han vivenciado en su infancia y parte de su adolescencia eventos traumáticos que han perjudicado su salud mental. En ellas, prevalecen mayormente las conductas agresivas y sentimientos de desesperanza, debido a los hechos vivenciados en su infancia y parte de su adolescencia. Los recuerdos sobre el abuso sexual y el maltrato por parte de sus progenitores generan en ellas sentimientos de culpa, rabia y dolor.</p>
	Conductas agresivas	<p>P3: “Yo me comporto muy mal, empecé a consumir muchas drogas, en este momento estoy en un proceso de rehabilitación porque a veces me dan ganas de consumirlas y me altero. Cuando me pongo rebelde, me vuelvo agresiva con los formadores”</p> <p>P6: “Yo generalmente soy muy calmada, pero cuando me acuerdo de mis papas o me hablan de ellos me altero mucho, y me dan ganas de pelear”</p> <p>P8: “Mis compañeros me molestan mucho, me dicen piernas de pollo, me cogen de recocha, por eso a veces soy grosera y no me gusta estar con la mayoría”</p> <p>P10: “Yo me comporto mal o me pongo agresiva porque me da rabia recordar mi pasado y no poderlo cambiar”</p> <p>P5: “No me gusta estar en esta fundación, quiero estar al lado de mi familia, por eso a veces me hago daño a mí misma, dándome golpes”</p>	
	ideación suicida	<p>P9: “Me da rabia no poder ser libre por eso hago locuras como tratar de escaparme constantemente de la fundación o pienso en quitarme la vida.</p> <p>P11: “El motivo por el que yo trato de suicidarme es por qué extraño a mi mamá y yo sé que ella a mí también, por eso mantengo llorando”</p> <p>P12: “No tener una familia que me quiera me parece injusto, por eso a veces pienso en suicidarme, creo que es lo mejor”</p>	

Tabla 6. Matriz Estrategias de afrontamiento

Categoría	Subcategoría	Testimonios	Comentarios del investigador – Material bibliográfico que da solidez
Estrategias de afrontamiento	Invertir en amigos íntimos	P1: “Cuando me siento mal me gusta estar con mis amigas para desahogarme”	Las participantes cuentan con ciertas habilidades para hacerle frente a sus problemas o a los momentos en los que entran en crisis. Algunas ponen en manifiesto que les gusta realizar deporte, otras buscan al equipo psicosocial de la fundación y otras buscan apoyo social. Para este último es necesario conocer si el apoyo de amigos o personas externas es negativo o positivo para ellas, dado que sus distracciones deben ser benéficas. Di-Collredo, et al. (2006) refiere que “Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona”. (p. 13)
	Buscar apoyo profesional	P2: “Me gusta expresar mis sentimientos con la psicóloga y también escribir en un cuaderno todo lo que me está pasando” P6: “Respiro hasta 10 o 5, voy donde el formador y le cuento”	
	Distracción física	P3: “Me gusta hacer deporte para olvidarme de todos mis problemas” P4: “Cuando siento que me van a dar crisis juego futbol, es lo que más me encanta” P9: “Me gusta bailar cuando tengo rabia” P8: “cuando tengo rabia me gusta caminar”	
	Buscar apoyo social	P5: “Cuando tengo un problema, recurro a otra persona” P10: “Trato de hablar con las demás personas para sentirme mejor” P7: “Intento yo misma resolverlo, pero si veo que no estoy capacitada para resolverlo, busco a otras personas”	
	Buscar diversiones relajantes	P11: “Me pongo a pintar, escucho música” P12: “Me gusta cantar y bailar”	

Tabla 7. Matriz Estado emocional

Categoría	Subcategoría	Testimonios	Comentarios del investigador – Material bibliográfico que da solidez
Estado emocional	Tristeza	<p>P1: “La mayoría de las veces me siento muy mal por no poder ver a mi hermana, es lo que más me importa”</p> <p>P4: “Me siento muy mal, aburrida y deprimida, yo quería estar en la otra fundación, todos los días me siento mal”</p> <p>P5: “Mi hermana ayer vino y me dijo que me extrañaba mucho, y mi abuela también, eso me hace sentir triste”</p> <p>P6: “Me siento triste al pensar en mis padres, siento que no sé cómo aliviar el dolor, pienso mucho en ellos”</p> <p>P9: “A veces me siento triste por tanto encierro, pero yo no tengo a donde más ir”</p> <p>P11: “Pues me siento bien, pero a veces me da mucha tristeza no poder estar con mi mamá”</p>	Las emociones pueden variar según la necesidad que ameritada ante el contexto, es decir, las emociones son respuestas del organismo, pero generalmente aparecen como mecanismos de supervivencia y adaptación. (Longo, 2020). Es por esto que el estado de ánimo puede variar según diferentes factores que influyen en él, como lo son factores externos o internos.
	Tranquilidad	<p>P2: “Me he venido sintiendo tranquila porque he aceptado las situaciones que me han tocado vivir, ya no lloro como antes y no sufro tanto”</p>	
	Felicidad	<p>P3: “Estoy feliz porque ya casi voy a salir de aquí, mi mamá me dijo que pronto vendría por mí”</p> <p>P10: “Me siento muy feliz porque ya en un mes salgo de aquí y me voy siendo un mejor ser humano”</p> <p>P12: “Estoy feliz y con mucha fe de que pronto voy a salir de este lugar, porque he mejorado demasiado”</p>	
	Seguridad	<p>P7: “Me siento bien en la fundación pues siento que a hora estoy en un mejor lugar que antes con mi familia”</p>	
	Sentimientos de rechazo	<p>P8: “Hoy bien, aunque otras veces no porque mis compañeros me molestan mucho con las cosas que me dicen constantemente, eso me hace sentir mal, porque me siento rechazada”</p>	

Discusión

La OMS (citado por Cañón y Carmona, 2018) define que “el suicidio es uno de los factores más importantes de morbilidad en jóvenes: ocupa la segunda causa de muerte en el mundo” (p. 388). Es por ello que las expectativas de vida en esta población va disminuyendo con el paso del tiempo, por ende, se realizó un análisis respecto a las narrativas de las 12 participantes, donde se puede apreciar los factores de riesgo asociados a los pensamientos suicidas, los cuales han afecta su salud mental.

Estado de salud mental y riesgo suicida

Desesperanza

Según Beck, la desesperanza es entendida como la tendencia a tener expectativas negativas sobre uno mismo y el futuro. Por lo tanto, la desesperanza sería un importante factor etiológico y sustentador en el riesgo de suicidio (citado por Álamo, et al., 2019). En efecto, la presente investigación permite apreciar que 10 de las 12 adolescentes se sitúan en un nivel moderado respecto a la escala de desesperanza de Beck, presentando de manera frecuente perspectivas negativas hacia el futuro y sí mismas, lo que desencadena en ellas sentimientos de desmotivación y desilusión, algunas indicaban “hay días en que pierdo la fe” (P7), “a veces me hago daño a mí misma dándome golpes, porque pierdo la esperanza de poder salir de aquí” (P6). Dichos sentimientos han causado que las adolescentes consideren que su vida ya no tiene sentido, teniendo conductas autolesivas y autodestructivas. Durante la entrevista aplicada manifestaron que la mayoría de las veces tienen la certeza de que nunca van a egresar de la institución debido a que se sienten rechazadas por sus familiares, lo que se interpreta como la falta de red de apoyo familiar, además de reconocer que su comportamiento inadecuado ha alterado su proceso y ello complica aún más su posible egreso, por tanto, consideran la idea de morir como una solución expresando “no tener una familia que me quiera me parece injusto, por eso a veces pienso en suicidarme, creo que es lo mejor” (P12), “yo trato de suicidarme porque extraño a mi mamá” (P11).

Ahora bien, las adolescentes que presentan un nivel moderado de desesperanza son más propensas a la manifestación de ideas suicidas, para Beck (citado por Álamo et al., 2019) “la desesperanza sería más importante que la depresión misma a la hora de explicar ideaciones suicidas, y ambas son las dos variables más importantes, junto con el historial de intentos de suicidio al momento de identificar ideaciones suicidas” (p. 168). En relación a este último, se tiene conocimiento sobre los intentos de suicidio que han cometido, al realizar la intervención se pudo observar a las adolescentes con heridas y cicatrices en algunas partes de su cuerpo, particularmente en el cuello y sus muñecas, al indagar acerca del porqué de las laceraciones manifestaron que han intentado en múltiples ocasiones quitarse la vida, cortándose las manos y colgándose de los techos con objetos como sábanas y toallas, demostrando bajas expectativas de vida, es así como encontramos expresiones como “a veces creo que seguir viviendo no sirve de nada, para qué, si nunca voy a salir de aquí” (P1), “para que me esfuerzo si al final todo va a salir mal, nunca voy a lograr lo que quiero” (P4).

Autoestima y autoconfianza baja

De acuerdo con los planteamientos anteriores y precisando en los aspectos negativos que manifiesta una persona sobre sí misma, es pertinente mencionar que las adolescentes se consideran incapaces y no confían en sus habilidades, ponen en manifiesto su imposibilidad para superar adversidades o realizar actividades diarias, como talleres educativos y de recreación. Además de evidenciarse en ellas una baja autoestima y carencia de autoconfianza, expresando “yo soy fea, a mí nadie me quiere” (P2), “todo lo que he sufrido y vivido es por mi culpa, merezco estar sola” (P3), “yo sé que nunca voy a salir de aquí porque no sirvo para nada” (P4). Estos discursos representan aspectos que se consideran relevantes para determinar que una persona se valora negativamente y que tiene afectaciones a nivel emocional, ya que se centran en sus debilidades y se preocupan excesivamente por sus defectos. Alliaga et al. (2006), refiere que una persona desesperanzada tiene la creencia de que

nunca alcanzará el éxito por más que lo intente, nunca podrá salir adelante, jamás tendrá logros por sí misma y nunca podrá solucionar los problemas que se presenten en su vida.

Es necesario mencionar que las adolescentes tienen dificultad para mantenerse en el aquí y el ahora, es decir, se les dificulta afrontar la realidad y prefieren autocriticarse, centran su atención y pensamientos en las experiencias pasadas y remueven sus heridas la mayor parte del tiempo, refiriendo “a mí me violaron cuando yo tenía 5 años, por eso cogí vicios y malos pasos” (P2), “la violación que viví me llevó a consumir drogas, después de eso siento que no valgo nada” (P4). Aspectos como estos no les permite avanzar en su proceso y la apreciación sobre sus vidas se mantendrá negativa.

Riesgo frente al suicidio

Cabe agregar que las adolescentes presentan signos de alarma sobre la conducta suicida, dado que uno de los factores que inciden en ella y son una alerta temprana para la prevención de esta son la desesperanza y la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año. (Ministerio de salud, s.f.). Si bien, las adolescentes no todo el tiempo manifiestan deseos de terminar con su vida, la desesperanza es un factor fundamental e influyente en los pensamientos suicidas, aunque muchas no puedan consumar el suicidio, el Ministerio de Salud (2018) refiere que las ideaciones suicidas se sitúan en la primera fase del suicidio, situándose en la segunda fase el plan suicida y en la tercera fase se encuentra el intento suicida.

En este propósito, es considerable tener en cuenta que cualquier individuo puede llegar a sentirse desesperanzado, es algo normal, sin embargo, Blanco (2020) señala que la desesperanza se convierte en un problema cuando la persona que lo padece sufre de manera frecuente y sus pensamientos y sentimientos se mantienen negativos, lo que quiere decir que la desesperanza se manifestará en un problema significativo en la salud mental de las adolescentes.

Por otro lado, en las adolescentes se encontró que el 83% representan un alto índice de mayor riesgo suicida, es decir, las adolescentes son propensas a la manifestación de conductas suicidas. Dentro

de las narrativas de las adolescentes, se destacan frases como “a veces espero que sea de noche para ahorcarme con la sábana, pero llegan los formadores y nos salvan” (P9), “he planeado morirme desde hace mucho tiempo, pero acá no se puede porque mantienen pendientes de uno” (P12), “ hay días en los que prefiero estar muerta que seguir recordando todo lo que me pasó” (P4), tal como se observa, las adolescentes por medio de sus relatos transmiten indicadores de riesgo frente a la conducta suicida.

Mansilla (2010) destaca que las personas que son vulnerables frente al riesgo suicida presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro y respecto a su salud mental, específicamente en la etiología psicológica de las personas vulnerables al suicidio, manifiesta que los factores influyentes son el fracaso en el manejo de las relaciones interpersonales, altos niveles de desesperanza en relación al futuro y mala regulación del afecto, tal como los presentan las adolescentes institucionalizadas, quienes se caracterizan por tener rasgos de personalidad hostiles, impulsivas y con sentimientos de ira frente a la vida, comentando “cuando recuerdo todo lo que viví, me pongo agresiva hasta con los formadores y entro en crisis” (P9) .

Antecedentes vitales estresantes y consecuencias

Las adolescentes han vivido una serie de acontecimientos vitales estresantes los cuales son factores de riesgo para el ajuste adolescente como lo especifica (Estévez et al., 2011). Las adolescentes han vivenciado en su infancia y parte de su adolescencia eventos traumáticos que han perjudicado su salud mental.

Todas las adolescentes que se encuentran institucionalizadas tienen diversas historias de vida con referencia a abuso sexual, maltrato físico e intento de homicidio, abandono por parte de alguna figura significativa, evidenciar violencia intrafamiliar entre sus progenitores, privación de sus derechos como lo es la alimentación, el estudio, entre otras, las cuales han llevado a las adolescentes a autolesionarse, consumir sustancias psicoactivas, desarrollar ciertas patologías como ansiedad o depresión.

Al no contar con una red de apoyo, las adolescentes han presentado sentimientos de rechazo, indefensión, labilidad emocional, desprotección e inseguridad, que en la actualidad las llevan a tener comportamientos agresivos con otras personas, como también hacia su persona, para ser más precisos a la institucionalización se le atribuye la ruptura de los vínculos con sus figuras parentales o de cuidado, y posibles efectos psicológicos como los planteados por Delgado et al. (2012), quienes refieren que “un mayor tiempo en acogimiento residencial se asocia a mayores problemas de conducta y agresividad” (p.167). Por lo cual este tipo de agresividad puede ser reactiva, lo que quiere decir que si se percibe una amenaza surge una activación emocional intensa con altos niveles de impulsividad, hostilidad y déficit del procesamiento de la información, siendo un elemento clave para accionar sin premeditar las posibles consecuencias, este es un detonante que pone en riesgo a las jóvenes ya que se ha evidenciado en las entrevistas sentimientos de ira y frustración contenidas, cuando recuerdan su entorno familiar y la falta de apoyo así mismo la privación de la libertad las lleva a pensar y tomar conductas disruptiva, atentando hacia su integridad física.

Carencia de red de apoyo familiar

Las adolescentes en sus discursos han manifestado reiteradamente sentimientos de rechazo que sus padres les transmitían, como en los siguientes casos “por el trato que recibía, parecía como si no me quisieran a mí ni a mi hermana” (P1), “mi papá no me quería y yo lo sé por cómo me trataba, por eso hoy me encuentro en esta fundación” (P8). Por otro lado otras participantes expresaban la carencia de apoyo familiar desde la tristeza y el dolor que ha causado dicha ausencia, manifestando “me siento triste al pensar en mis padres, siento que no sé cómo aliviar el dolor, pienso mucho en ellos” (P6), “pues me siento bien, pero a veces me da mucha tristeza no poder estar con mi mamá” (P11), por lo tanto, la falta de apoyo que han tenido las adolescentes por parte de sus figuras significativas, no solo se percibe en su sentir, sino también en su comportamiento.

Tanto la tristeza como los sentimientos de ira son emociones negativas que ya han adoptado las adolescentes en su vida, y estos sentimientos generan una emoción secundaria, como lo es la frustración. De acuerdo a la teoría Dollard (1939) cuando una persona no logra materializar sus deseos, se halla una interferencia en la secuencia del comportamiento, cuanto mayor es la frustración, más intensa es la agresión resultante, puede ser de tipo verbal o físico, las posibles consecuencias de estos actos es generar dificultad en las jóvenes en la manera de establecer relaciones interpersonales positivas, a su vez ocasionando problemas de salud mental como lo es ansiedad, depresión entre otras.

Vulnerabilidad en los derechos fundamentales

Unicef (2006) recalca que ejercer cualquier tipo de violencia sobre un NNA, desencadena fuertes emociones en ellos como miedo, tristeza, resentimiento, rabia, impotencia, desamparo y a su vez afecta su autoestima. Todo menor de edad expuesto a este tipo de conductas asimilará que los problemas se solucionan con violencia y aplicarán este actuar en todos los aspectos de su vida, adicionalmente los NNA a causa de esta misma vulnerabilidad se muestran en la sociedad poco independientes y con tendencia al abuso de sustancias nocivas para la salud. Algunos relatos de las participantes que dan cuenta de su vulneración fueron “a mi mamá no le importaba si yo estudiaba o comía, tampoco le interesaba si yo era feliz” (P5), “mi papá me dejaba aguantar hambre, me colocaba hacer todo lo de la casa” (P9), “en mi casa se escuchaban muchas groserías, era un ambiente horrible” (P2), “mi hermana y yo estuvimos casi que desnutridas” (P1). Lo anterior permite evidenciar que las adolescentes tenían vulnerados el derecho a la integridad personal, ambiente sano, salud y educación.

Por otro lado, siete adolescentes expresaron abuso sexual por parte de personas de su núcleo familiar, otras cinco manifestaron haber sido víctimas de maltrato físico y verbal, una se encuentra diagnosticada con depresión a causa del abandono de su padre, la mayoría de las jóvenes cuentan con la misma particularidad de abandono, en contraste con los eventos actuales estresantes, se observan secuelas del pasado que generan un malestar psicológico bastante marcado, la mayoría comunicó que

se han vuelto agresivas a razón de esos sucesos pasados, cierto grado de desesperanza hacia su presente y su futuro, abuso de sustancias psicoactivas, agobio por el encierro y frustración al no poder modificar el pasado.

Algunos factores de riesgo presentes en las adolescentes se derivan en patologías como lo es la depresión, la ansiedad, problemas en el comportamiento, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, y eventos traumáticos.

Afianzando el análisis anterior, las adolescentes se encuentran en un estado de vulnerabilidad dada su etapa del desarrollo, siendo esta una de las más difíciles, como lo es la adolescencia de acuerdo a los cambios hormonales y la búsqueda de su identidad, cambios en el pensamiento y sentimientos, crisis cuando se presentan problemas en su entorno familiar o social, los adolescentes en un estado de desesperanza muchas veces piensan en el suicidio, como una alternativa de solución a sus conflictos.

Maltrato por violencia intrafamiliar

Las adolescentes han sufrido diferentes tipos del maltrato desde el físico y verbal hasta el abuso sexual, los cuales afectan de manera contundente el bienestar psicológico de las adolescentes, expresiones como “cuando yo tenía 5 años me violaron” (P2), “donde me cuidaban me violaron” (P3), “la violación que viví me llevó a consumir drogas” (P4), “mi familia me daba mucho maltrato físico y mi tía me echó de la casa” (P6), “mi papá abusó de mi sexualmente” (P7), “mis papás me maltrataban mucho, un día me intentaron ahorcar” (P8), “mi mamá me abandonó y mi papá me pegaba muy feo, me quemaba, me maltrataba, me colocaba hacer todo lo de la casa, me dejaba aguantar hambre, una vez casi me mata” (P9), “Mi papá maltrataba a mi mamá y cada vez que llegaba borracho me pegaba a mí y a mis hermanos hasta que un día me violó” (P10), “Cuando yo estaba pequeña un tío me violó” (P11).

Los discursos anteriores hacen referencia al maltrato por los que fueron sometidas, evidenciándose una desprotección a temprana edad, adicionalmente como lo expresa Van den Dries, 2009 (como se citó en Daza y Parra, 2013) “las experiencias de malos tratos, privación y abandono en los

primeros meses de vida pueden tener consecuencias duraderas para la organización del apego” (p. 798). Es decir que los NNA que fueron abandonados, no recibieron ningún tipo de apoyo emocional por parte de sus progenitores o figuras principales, en base a la teoría de Bowlby, desarrollan un apego desorganizado, en el cual presentan comportamientos contradictorios e inadecuados, pérdida de confianza o miedo hacia los cuidadores y a nivel emocional poseen una alta carga de frustración e ira. (Vergara, s.f.)

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son utilizadas como método de estudio de la manera que cada individuo enfrenta las diferentes adversidades que se presentan en su diario vivir, existiendo múltiples formas de afrontamiento que ayudan al ser humano a desarrollar capacidades de resolución de conflictos y de resiliencia. Cada individuo percibe el mundo de manera diferente, por lo cual cada persona tiende a afrontar la vida a su manera dependiendo de los recursos con los que cuenta. Autores como Lazarus y Folkman (citado por Cano, et al. 2007) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que mantienen en cambios constantes, desarrollándose para manejar las demandas específicas externas o internas. Es decir que la forma en que un individuo afronta las diferentes circunstancias de la vida tiene relación con la parte interna desde la manera en la que ve la vida hasta donde y como es lo que lo rodea, por lo tanto, no es igual la capacidad de afrontamiento con la que cuenta un adolescente en casa con papá y mamá a la de un adolescente institucionalizado lejos de casa.

Las adolescentes institucionalizadas son una población vulnerable que han sido víctimas de abuso sexual, maltrato y abandono, por ende, sus estrategias de afrontamiento se pueden ver afectadas por los acontecimientos vitales y el entorno que les rodea, manifestando las participantes que los acontecimientos vividos a lo largo de la vida las han llevado a encontrar como solución a sus problemas malas decisiones y entre ellas pensamientos suicidas.

Estrés como factor de riesgo para las estrategias de afrontamiento

Como uno de los factores de riesgo para la capacidad de encontrar estrategias de afrontamiento apropiadas, se detectó el estrés, dando a conocer las beneficiarias que a la hora de sentirse estresadas se les dificulta poder actuar o pensar en una estrategia oportuna ante una situación adversa. Como lo menciona Folkman en su teoría, el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno que pueden afectar el bienestar psicológico como las estrategias de afrontamiento (citado por Berra, et al. 2014). Siendo el estrés uno de los factores que frecuentemente presentan las beneficiarias de la institución, debido al encierro y la poca información que saben de sus familiares, detonando esto crisis y controversia con ellas mismas.

Dicho lo anterior se puede decir que el estrés como factor de riesgo para las estrategias de afrontamiento es uno de los factores que deben tratarse para minimizar la ideación suicida ya que dentro de la institución se presentan factores estresantes para las beneficiarias, algunos relatos que se destacan de la entrevista son “el encierro me llena de estrés y ansiedad por eso siempre hago locuras, salto malla cada rato, me autoagredo y motivo a mis amigas a qué dañemos las cosas”(P9) , “el no querer estar en este lugar me da estrés” (P10), “no saber nada de mi familia y no poder hacer lo que quiero me genera estrés y por eso me porto mal” (P11), “tener que tomar medicamentos que me producen sueño me da estrés y me vuelvo agresiva con las enfermeras” (P12).

Estado emocional como factor de riesgo para las estrategias de afrontamiento

Por otro lado, es importante mencionar que el estado emocional en que se encuentran también es un factor que influye en las estrategias de afrontamiento, expresiones como “cuando me siento triste no puedo encontrar una buena solución a mi problema por eso reacciono siempre mal y hago daños” (P9), “cuando tengo rabia siempre me desquito con los demás y luego pienso en que hice mal” (P12), por lo tanto experimentar emociones como tristeza, rabia o ansiedad (que el individuo no logra regular) puede evocar fisiológicamente reacciones intensas, reportando ideas autolesivas que pueden

desencadenar en una conducta suicida (Berra et al., 2014. p. 14). Pudiéndose determinar que el estado emocional en el que se encuentran las beneficiarias influye a la hora de poder elegir las estrategias de afrontamiento.

Preocupación

La estrategia más utilizada por las adolescentes beneficiarias fue la escala de afrontamiento 4 (preocuparse), lo cual no es una estrategia que ayude a la resolución de conflictos tanto internos como externos, puesto que la preocupación lleva a un individuo al estrés al no encontrar una solución a una situación o problema por la que se esté atravesando, poniéndose en evidencia que las beneficiarias no cuentan con una estrategia de afrontamiento adecuada que ayude a mitigar los pensamientos suicidas.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, se puede decir que las estrategias de afrontamiento son de gran importancia en la vida de un individuo y no contar con estas puede traer un desequilibrio en la salud mental. Los adolescentes que utilizan y conocen la manera de afrontar sus adversidades de manera pertinente o que estén dirigidas a la resolución de problemas, presentarán un adecuado equilibrio emocional, lo que generará un bienestar en la salud mental (Uribe et al., 2018). Según lo anterior, se ve pertinente que dentro de la institución se implementen estrategias de afrontamiento de resolución de conflictos para la mejora del fenómeno que se encuentra dentro de esta.

Distracción física

Cabe agregar que en la evaluación de la escala de afrontamiento para esta investigación no solo se centró en los resultados más altos sino también en la escala de afrontamiento con menor puntaje, la cual se sitúa en la escala de afrontamiento 18 (Distracción física), siendo este un factor importante para la implementación de una buena salud mental, debido que, según Barbosa y Urrea (2018) “la práctica físico-deportiva produce liberación de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés. Por ende, cualquier tipo de actividad física, ya sea de bajo o alto impacto, liberan

estas sustancias que actúan directamente sobre el cerebro produciendo sensación de bienestar y relajación inmediata”. (p. 4). Según lo citado, la actividad física beneficia en múltiples aspectos a la salud mental, de no implementarse y utilizar estrategias pertinentes, no es posible la mitigación o reducción del estrés y la preocupación. Las adolescentes manifestaron que “las actividades deportivas son opcionales así que nosotras por allá no vamos” (P11), “yo prefiero quedarme escuchando música con las muchachas” (P10), “a mí no me gustan las actividades deportivas” (P9). Resulta lamentable que se haya obtenido una baja puntuación en este ítem, dado que esta es una herramienta muy útil para la dispersión de las beneficiarias, ayudándolas a ocupar el tiempo libre en acciones que beneficien su salud mental y de esta manera poder disminuir los pensamientos negativos y las acciones autolesivas.

Plan de intervención para la prevención del riesgo suicida

La propuesta del plan de intervención (Documento adicional) es con el propósito de prevenir el riesgo suicida, dado que las ideaciones suicidas están encaminadas al acto consumado, también para la promoción de la salud mental de las participantes. Cabe agregar que el plan se diseñó desde el modelo cognitivo conductual, incluyendo las estrategias de afrontamiento más utilizadas y menos utilizadas por las participantes.

El enfoque cognitivo conductual es utilizado para tratar diversas patologías de manera eficaz, ya que contribuye a la toma de conciencia sobre los pensamientos negativos y así mismo a la modificación de la conducta para poder hacer frente a situaciones exigentes o estresantes de la vida, Moragón (2018) refiere que “los pensamientos tienen efectos adversos sobre las emociones y en la conducta, por lo que su reestructuración puede mejorar el estado de la persona” (párr. 6). Las terapias abordadas desde el enfoque cognitivo conductual resultan útiles para abordar desafíos emocionales, como por ejemplo superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia. Autores como Guerra y Barrera (2017) señalan que diversas investigaciones realizadas en países como Chile y Estados Unidos, han evidenciado la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) centrada en el trauma, indicando

que la TCC “es uno de los tratamientos adecuados para tratar las consecuencias adversas del abuso sexual” (p. 2). Teniendo en cuenta que las adolescentes tienen episodios de crisis por el maltrato vivenciado, la mayoría del tiempo recuerdan los abusos por los que fueron sometidas, además la carencia de una red de apoyo, es por ello que el problema sobre el riesgo suicida se mantiene.

Ahora bien, la intervención grupal es pertinente debido a que las adolescentes presentan o afrontan problemas similares, como experiencias de abuso sexual, abandono y maltrato por sus familiares. En lo que respecta a los beneficios de la terapia en grupo, Ruiz (s.f.) destaca que la terapia grupal ayuda a consolidar redes de apoyo, contribuye a que las personas entre sí se sientan motivadas y ayudan a romper con creencias, además, la terapia grupal permite trabajar en las habilidades sociales, debido a la interacción con los demás.

Por otro lado, Ortíz, 2013 (como se citó en Corcuera e Iglesias, s.f.) expuso que la terapia cognitivo conductual ha impactado de manera positiva teniendo una eficacia del 90% a la hora de reducir patologías ligadas a la depresión, la cual es considerada como un factor de riesgo suicida. Los beneficios que tienen las jóvenes después de empezar a trabajar estas actividades, es que serán más conscientes del problema que afecta su realidad personal, gracias a la guía por parte de las psicólogas, y las técnicas anteriormente mencionadas, adicionalmente las adolescentes ya tendrán conocimiento sobre determinadas técnicas que podrán implementar por su propia autonomía, y así mismo cooperarían con su proceso personal, siendo un poco más independientes, logrando un bienestar psicológico de manera progresiva.

El documento se encuentra distribuido de la siguiente manera, inicialmente se abarca la introducción, donde se explica la importancia abordar el plan de intervención desde la terapia TCC, seguidamente se encuentran los objetivos, luego lo que se va a trabajar y por ultimo las 7 actividades.

Conclusiones

Después de hacer un respetivo análisis al estado de salud mental de las 12 adolescentes, por medio de las entrevistas realizadas y las pruebas aplicadas, se logró identificar que la salud mental de las jóvenes se encuentra en riesgo, dado que las emociones que predominan en ellas son negativas y refuerzan la ideación suicida. A lo largo de la investigación se determinó que los antecedentes (abuso sexual, maltrato y vulneración de derechos) vivenciados por las participantes son significantes para adquirir alteraciones y desequilibrios emocionales, los cuales pueden desencadenar en trastornos como la depresión y la ansiedad; no obstante, aunque los antecedentes juegan un papel importante en la ideación suicida que presentan las participantes, se les atribuyen otros factores que resultan importantes: si bien es cierto que ser abusado sexualmente o maltratado física y verbalmente, son eventos que difícilmente se logran superar, a las adolescentes se les añade la carencia de una red de apoyo familiar, es decir, no solo atravesaron por una experiencia traumática en su niñez y parte de su adolescencia, sino que también fueron retiradas de su familia, quienes no fueron garantes de sus derechos, por el contrario, sus familiares eran una amenaza para ellas.

De acuerdo a las estrategias de afrontamiento se determina que las adolescentes no manejan una adecuada estrategia debido a que asumen las dificultades con excesiva preocupación generando sesgos en la resolución de conflictos, así como también problemas de salud al encontrarse constantemente en un estado de alerta.

Es comprensible el dolor y el sufrimiento que sintieron las jóvenes al haber experimentado ciertas adversidades a tan corta edad, edad en la que los progenitores o figuras principales juegan un papel importante, dado que están desarrollando su identidad y forjando vínculos afectivos, además de la aparición de cambios físicos, por lo tanto, es una etapa en la que se necesita contar con las figuras de apego, puesto que Bowlby, señala que estas son una base de seguridad en la vida de un infante y la separación con una figura de apego, puede desencadenar a futuro problemas para relacionarse con los

demás (citado por Vergara, s.f.). Dicho lo anterior, las figuras de apego aportan confianza y seguridad en la crianza, pero fueron esas figuras principales quienes les hicieron daño y marcaron un antes y un después en sus vidas, generando en ellas una desesperanza hacia su futuro y desconfianza ante la sociedad, es por ello que algunas presentan conductas disruptivas inadecuadas, destacando principalmente el deseo que presenta cada una de querer terminar con ese sufrimiento, en pocas palabras, anhelando la muerte, teniendo la creencia de que es la mejor solución.

En conclusión, la salud mental de las adolescentes se encuentra afectada debido a los pensamientos suicidas, los cuales han surgido a raíz de la violencia sexual, física y verbal, también por la carencia de afecto por parte de sus figuras principales, al sentirse excluidas por la sociedad y por la sensación de no haber gozado de una plenitud personal en sus etapas más vitales, creando mecanismo de defensa.

El plan de intervención contribuye en las jóvenes para reducir las ideaciones suicidas y con ello ciertas conductas autolíticas, que generan daño para ellas mismas, remplazando estas conductas por conductas más proactivas para su salud mental y física.

Recomendaciones

Las principales recomendaciones derivadas del estudio se resumen en:

Una de las posibles limitaciones se encontró en el contexto, puesto que las investigaciones existentes en NNA ninguna se encuentra direccionada en instituciones modalidad internado por lo cual fue uno de los retos, al ser la primera investigación nacional en este contexto.

- Es necesario y urgente capacitar al personal de dichas fundaciones o instituciones en la detección de riesgo suicida, es decir transmitir conocimientos a los funcionarios para identificar a tiempo diversos indicadores de alerta que permitan las ideaciones suicidas y actuar debidamente frente a señales y alertas.

- Establecer políticas internas como organización en cuanto a la pronta identificación de trastornos o conductas inusuales, para el inicio temprano del tratamiento, tales como síntomas clínicos como impotencia, desesperación, ansiedad severa, baja autoestima y adicción a los rasgos de personalidad, impulsividad e inestabilidad, entre otros.
- Realizar informes anuales de los factores de riesgo que inciden en la ideación suicida de las adolescentes institucionalizadas para así poder conocer su variabilidad y modificar las intervenciones futuras atendiendo a las nuevas necesidades.
- Favorecer los lineamientos y políticas que se plantean bajo el ministerio de salud en base a acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales.
- Implementación de estrategias por parte del equipo psicosocial y educativo de la fundación para fortalecer las redes de apoyo al interior de la institución.
- Se recomienda para futuras investigaciones poder implementar más sesiones que permitan trabajar cada hallazgo negativo que se obtenga en la investigación, respecto a la última tentativa de suicidio.

Se plantean estas recomendaciones, las cuales no solo son un derecho sino también una necesidad para garantizar un tránsito de vida saludable y significativo que a su vez contribuya a la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Paidós Educador. Recuperado de [https://www.academia.edu/21894513/ La Adolescencia Normal Aberastury Knobel Parte I](https://www.academia.edu/21894513/La_Adolescencia_Normal_Aberastury_Knobel_Parte_I)
- Álamo C., et al. (2019). *Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Santiago de Chile. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200167#:~:text=La%20desesperanza%20se%20entiende%20como,predictor%20de%20suicidio%20efectivo12.
- Alliaga, J., et al. (2006). *Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas*. Facultad de psicología, revista IIPSI. Recuperado de [Dialnet- EscalaDeDesesperanzaDeBeckBHSadaptacionYCaracteris-2238209.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238209)
- Barreto Alfonso. (2 de diciembre del 2020). Escala de afrontamiento para adolescentes- conferencia de Alfonso Barreto. [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=2NlcwmhuYpcx>
- Basaluzzo, S., et al. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <file:///C:/Users/leidi/Downloads/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Berra E., et,al. (2014). *Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Recuperado de. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80230114003.pdf>
- Blanco, E., (2020). *Desesperanza*. PERSUM. Recuperado de <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/#:~:text=Consecuencias%20de%20sentirse%20desesperanza&text=Las%20personas%20depresivas%20manifiestas%20sentimientos,Baja%20motivaci%C3%B3n>
- Barbosa y Urrea. (2018). *Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental*. Revista KATHARSIS. <file:///F:/Users/LILI/Downloads/Dialnet-InfluenciaDelDeporteYLaActividadFisicaEnElEstadoDe-6369972.pdf>

- Cano F., et al. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Facultad de Psicología - Universidad de Sevilla. Recuperado de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/56854/Preprint_2007_Adaptaci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola%20del%20Inventario%20de%20Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 10 de abril de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es
- Chávez et al. (2017). *Prevención del suicidio en adolescentes institucionalizados vulnerables*. *Jóvenes en la ciencia*, 3(2), 408-412. Recuperado de <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1745>
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata, S.L. (Edición actualizada. Madrid, España. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=94Od90KAzNYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Coleman+y+Hendry,+2003,&ots=loGy2GbzPI&sig=cy3tZ02abTW4yyqnDADla3Cquxo#v=onepage&q=Coleman%20y%20Hendry%2C%202003%2C&f=false>
- Colorado, et al. (2019). *Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342019000300145
- Corcuera, E., e Iglesias, N. (s.f.). *Intervención Cognitiva Conductual En El Abordaje Terapéutico En La Depresión Como Factor De Riesgo En El Suicidio De Adolescentes*. Artículo de revisión <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/3298/1/DDEPCEPNA21#:~:text=Dentro%20de%20las%20terapias%20efectivas,pensamientos%20y%20conductas%20a%20trav%C3%A9s>
- Cruz, L. (2011). *Sobre el acogimiento residencial y las condiciones socioeducativas en las que se debe desarrollar la medida*. Obtenido de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/250063-Text%20de%20l'article-336578-1-10-20120214%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/250063-Text%20de%20l'article-336578-1-10-20120214%20(1).pdf)
- Daza y Parra. (2013). *Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000300012
- Delval, J. (1994). *El estudio del desarrollo humano*. Recuperado de <http://bloguamx.byethost10.com/wp-content/uploads/2015/04/estudio-desarrollo-humano-delval.pdf?i=1>
- De Bedout. (2008). *Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico*. Medellín, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
- Delgado et al. (2012). *Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales*. Obtenido de <http://reined.webs.uvigo.es/index.php/reined/article/view/141>
- Di-Colloredo, et al. (2006). *Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento*. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Dollard, J. (1939). *¿Qué es la teoría de la frustración-agresión?*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-la-teoria-de-la-frustracion-agresion/>

- Eguiluz Romo, L., y Ayala Mira, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. Recuperado de <https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/71>
- Estévez, et al. (2011). *Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación*. Sevilla, España. Scielo. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a04.pdf>
- Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Revista Butlletí La Recerca*, 1-13. <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/analisis-datos-cualitativos.pdf>
- Fernández, M., y Fernández, A. (2013) *Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados*. Scielo. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000300012
- Forero Orjuela, L. K., y García Hernández, J. (2015). *Interrelación entre conductas suicidas y maltrato en adolescentes que ingresaron a la Fundación Salud Bosque en la ciudad de Bogotá durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015*. Universidad del Bosque. Recuperado de https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5383/Forero_Orjuela_Lady_Katerine_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- FSV. (s.f.). *Abriendo mentes cerrando estigmas*. Recuperado de <https://www.sinapsisvital.org/>
- Garbi, S., y Grasso, C. (2016). *“Infancia institucionalizada: Representaciones y Prácticas profesionales*. Obtenido de http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/107/2015/04/GARBIGRASSOMOURE_CONOCIMIENTO.pdf
- García, C. & Bahamón, M., (s.f.). *Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida*. Recuperado de <file:///C:/Users/leidi/Downloads/Administrador%252C+4.pdf>
- Garza, S., (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2019000200228
- Gavin, M. (s.f). Elegir tu estado de ánimo. KidsHealth. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/teens/choose-mood.html>
- Gobierno Nacional de Colombia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (s.f). ABC Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados o vulnerados por causa de la violencia. Tomado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/abc_violencia_contra_los_ninos_ninas_y_adolescentes.pdf
- Gobierno de Colombia. (2018 – 2030). Política Nacional de Infancia y Adolescencia. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia_2018_-_2030.pdf
- Griffa, M. & Moreno, J. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo: adolescencia, adultez y vejez*. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/139853>
- Guerra, C. y Barrera, P. (2017). *Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma*. *Revista de psicología*. Viña del Mar, Chile. <file:///C:/Users/leidi/Downloads/47952-229-170952-1-10-20180131.pdf>
- Hernández, R. Fernández y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Educación.

- ICBF. (2010). Resolución 5929 de 2010. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_5929_2010.htm#:~:text=c\)%20Vulneraci%C3%B3n%3A%20Es%20toda%20situaci%C3%B3n,los%20ni%C3%B1os%2C%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_5929_2010.htm#:~:text=c)%20Vulneraci%C3%B3n%3A%20Es%20toda%20situaci%C3%B3n,los%20ni%C3%B1os%2C%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes)
- ICBF. (2016). Proceso gestión para la protección restablecimiento de derechos. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm3.p_lineamiento_tecnico_ruta_actuaciones_para_el_restablecimiento_de_derechos_nna_v1.pdf
- ICBF. (2018). *Una aproximación al suicidio de niños, niñas y adolescentes en Colombia*. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf
- ICBF. (2020). Informe de gestión 2020. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_icbf_2020.pdf
- IMEP. (s.f.). *¿Qué es un evento y cómo se puede clasificar?* <https://www.protocoloimep.com/articulos/que-es-un-evento-y-clasificacion/>
- INSPIRA. (2021). El suicidio: ¿Qué es la ideación suicida? INSPIRA: Salud Mental. Recuperado de <https://www.inspirapr.com/post/que-es-la-ideacion-suicida#:~:text=La%20ideaci%C3%B3n%20suicida%20pasiva%20ocurre,la%20planificaci%C3%B3n%20de%20c%C3%B3mo%20hacerlo>
- Ley 1098 del 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Noviembre 8 del 2006. Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- Ley 1616 de 2013. “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ley 1719 de 2014. “Garantiza el acceso a la justicia de las víctimas de abuso sexual”. http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/publicaciones/Derechos-victimas-violencia-sexual-Ley_1719.pdf
- Ley 1878 de 2018. Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y se dictan otras disposiciones. Enero 9 2018. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1878_2018.htm
- Longo, B. (2020). *Qué es la emoción en psicología*. Psicología Online. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-emocion-en-psicologia-5186.html>
- Mansilla, F., (2010). *La conducta suicida y su prevención*. Psiquiatría integral. Recuperado de <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=241>
- Masias M., et.al.(2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Ministerio de salud. (2018). *Boletín de salud mental: Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Ministerio de salud. (s.f.). *Prevención del suicidio*. Ministerio de salud, la salud es de todos. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/suicidio.aspx>

- Moragón, S. (2018). *Ventajas y desventajas de la terapia cognitivo conductual*. Psiky. <https://www.psyky.es/practica-clinica/terapia-cognitivo-conductual/ventajas-desventajas/>
- Navarro, C. (2021). *Entre enero y octubre se registraron 2.122 suicidios en Colombia*. Caracol Radio. Recuperado de https://caracol.com.co/radio/2021/12/29/judicial/1640806209_803120.html
- OMS. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Orcasita y Uribe. (2010). *Importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
- Pérez et al. (2014). *Maltrato familiar asociado a la ideación y acto suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497551994007>
- Pérez et al. (2017). *Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia*. Diversitas: Perspectivas en Psicología. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982017000100091
- PJGROUP. (2022). Informe Psicológico. Para qué sirve y cómo realizarlo. Perito Judicial Group. Recuperado de <https://peritojudicial.com/informe-psicologico/amp/>
- Pruthi, et al. (2021). *La salud de adolescentes y preadolescentes*. MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/in-depth/teen-suicide/art-20044308>
- Rey et al. (2019). *Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes*. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud. Recuperado de https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/40228/da%c3%b1o_vigara_RIECS%202019%2c%20v.%204%2c%20n.%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, O. (2019). *Mesa pública: Regional Vaupés, centro zonal de Mitú*. (ICBF). https://www.icbf.gov.co/system/files/mesa_publica_-regional_vaupes-cz_mitu.pdf
- Ruiz, B. (s.f.). Los siete beneficios de acudir a terapia en grupo. Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/beneficios-acudir-terapia-grupo>
- Sánchez, M. (2021). *La escala de desesperanza de Beck es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados, con aplicación en diversas áreas del ámbito clínico e investigativo*. Mente y ciencia. Recuperado de <https://www.menteyciencia.com/escala-de-desesperanza-de-beck-principios-y-aplicacion/>
- Santa, C., (s.f.). *La terapia cognitivo-conductual aplicada a casos de ideación suicida*. Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual-ideacion-suicida>
- Tabares, A., et al. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664448014/459664448014.pdf>
- Unicef. (2006). *Criar sin violencia*. Obtenido de <https://tratobien.org/consecuencias.html>
- Unicef. (2020) *¿Qué es la adolescencia?* Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Uribe, A., et al. (2018). *La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una muestra escolarizada de adolescentes*. Scielo. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372018000200440&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Vásquez, C. y Fernández, J. (2016). Adolescencia y sociedad. La construcción de identidad en tiempos de inmediatez. Recuperado de <file:///C:/Users/leidi/Downloads/1477-5037-1-PB.pdf>

Vásquez y Pajares. (2015). Relación entre ideación suicida y bienestar psicológico en las adolescentes tuteladas del Hogar Belén de Cajamarca 2015. Universidad de Cajamarca. Cajamarca Perú
<https://1library.co/document/zw351w0y-relacion-ideacion-suicida-bienestar-psicologico-adolescentes-tuteladas-cajamarca.html>

Vergara. (s.f.). *John Bowlby y La teoría del apego*. Actualidad en psicología
<https://www.actualidadenpsicologia.com/bowlby-teoria-apego/#:~:text=Inicialmente%20Bowlby%20sugiri%C3%B3%20que%20el,interrupci%C3%B3n%20podr%C3%ADa%20tener%20graves%20consecuencias.>

Wohlgemuth, P., (2022). *Suicidios en Colombia alcanzaron su pico en 2021*. El Colombiano. Recuperado de <https://www.elcolombiano.com/colombia/suicidios-alcanzaron-su-pico-en-2021-como-prevenirlos-HE16306809>

Anexos

Anexo 01. Carta de aprobación para la ejecución de la investigación



FUNDACIÓN SINAPSIS VITAL
 NIT. 900497719-4
 Personería jurídica Resolución 4943 del 19 de Septiembre de 2014
 Email: fundacionsinapsisv@gmail.com
 Guacarí, corregimiento de Guabitas, sector la Armonía casa 1

Guadalajara de Buga, 16 de febrero de 2022

Señores

Programa de Psicología Centro Regional Buga

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Atención: Viviana Gómez Cabal

Líder de Investigación Programa de Psicología

REF.: Aprobación para ejecución de investigación.

Cordial saludo.

Con el presente apruebo la realización de la investigación denominado: **Riesgo suicida, un fenómeno latente en instituciones de sanidad mental**, a cargo de las estudiantes **Leydi Marcela Restrepo López, Ingrid Dayana Muñoz Ramírez y Natalia Prieto Azcarate**, trabajo que será realizado en la **Fundación Sinapsis Vital**, y en el cual se aplicarán instrumentos para la recolección de datos como cuestionarios, escalas y test de evaluación psicológica, así como la realización de entrevistas y grupos focales.

Así mismo, comprendo que el producto final de la investigación consistirá en documento académico lo que implica que:

1. Será publicado en repositorio institucional y/o en diferentes medios de divulgación científico-académica.
2. Las publicaciones implican que cualquier persona puede consultarlo vía Google.
3. Es posible que el documento y presentaciones describan dinámicas institucionales internas.
4. El documento puede tener evidencias fotográficas y documentales de libre acceso del ejercicio de investigación.
5. La presente aprobación también será de libre acceso.

Atentamente,

Nombre: Manuel Ricardo Rodríguez

Cargo: Representante Legal

Correo: Fundacionsinapsisv@gmail.com

Celular: 3218307206

Anexo 02. Diseño de entrevista

Datos generales

-Edad -Sexo -Escolaridad

Lugar de residencia anterior (ciudad)

Quiénes componen tu núcleo familiar - Que hace cada uno de ellos (ocupación, escolaridad, edad)

Preguntas orientadoras primer encuentro

Pregunta:	Objetivo	Base teórica
¿Tiempo que lleva en la institución?	Detectar como el aislamiento familiar, ha influido en su situación emocional y cognitivo-conductual actual	Según Goffman (1984), citado por Garbi y Grasso (2016) los infantes institucionalizados que permanecen en lugares de residencia aprenden a convivir con un gran número de individuos en igual condición, se encuentran aislados socialmente por un período considerable, compartiendo su encierro en una rutina diaria, en la que se les brinda una formación. Por otro lado, Cruz (2011) refiere que diversos estudios desde el año 1940, han demostrado que el acogimiento institucional desencadena en consecuencias psicológicas y sociales, puesto que existe una falta total o parcial de afecto y apoyo por parte de figuras que son clave para el desarrollo del niño, generando en él sentimientos de desamparo, inseguridad e insatisfacción.
¿Motivo por el cual se encuentra internada?	Identificar las situaciones, que contribuyeron a la institucionalización de las adolescentes.	Fernández y Fernández (2013) explican que “Los niños institucionalizados son producto de la pobreza, el desarraigo, las familias disfuncionales, la orfandad, la carencia de lazos afectivos, el estrato social bajo, el maltrato, la enfermedad, la soledad, nexos familiares inmersos en la desprotección o el abandono”. (párr. 4)
¿Actualmente recibes visita de familiares o amigos? SI – NO. Si es si, quienes te visitan. Si es no, que te hace pensar el por qué no te visitan	Conocer si las adolescentes cuentan con red de apoyo.	Los vínculos que se forman con el núcleo familiar, los amigos, vecinos, compañeros de trabajo o sentimentales, son redes sociales que finalmente se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales, son fundamentales para la salud y el bienestar tanto físico como emocional del individuo. (Orcasita y Uribe, 2010)
Cómo se siente de 1 a 10 con: -La institución -Personal que la atiende -Compañeras -Actividades que desarrollas	Describir el sentir emocional de las adolescentes con cada uno de los elementos, que conforman su contexto actual.	Según Fernández y Fernández (2013), algunas investigaciones indican que los cuidados de las instituciones pueden variar debido a la cantidad de niños que los cuidadores tienen a su cargo, impidiéndoles dar una atención individualizada llevándolos esto en muchas ocasiones a vulnerar los derechos de los niños. Es por ello que las adolescentes, debido a la cantidad de beneficiarios que residen en la fundación, sienten que la convivencia es difícil.

Anexo 03. Escala de riesgo suicida de Plutchik

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inobservable?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonar todo?	SI	NO
9. ¿Estas deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado o viudo?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

Anexo 04. Escala de desesperanza de Beck

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK		
1. Esperas el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograre		
Puntuación final		

Anexo 05. Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes

Item	Reactivo
1.	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema
2.	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema
3.	Sigo con mis tareas como es debido
4.	Me preocupo por mi futuro
5.	Me reúno con mis amigos más cercanos
6.	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan
7.	Espero que me ocurra lo mejor
8.	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada
9.	Me pongo a llorar y/o gritar
10.	Organizo una acción en relación con mi problema
11.	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema
12.	Ignoro el problema
13.	Ante los problemas, tiendo a criticarme
14.	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)
15.	Dejo que Dios me ayude con mis problemas
16.	Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves
17.	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo
18.	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.
19.	Practico un deporte
20.	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente
21.	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades
22.	Sigo asistiendo a clases
23.	Me preocupo por buscar mi felicidad
24.	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)
25.	Me preocupo por mis relaciones con los demás
26.	Espero que un milagro resuelva mis problemas
27.	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)
28.	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas
29.	Organizo un grupo que se ocupe del problema
30.	Decido ignorar conscientemente el problema
31.	Me doy cuenta de que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas
32.	Evito estar con la gente
33.	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas
34.	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas
35.	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas
36.	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades
37.	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud
38.	Busco ánimo en otras personas
39.	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta
40.	Trabajo intensamente (Trabajo duro)
41.	Me preocupo por lo que está pasando
42.	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)
43.	Trato de adaptarme a mis amigos

Item	Reactivo
44.	Espero que el problema se resuelva por sí solo
45.	Me pongo mal (Me enfermo)
46.	Culpo a los demás de mis problemas
47.	Me reúno con otras personas para analizar el problema
48.	Saco el problema de mi mente
49.	Me siento culpable por los problemas que me ocurren
50.	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa
51.	Leo la Biblia o un libro sagrado
52.	Trato de tener una visión positiva de la vida
53.	Pido ayuda a un profesional
54.	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan
55.	Hago ejercicios físicos para distraerme
56.	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él
57.	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago
58.	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo
59.	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar
60.	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica
61.	Trato de mejorar mi relación personal con los demás
62.	Sueño despierto que las cosas van a mejorar
63.	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos
64.	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo
65.	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo
66.	Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos
67.	Me considero culpable de los problemas que me afectan
68.	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento
69.	Pido a Dios que cuide de mí
70.	Me siento contento(a) de cómo van las cosas
71.	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo
72.	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas
73.	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema
74.	Me dedico a mis tareas en vez de salir
75.	Me preocupo por el futuro del mundo
76.	Procuró pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir
77.	Hago lo que quieren mis amigos
78.	Me imagino que las cosas van a ir mejor
79.	Sufro dolores de cabeza o de estómago
80.	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas

Anexo 06. Diseño Plan de intervención

El diseño del plan de intervención se entregará en un documento adicional (cartilla) la cual lleva por nombre “Fortaleciendo el sentido de la vida”.