

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

**Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del
embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima
Metropolitana**

Por:

Gerson Román Hilaquita Cruz

Yomira Azucena Palacios Ponce de Leon

Asesora:

Psic. Rocío Evelin Herrera Blancas

Lima, febrero de 2018

Cómo citar:

Estilo APA:

Hilaquita, G. & Palacios, Y. (2018). *Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. (Tesis de título profesional). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Estilo Vancouver:

1. Hilaquita GR , Palacios YA. Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

Estilo Turabian:

Gerson Román Hilaquita Cruz y Yomira Azucena Palacios Ponce de Leon, “Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana”. Tesis de título profesional, Universidad Peruana Unión, 2018.

Ficha catalográfica:

Hilaquita Cruz, Gerson Román

Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana/ Autores: Gerson Román Hilaquita Cruz y Yomira Azucena Palacios Ponce de Leon; Asesora: Rocío Evelin Herrera Blancas - Lima, 2018.

114 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Psicología. 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Psicología.

1. Ideación suicida. 2. Estrategias de afrontamiento. 3. Gestantes. 4. Adolescentes.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

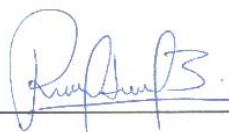
Rocío Evelin Herrera Blancas, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***“Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana”*** constituye la memoria que presentan los Bachilleres: **Gerson Román Hilaquita Cruz y Yomira Azucena Palacios Ponce de Leon**, para aspirar al título Profesional de Psicólogo ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Ñaña, a los 9 días del mes de marzo del 2018



Psic. Rocío Evelin Herrera Blancas

“Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

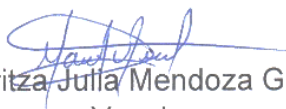
JURADO CALIFICADOR



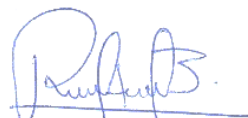
Psic. Josias Trinidad Ticse
Presidente



Psic. Guisell Vasty Merjildo Tinoco
Secretaria



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza
Vocal



Psic. Rocio Evelin Herrera Blancas
Asesora

Ñaña, 14 de febrero de 2018

Dedicatoria

En primer lugar a Dios por otorgarme el más grande tesoro
Unico, que son mis padres pacientes forjadores de mis más
Rebuscadas ambiciones y proyectos
Elogiar también a mis Hnos. por ser mi alegría y fuerza, mi
Kukito y Valkirio, que desde lejos y cerca, avanzan conmigo
Alentándome para ahora gritar juntos nuevamente...

¡Eureka... lo logramos, familia!
Román – Rosa – Benjo - Ely

Con mucho amor y total admiración
Gerson Hc.

A Dios por la bendición inmensa de tener a mis padres Edmundo y Rosa que me brindan su apoyo incondicional y quienes con mucho amor contribuyeron en toda mi educación. Completan mi familia: Yamir, mi tesorito que diariamente me esperaba con abrazos y besos haciendo que me olvide del estrés. A Lis, David, Medaly y Sonyú, quienes me brindaron oportunamente sus consejos para seguir superándome cada día y a la hermana Juana por todo su apoyo, comprensión y consejos acertados.

Con amor Yomi

Agradecimientos

A Dios, quien es el dador de la vida, padre y fuente de toda sabiduría, quien nos muestra su amor al concedernos nuestros más grandes y caros anhelos, además de llenarlos de fortaleza, enseñándonos a creer que lo aparentemente imposible se transforme en realidad, como es la presente investigación.

A nuestra querida Universidad Peruana Unión, que nos recibió en sus aulas.

A nuestra asesora Psic. Rocío E. Blancas Herrera, por su paciencia y apoyo constante a tiempo y fuera de tiempo a lo largo de toda esta investigación.

A la Mg. Carmen Maguiño Véliz, quien más que una asesora, fue una amiga y madre para nosotros al brindarnos consejos y estar presta a brindarnos ayuda.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes son parte de este logro: Dra. Dámaris Quinteros; Mg. Katty Puente; Psic. Evelyn Bravo; Psic. Isaac Conde; Psic. Wildman Vilca.

A nuestros dictaminadores Mg. Maritza Mendoza y Psic. Guisell Merjildo, por hacer que esta investigación se concluya bajo los lineamientos correspondientes.

A nuestros padres, por su inmenso amor y abnegado sacrificio, quienes desde pequeños forjaron en nosotros el espíritu de superación y el ideal de servicio, enseñanza que abrigamos en nuestro corazón.

Índice de contenido

Capítulo I: El problema	14
1. Planteamiento del problema.....	14
2. Pregunta de investigación	17
2.1. Pregunta general	17
2.2. Preguntas específicas.....	18
3. Justificación	18
4. Objetivos de la investigación.....	19
4.1. Objetivo general	19
4.2. Objetivos específicos.....	19
Capítulo II: Marco teórico	20
1. Presuposición filosófica.....	20
2. Antecedentes de la investigación	23
2.1. Antecedentes internacionales	23
2.2. Antecedentes nacionales	28
3. Marco conceptual.....	32
3.2. Estrategias de afrontamiento	44
3.3. Marco referente a la población de estudio	55
4. Definición de términos.....	60
5. Hipótesis de la investigación	60
5.1 Hipótesis general.....	60
5.2 Hipótesis específicas.....	60
Capítulo III: Materiales y métodos.....	62
1. Diseño y tipo de investigación.....	62
2. Variables de la investigación	62
2.1. Definición conceptual de las variables.....	62
2.2. Operacionalización de las variables	63
3. Delimitación geográfica y temporal	64
4. Participantes.....	65
4.1. Características de la muestra	65

4.2. Criterios de inclusión	66
4.2.1. Criterios de exclusión	66
5. Instrumentos.....	66
5.1. Escala de ideación suicida SSI.....	66
5.2. Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.....	67
6. Proceso de recolección de datos	69
7. Procesamiento y análisis de datos.....	69
Capítulo IV: Resultados y discusión	70
1. Resultados.....	70
1.1 Análisis descriptivo	70
1.2 Prueba de normalidad	79
2. Discusión	82
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.....	87
1. Conclusiones.....	89
2. Recomendaciones.....	89
Anexos.....	107

Índice de tablas

Tabla 1.	<i>Matriz de operacionalización de la escala de ideación suicida</i>	63
Tabla 2.	<i>Matriz de operacionalización de la escala de estrategias de afrontamiento</i>	64
Tabla 3.	<i>Características de la muestra.....</i>	65
Tabla 4.	<i>Niveles de ideación suicida y sus dimensiones</i>	71
Tabla 5.	<i>Presencia de ideación suicida según edad de embarazo.....</i>	71
Tabla 6.	<i>Presencia de ideación suicida según apoyo familiar.....</i>	72
Tabla 7.	<i>Niveles de estrategias de afrontamiento</i>	73
Tabla 8.	<i>Niveles de estrategias de afrontamiento según edad de embarazo.....</i>	74
Tabla 9.	<i>Niveles de Estrategias de afrontamiento según el apoyo familiar.....</i>	78
Tabla 10.	<i>Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio....</i>	79
Tabla 11.	<i>Coefficiente de correlación entre las variables.....</i>	81

Índice de anexos

Anexo 1	<i>Fiabilidad de la Escala de Ideación Suicida.....</i>	107
Anexo 2	<i>Fiabilidad de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes.....</i>	107
Anexo 3	<i>Validez de la Escala de Ideación Suicida.....</i>	109
Anexo 4	<i>Escala de Ideación Suicida de Eugenio y Zelada (SSI).....</i>	110
Anexo 4	<i>Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).....</i>	111
Anexo 5	<i>Carta de aceptación de aplicación de pruebas.....</i>	114

Índice de figuras

Figura 1.	<i>Fases de la evaluación cognitiva</i>	48
-----------	---	----

Símbolos usados

ACS: Escala de Afrontamiento para Adolescentes

SSI: Escala de Ideación Suicida

Rho: Coeficiente de Correlación de Spearman

P: Significancia

Et.al: Entre otros autores

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Se llevó a cabo en un grupo de 140 adolescentes gestantes entre 13 y 18 años. Los instrumentos usados fueron la escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck, adaptada en el Perú por Eugenio y Zelada (2011) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (2000). Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación negativa altamente significativa entre ideación suicida y quince de las estrategias de afrontamiento ($\rho=-0.562^{**}p<0.05$). Por lo tanto, se concluye que, a mayor uso de las estrategias de afrontamiento, menor riesgo de ideación suicida, y viceversa.

Palabras clave: Ideación Suicida, Estrategias de afrontamiento, Gestantes, Adolescentes.

Abstract

The objective of this research is to determine the relationship between suicidal ideation and coping strategies against pregnancy in adolescent mothers in a national hospital in metropolitan Lima. A non - experimental, cross - sectional and descriptive - correlational design was used. It was carried out in a group of 140 pregnant adolescents between 13 and 18 years old. The instruments used were the Suicidal Ideation Scale (SSI) of Beck, adapted in Peru by Eugenio and Zelada (2011) and the Adolescent Coping Scale (ACS) of Frydenberg and Lewis, adapted by Canessa in 2002. The results obtained show that there is a highly significant negative relationship between suicidal ideation and fifteen of the coping strategies ($\rho = -0.562$ ** $p < 0.05$). Therefore, it is concluded that the greater the use of coping strategies, the lower the risk of suicidal ideation and vice versa.

Keywords: Suicidal ideation, Coping strategies, Pregnancy, Pregnant women, Adolescents.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

En los últimos años, el incremento del índice de maternidad adolescente, ya sea como consecuencia de una violación sexual o una relación “amorosa” precipitada, ha sido y sigue siendo un motivo de real preocupación, dado que este hecho suele interferir en el desarrollo de una etapa, donde todavía no se alcanza la madurez física ni mental. En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014), elaborada por el INEI, el embarazo precoz se ha incrementado de 12.5% (2011) a 14.6% (2014) principalmente en zonas de la selva y norte del país, lo que afecta significativamente la tasa de mortalidad materna. Esta situación empeora cuando ellas viven en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptar y proteger a la gestante (Della, 2006).

Las estadísticas del Seguro Integral de Salud (SIS) mencionan que desde el año 2012 más de 150 mil niñas y adolescentes entre 9 y 17 años resultaron embarazadas, esto significa que el SIS atendió diariamente de 68 a 70 niñas, púberes y adolescentes, dicho porcentaje pertenece únicamente a casos vistos por esta entidad, forman este porcentaje solo casos reportados. Ciertamente estas cifras son alarmantes y a la vez recientes, puesto que en el 2017 se reportaron 304 casos de niñas embarazadas (La República, 2018). Por otro lado, El Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2013) menciona que los problemas de salud son más probables si la niña queda embarazada en los dos años posteriores a la menarquía o cuando su pelvis y canal de parto todavía está en crecimiento, en consecuencia,

aumenta la probabilidad de mortandad. Las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgos de morir que una mujer de 20 años.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala que cada día fallecen más de 3000 adolescentes (es decir, un millón 200 000 muertes anuales) y que una de las causas es el suicidio. Al respecto, El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNICEF), señaló que cada año aproximadamente 71 000 adolescentes se quitan la vida, y una cifra 40 veces superior, intentó hacerlo. Algunos factores desencadenantes del suicidio en algunos de estos adolescentes son la depresión asociada a un embarazo no deseado, la exclusión social por la edad de la gestante, maltratos en la infancia, violencia doméstica, entre otros. Cabe señalar, además, que la mayor parte de estos factores podría evitarse (citado por Lepineux, 2016).

Esto evidencia la carencia de recursos en las adolescentes para poder afrontar situaciones desesperantes, debido a lo cual piensan que la única salida es la muerte o un aborto. Como el caso de Estela (el nombre ha sido cambiado) de 14 años, quien fue víctima de abuso sexual y resultó embarazada, decidió tener su primer hijo y trató de superar esa situación. Tiempo después quedó embarazada por segunda vez (por violación); frente a esta situación estresante decidió dejar los estudios y se alejó de sus compañeros, de sus amigos y de su familia; finalmente se suicidó. Otro caso similar, es el de Ángela, menor que resultó embarazada cuando tenía 13 años, frente a esta situación decidió abortar. Ella llegó al hospital en estado crítico y falleció tres días después por una infección generalizada que se complicó con insuficiencia renal (Perú 21, 2016). Esta realidad aún no se ve en su totalidad puesto que no todos los casos son reportados oficialmente.

Algunos autores mencionan que acercarse a comprender este fenómeno es sumamente complejo, dado que el hecho de quitarse la vida es la culminación de un plan, que parte del pensamiento suicida; de no detectarse a tiempo puede acabar con el futuro de quien lo comete

(Arcos, 2016). Por lo que, la ideación suicida es definida como todo pensamiento voluntario autodestructivo, que comprende ideas negativas hacia la vida; estos pensamientos pueden o no contener una planificación (cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción) del acto suicida (Robledo, 2007). Asimismo, Eugenio y Zelada (2011) consideran la ideación suicida como todo pensamiento persistente, planificación o deseo de cometer suicidio.

Existen diversos factores asociados a la ideación suicida como la depresión, baja autoestima, ansiedad, trastornos mentales, abusos sexual, embarazo no planificado, violencia familiar y la falta de estrategias de afrontamiento, entre otros (Clemente y Gonzáles 1996; Freydenberg y Lewis 2000; Vera y Díaz 2012; Zevallos 2015).

Los estudios anteriores señalan la relación entre la forma como se enfrentan los problemas y el desarrollo de ideas suicidas. La combinación de estas dos variables cobra importancia debido a que puede influir en la aparición de conductas de mayor riesgo, como es el intento suicida, particularmente en una etapa como la adolescencia, siendo las mujeres las que presentan mayor vulnerabilidad a este fenómeno (Serrano & Flores, 2005). Al respecto, Frydenberg y Lewis (2000) afirman que las estrategias de afrontamiento son un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que realiza el individuo en respuesta a una preocupación en particular con la finalidad de restaurar su propio equilibrio, Por esta razón, el adolescente en su intento de restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia, deberá resolver el problema, cambiando el estímulo o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución. (Citado por Canessa, 2002).

Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) señalan que la función principal del afrontamiento es regular aspectos que alteren el área emocional, para así conseguir resultados positivos en el bienestar y evitando el incremento de riesgos de mortandad y morbilidad, por lo tanto, el afrontamiento interactúa con la situación y capacidad que posee

la persona para sobrellevar las diversas situaciones adversas tratando de no evitarlas o escapar.

La maternidad trae consigo diferentes cambios cognitivos, conductuales y emocionales que necesitan ser aceptados por la joven madre quien probablemente no esté preparada, sin embargo, deberá utilizar recursos que ayuden en la adaptación de estos cambios. Ahora bien, no únicamente son los cambios mencionados que perturban a la gestante adolescente sino también elementos como carencia económica, ausencia del apoyo de pareja, rechazo familiar y social, frustración y baja tolerancia.

Frente a ello, el embarazo precoz es considerado como una situación estresante, debido a la fragilidad e inestabilidad propia de esta etapa y a la demanda familiar, social a las que se ve expuesta la adolescente (Sorto, López y Velázquez, 2013). He ahí la necesidad de estudiar en las adolescentes gestantes la utilización de recursos y estrategias que son usadas para afrontar su situación; este estudio permitirá evidenciar la forma de actuar que tienen frente a su realidad.

Frente a este panorama se presenta este estudio con el objetivo de determinar la relación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes.

2. Pregunta de investigación

2.1. Pregunta general

- ¿Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento de resolución del problema frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento en relación con los demás frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento improductivo frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?

3. Justificación

Este estudio es relevante, ya que permite ahondar conocimientos y obtener datos contundentes que describen la relación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al embarazo en gestantes adolescentes. Esto con el propósito de conocer si las adolescentes presentan ideación suicida frente al embarazo inesperado, como también se podrá medir los diferentes recursos de afrontamiento que cada adolescente utiliza ante la situación que vive. Asimismo, se identificó la relación entre las variables, consolidando nuevos estudios e investigaciones en nuestra ciudad, más aún en la población descrita. Por otro lado, este estudio se justifica a nivel teórico porque brinda información actualizada sobre el tema propuesto: ideación suicida y estrategias de afrontamiento en gestantes adolescentes, puesto que hay carencias de estudio de correlación de estas dos variables en el Perú.

En cuanto al aporte social, esta investigación pretende internalizar y procesar las experiencias desagradables que viven las adolescentes gestantes y contribuir a los lineamientos de la política de salud, buscando disminuir la prevalencia de ideación suicida

frente al embarazo en las adolescentes, mediante educación, tanto para los padres como para las adolescentes.

Los resultados de este estudio ampliarán otros puntos de investigación, a su vez, permitirán planificar programas de intervención, estudios explicativos, con la finalidad de mejorar las estrategias de afrontamiento y disminuir la prevalencia de ideación suicida.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

- Determinar si existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe ideación suicida y estrategias de afrontamiento de resolución del problema frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento en relación con los demás frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento improductivo frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

En la Biblia no se encuentra el término “suicidio”, sin embargo, existen historias de quienes acabaron con sus propias vidas. Los Judíos tenían respeto profundo hacia la vida, es por ello que muy pocas veces existía el suicidio; en la actualidad ocurre algo similar en el cristianismo, el cual procura preservar y valorar la vida. Según la Biblia, el deseo de quitarse la vida se presenta progresivamente a medida que la persona se aleja de Dios; como fue el caso del primer rey de Israel Saúl, quien herido y sin fuerzas miraba cómo su pueblo iba siendo derrotado a manos de los filisteos y junto a ellos tres de sus hijos habían muerto. Él con angustia y sin esperanza pidió a su escudero que le quitase la vida, porque tenía miedo que los filisteos lo encontraran y condenaran a cruel sufrimiento, sin embargo, al negársele la petición, tomó la decisión de recostarse sobre su espada y dejarse morir; al ver esta escena, su siervo hizo lo mismo.

Otra muerte similar se encuentra en el libro de Jueces capítulo 9, con la muerte de Abimelec, candidato al reino, quien al tener pensamientos corrompidos y por la ambición de querer el poder, mató a 70 de sus hermanos; sin embargo cuando este se acercaba a Tebés una ciudad con una torre alta, una mujer al ver que intentaba forzar la puerta para entrar, dejó caer una piedra de molino sobre su cabeza, partiéndole el cráneo. Abimelec al instante llamo a su escudero y le rogó que este lo traspasase con su espada para que se cumpliera lo que dijo: “no quiero que el pueblo recuerde que mi muerte fue provocada por una mujer y con una piedra”.

En el libro de Mateo 27:3-5 una historia muy conocida es la muerte de Judas, quien luego de vender a su maestro por 30 piezas de plata, arrepentido de su accionar, quiso enmendar su error devolviendo el dinero, sin embargo, le fue negado. Judas, al no poder arreglar la situación, lanzó las monedas y corrió hasta fuera de la ciudad, lleno de remordimientos decidió matarse colgándose en un árbol.

Los casos antes mencionados culminan en un triste desenlace que es el suicidio consumado, fase posterior a la ideación suicida (pensamientos frecuentes relacionados con poner fin a la propia vida). Es un fenómeno que se presenta en todas las edades y aun con mayor dominio en la adolescencia frente a un episodio para el que no se halla la capacidad de afrontamiento. Tomando ambas historias bíblicas, se puede inferir que desde la corta edad no desarrollaron estrategias para enfrentar dificultades posteriores.

De la Biblia se extrae historias de personas que vivieron momentos difíciles donde se puso a prueba su capacidad de afrontamiento. Uno de ellos es Job un hombre nacido en Uz, quien era justo y leal a Dios, a quien se podría considerar como el mayor ejemplo de capacidad de afrontamiento ya que atravesó enormes circunstancias dolorosas y quizá insoportables humanamente (lepra); además perdió a todos sus hijos, sus animales e incluso la confianza de su esposa quien le aconsejó matarse y maldecir a su Dios, sin embargo, en medio de su dolor, agotamiento físico y emocional se refugió en Dios, rogando se apiade de él.

Pero Job no fue el único hombre que menciona la Biblia que afrontó experiencias dolorosas; se encuentra también registros en la Biblia de Elías quien resistió con ayuda divina a la muerte. En 1 de Reyes 19, luego de matar a los profetas falsos de Jezabel, Elías tuvo que huir al desierto para salvar su vida, ya que se había dado la orden de encontrarlo y matarlo. Angustiado por la situación, huye al desierto es ahí donde luego de varios días al encontrarse cansado, sin alimento y agua, pidió a Dios que se le quitase la vida; sin embargo, Dios no lo

abandonó, al contrario lo ayudó con comida y agua y le dio indicación de lo que tendría que hacer, Elías retomó la esperanza y sentido de vivir y continuó sirviendo a Dios.

La Biblia brinda buen soporte ante momentos difíciles de adversidad; ofrece consuelo, consejos, corrección y el ánimo necesario en los momentos precisos. Filipenses 4:13 menciona: “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”. Estableciendo así, una efectiva forma de afrontamiento ante las demandas de la vida, como se ve reflejado en la experiencia de David al proclamar “Cuando en mí la angustia iba en aumento tu consuelo llenaba mi alma de alegría” (Salmo 94:19). De igual modo, esta habilidad se ve representada en la vida del apóstol Pablo, quien a pesar de las tribulaciones que padecía por cumplir el ministerio de Cristo, sabía cómo hacer frente a todas esas opresiones y dificultades que la vida disponía para él. En 2 Corintios 12:10 afirma: “Por eso me regocijo en debilidades, insultos, privaciones, persecuciones y dificultades que sufro por Cristo; porque cuando soy débil, entonces soy fuerte”. Para ellos la felicidad se alcanzaba a pesar del dolor y padecimiento, ya que la felicidad era resultada de un modo efectivo de afrontamiento ante las vicisitudes de la vida. Si se busca en el lugar adecuado (en Dios) se podrá lograr tal felicidad, ya que otras fuentes constituyen herramientas ineficaces para tal pretensión.

En las experiencias de Elías y Job se puede observar que el carácter de estos personajes fue fortalecido gracias a un adecuado afrontamiento ante de los desafíos y dificultades. (White, 1989) también afirma que los conflictos correctamente enfrentados desarrollan firmeza de carácter, fortalecen la vida espiritual, maduran la fe, mansedumbre y el amor. Estas prácticas espirituales constituyen formas de afrontamiento que se fundamentan en la confianza que se tiene en la providencia divina. En Isaías 41:10 se presenta una promesa de Dios: “No tengas miedo, pues yo estoy contigo; no temas, pues yo soy tu Dios. Yo te doy fuerzas, yo te ayudo, yo te sostengo con mi mano victoriosa”

Las estrategias que puedan utilizar las adolescentes pueden ser diversas, sin embargo, algunos modos de afrontamiento se consideran más saludables que otros. La Biblia provee lecciones prácticas para resolver cada evento estresante que surge en la vida diaria, incentivando al adecuado enfrentamiento de ellos (White, 1991).

White (1989) en el libro “Mente, carácter y personalidad” menciona que niños y jóvenes deben recibir conocimientos y consejos sobre la forma de resolver los problemas imaginarios y cotidianos, no permitiendo que situaciones frustrantes generen estrés. Por otro lado, el libro “Ministerio de curación” refiere que el ser humano puede acomodar las circunstancias, sin embargo, no debe dejar que las circunstancias lo amolden, pero quien no tiene dominio sobre sus impulsos y emociones, debería dominar la voluntad, que generará un gran cambio. (White, 1959).

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Acosta et al., (2012) realizaron una investigación descriptiva- transversal con enfoque cuantitativo con el objetivo de determinar los estilos de afrontamiento de la adolescente frente al embarazo en la ciudad de Cartagena. La población de estudio estuvo conformada por 300 adolescentes embarazadas, cuyas edades oscilaron entre 13 y 19 años. Se utilizó la escala de afrontamiento para adolescentes ACS de Frydenberg y Lewis y una ficha sociodemográfica. Los resultados demostraron que las estrategias más utilizadas por las gestantes adolescentes fueron preocuparse en un 57.1%, hacerse ilusiones en un 38.8%, esforzarse y tener éxito en un 35.3%, es decir, que el estilo más utilizado fue el improductivo. En relación a los datos sociodemográficos, se halló que en el 86% de las participantes predominó el estado civil en unión libre, el 60% había llegado hasta el nivel secundario en

sus estudios, el 88% era procedente del área urbana, el 86.7% pertenecían al estrato socioeconómico bajo y el 72.3% estaba dedicado a ser ama de casa.

Por su parte, Zambrano, Vera y Flórez (2012) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y probabilístico, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las adolescentes embarazadas de tres instituciones prestadoras de salud (IPS). La muestra estuvo conformada por 150 adolescentes inscritas en el programa de atención a la adolescente gestante, cuyas edades oscilaban entre 17 y 19 años. Se encontró una asociación directa y positiva entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento, las cuales fueron agrupados en estilos: a) resolver el problema ($r = 0.405, p < 0.01$), relación con los demás ($r = 0.465, p < 0.01$), y afrontamiento improductivo ($r = 0.214, p < 0.05$). Es decir, que el grado de utilización de los estilos estrategias para enfrentar el impacto del embarazo en las adolescentes, estaba asociado directamente al grado de funcionalidad familiar en el hogar; dicho de otro modo: a mayor nivel de funcionalidad familiar, más productivas serán las estrategias utilizadas y viceversa. Además, 54% de ellas presentó un sistema disfuncional y un 46%, funcional. Finalmente, se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las adolescentes embarazadas fueron centrarse en resolver el problema, centrarse en lo positivo y hacerse ilusiones, lo que indicó que principalmente utilizan estrategias no productivas, las cuales no le conducen a ninguna solución.

Ruiz et al. (2014) realizaron un estudio en México con el propósito de identificar las emociones, el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en eventos estresantes y placenteros. Trabajaron con una muestra compuesta por 81 adolescentes de edades entre 11 y 15 años. Se empleó el Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento - CEEA (Lazarus). Los resultados señalan que los adolescentes consideran frecuentemente situaciones escolares y familiares como sucesos estresantes, experimentando ansiedad y

temor, a lo cual se suma un tipo de afrontamiento centrado en la emoción, por lo tanto, los datos confirmaron la correlación entre el nivel de estrés, la estrategias centrada en la emoción y las emociones de tono negativo.

Por otro lado, Ceballos et al., (2015) realizaron un estudio en Colombia con el objetivo de establecer la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes. El estudio fue de tipo no experimental -descriptivo, transversal de tipo correlacional. La evaluación se efectuó a través del Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg AER, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de un Cuestionario sociodemográfico. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes de 15 a 19 años, escogidos a través de un muestreo aleatorio estratificado. Los resultados muestran que existe relación entre la ideación suicida y depresión ($r=0.295$ $p=0.00$), y entre ideación suicida y autoestima baja ($r=-0.209$ $p=0.00$). Dentro de las principales conclusiones se encuentra que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida.

Valverde y Castro (2016) realizaron una investigación en Ecuador – Cuenca con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres adolescentes ante situaciones conflictivas. El estudio fue de enfoque cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo. Tuvo una muestra de 10 madres adolescentes. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue la Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS de Frydenberg & Lewis (1996), el mismo que consta de un cuestionario de 80 preguntas que indaga acerca de las preocupaciones, conflictos o dificultades que afrontan los jóvenes. Los resultados obtenidos determinaron que el tipo de estrategia de afrontamiento que predomina entre las madres adolescentes fue la estrategia “Fijarse en lo positivo” con un 9%, haciendo que la adolescente busque alternativas, este pertenece a un estilo de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas. Sin embargo, el 8% utilizó la estrategia “Preocuparse”

perteneciente al estilo de afrontamiento improductivo debido a la tensión que causa la noticia y al no saber tomar decisiones o ayudas oportunas.

Reyes, Reséndiz, Alcázar y Reidl (2017) realizaron un estudio en México con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que usan las adolescentes mexicanas ante situaciones que provocan miedo. La muestra estuvo constituida por 400 adolescentes cuyas edades oscilaban entre 12 y 16 años. Para ello se utilizó el instrumento Intensidad Emocional (Reyes y Sierra) ante situaciones que provocan miedo y el cuestionario de preguntas abiertas referente a las situaciones que provocan temor. Los resultados hallados señalan a las mujeres con mayor miedo en comparación con los hombres en todas las situaciones, excepto en miedo a la escuela, donde ellas tuvieron menor puntaje. Asimismo, en lo que corresponde a estrategias de afrontamiento, las mujeres reportaron las medias más altas en desahogo emocional y búsqueda de apoyo mientras que los varones tuvieron las medias más altas en estrategias directas al problema, agresivas y de distracción. Cabe precisar que en cuanto a las estrategias evitativas, no hubo diferencia estadísticamente significativa. El patrón general fue que las mujeres usan más estrategias de desahogo emocional y búsqueda de apoyo, mientras que los hombres usan estrategias directas al problema, agresivas y de distracción. En particular, ante el miedo a la muerte, los hombres usan estrategias evitativas, distracción y búsqueda de apoyo, mientras que las mujeres usan estrategias directas al problema, desahogo emocional, búsqueda de apoyo, evitativas, distracción y agresivas. Por lo tanto, este estudio afirma que no hay buenas ni malas estrategias de afrontamiento, sino que su conveniencia depende del apoyo que brindan para resolver la situación que genera miedo.

Rivas, López, Barcelata (2017) realizaron una investigación en México con el objetivo de analizar la influencia del sexo y la edad en el afrontamiento y el bienestar subjetivo y su posible interrelación en adolescentes. Participaron 559 adolescentes cuyas edades comprendían los 13 y 18 años, se empleó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes

ACS (Frydenberg y Lewis), la Escala Multidimensional para la medición de Bienestar Subjetivo - EMMBSAR (Anguas y Reyes) y la Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su familia (Barcelata). Los resultados señalaron que existen relaciones positivas entre el afrontamiento productivo con la satisfacción vital y las emociones positivas. Asimismo, se halló que las mujeres fueron las que puntuaron más alto en el estilo de afrontamiento improductivo y en la mayoría de sus estrategias. Finalmente, estos resultados muestran la importancia de fortalecer el afrontamiento productivo con base en su relación positiva con el bienestar subjetivo.

Siabato, Forero, y Salamanca (2017) realizaron un estudio en Colombia con el objetivo de estimar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes, esta investigación fue de corte transversal. Los participantes fueron un grupo de 289 adolescentes escolarizados con edades de entre 14 y 17 años. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Depresión Infantil - CDI (Kovacs) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI (Osman et al.). Los resultados hallados fueron que el 30% de los participantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose puntuaciones más altas en mujeres que en hombres para ambas variables de estudio: Asimismo se hallaron relaciones significativas entre ideación suicida y ánimo negativo ($r_s = 0.43$, $p < 0.000$), anhedonia ($r_s = 0.40$, $p < 0.000$) y autoestima negativa ($r_s = 0.44$, $p < 0.000$). Los análisis de regresión logística mostraron como factores predictores de ideación suicida en mujeres: el ánimo negativo y la autoestima negativa, mientras en los hombres no se identificó ningún factor predictor. Por lo tanto, los síntomas depresivos relacionados con estado de ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en mujeres adolescentes.

De igual manera, Medina (2012) realizó una investigación descriptiva - correlacional en Quito- Ecuador, con el objetivo de conocer los tipos de estrategias que utilizan las madres adolescentes y establecer la relación con la autoestima. se empleó el test de Rosemberg y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) diseñada por Frydemebeg y Lewis, conformado por 65 madres adolescentes entre 14 y 19 años. Los resultados determinaron que existe relación significativa entre estas dos variables ($r=-,237$ $p<0.05$). Por lo tanto, este estudio determinó que existe vulnerabilidad social para este tipo de población por ser madres adolescentes que se encuentran en unión libre. Otro hallazgo importante refirió que el 51% de las madres adolescentes en su mayoría eran estudiantes, de este porcentaje el 35% continuó sus estudios, el 14% se dedica a trabajar y el 2% se dedica al cuidado de su bebé. Asimismo, se determinó que las madres adolescentes perciben que no son dignas de aprecio, pues 91% de ellas evidenció un bajo nivel de autoestima. Según los resultados del estudio, se comprobó que dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las madres adolescentes se encuentra el afrontamiento social, ayuda espiritual, afrontar los problemas y resolverlo, buscar éxito trabajando o continuando sus estudio; mientras otras intentan reducir la tensión refugiándose en el alcohol y las drogas. El estudio recomendó que es importante aplicar planes sobre el uso de estrategias de afrontamiento para que las adolescentes comprendan su adecuada utilización.

2.2. Antecedentes nacionales

Leal y Vásquez (2012) realizaron una investigación cuya finalidad fue hallar la prevalencia de ideación e intento de suicidio de los adolescentes escolares de la Ciudad de Cajamarca, así como el tipo de relación existente entre la ideación suicida y variables socio-demográficas y psicosociales. Fueron 10054 las adolescentes que participaron en el estudio. Para esta investigación se aplicaron cuestionarios de respuesta múltiple a los adolescentes: Apgar familiar de Smilkstein, cuestionario de Ideación Suicida de Reynolds y Mazza,

cuestionario Breve de Estrategias de Afrontamiento de Carver, Escala de Estrés percibido de Remor, Escala de apoyo social de Matud. En cuanto a la ideación suicida, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que alguna vez en su vida experimentaron deseos de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%).

Asimismo, Boulosa (2013) en la ciudad de Lima, buscó describir y relacionar los niveles de estrés académico y el afrontamiento, en 198 estudiantes de los primeros años de una universidad. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de SISCO del Estrés Académico de Barraza y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS). Teniendo como resultados la existencia de una correlación directa entre el nivel de estrés percibido con el estilo de afrontamiento no productivo e indirectamente con el estilo resolver el problema.

Verde (2014) en la ciudad de Huaral, realizó una investigación con la finalidad de establecer la relación entre los estilos de afrontamiento y la satisfacción con la vida en 258 adolescentes de instituciones nacionales. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE de Carver y la Escala de Satisfacción con la Vida SWDS de Dinner. Los resultados evidenciaron que existe relación significativa positiva con los estilos de afrontamiento enfocado al problema y enfocado a la emoción con la satisfacción con la vida, y relación significativa negativa con el estilo de afrontamiento de evitación y la satisfacción con la vida.

Asimismo, Lecca y Sánchez (2014) en la ciudad de Chimbote, realizaron una investigación de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, con el objetivo de conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y de autocuidado de la adolescente

primigesta. Utilizaron los instrumentos Test de nivel de autocuidado y la Escala de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Ambos instrumentos fueron adaptados de acuerdo a la realidad del participante) y fueron aplicados a 50 adolescentes primigestas, atendidas en los servicios de consultorios externos y hospitalización de Gineco-obstetricia. El finalizar la investigación se encontró la existencia de una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de autocuidado de la adolescente primigesta ($p=0.027$). El tener una afrontamiento bajo se constituye en riesgo para un autocuidado insuficiente ($OR=3.9$). Por tanto, a mayor afrontamiento, mejora el nivel de autocuidado ($r=0.32$).

Por su parte, Cárdenas (2016) realizó una investigación en la Ciudad de Lima, a fin de encontrar la relación entre ideación suicida, estilos de afrontamiento y satisfacción familiar. Contó con la participación de 353 estudiantes adolescentes de instituciones educativas cuyas edades oscilaban entre 13 y 18 años de edad ($M = 157 = 196$). Se empleó la Escala de Ideación suicida PANSI de Osman, la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydemberg y Lewis y la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Marc. Se hallaron correlaciones significativas entre las tres variables. En relación a ideación suicida, los estudiantes reportaron tener un 24% de ideación a un nivel alto. Respecto de los estilos de afrontamiento, el estilo no productivo fue el más usado (37.7%) y el 26.1% percibe su satisfacción familiar con un nivel bajo. Se hallaron diferencias significativas respecto a ideación suicida y estilos de afrontamiento según sexo, y satisfacción familiar con tipo de familia nuclear.

Al respecto, Matalinares C. et al. (2016) también analizaron la relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el bienestar psicológico en 934 universitarios de Lima y Huancayo. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE- Carver, Scheir y Weintraub) adaptado al contexto peruano, y la Escala de

Bienestar Psicológico (SPWB- Ryff 1989). Los investigadores concluyeron que existe una relación directa y significativa entre el modo de afrontamiento del estrés, centrado en el problema con las dimensiones de Bienestar psicológico, lo cual implica que, ante un mayor uso de este modo de afrontamiento, mayor será el bienestar psicológico.

También, Gonzáles (2016) en Lima, realizó una investigación de diseño no experimental, de alcance correlacional con el objetivo de encontrar la relación entre el estrés académico y las estrategias de afrontamiento en los alumnos de 1.º y 5.º grados de secundaria, teniendo como participantes a 180 estudiantes adolescentes de un colegio estatal de Lima Este. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario SISCO de estrés académico validado por Arturo Barraza y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ASC) de Frydenberg y Lewis. En el estudio se evidenció que el estrés académico se vincula positivamente con los estilos “centrado en los demás” e “improductivo”. Además se halló que el 75% de los estudiantes experimenta una intensidad de estrés medio alta y que las estrategias más utilizadas por los estudiantes son la distracción física (56.1%), invertir en amigos íntimos (51.2%) y preocuparse (48.3%).

Urrelo (2017) realizó una investigación con el objetivo de encontrar la relación entre satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento en adolescentes de colegios públicos en la ciudad de Arequipa. Se trabajó con una muestra de 872 estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de los cuales fueron 463 mujeres y 409 varones. Se utilizaron los instrumentos Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) versión adaptada al español por Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis. Los resultados evidenciaron correlaciones significativas entre Satisfacción con la Vida y los tres Estilos de Afrontamiento. En relación con la satisfacción con la vida, el 71.8% de la población se encuentra en un rango de satisfecha y muy satisfecha,

de este porcentaje, son los varones y los que quienes tienen 18 años quienes presentan una mayor satisfacción.

Asimismo, Mamani, Brousett, Ccori y Villasante (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la eficacia de un programa de intervención para desarrollar la inteligencia emocional en un grupo de riesgo. El diseño empleado fue cuasi experimental. La población consta de 33 adolescentes mujeres identificadas con ideación suicida. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Ideación Suicida de Beck y el Inventario de Inteligencia Emocional de Baron Ice. Los resultados evidencian diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles tanto de ideación suicida ($Z = -4,506$) como en las dimensiones de inteligencia emocional: intrapersonal ($t = -7,815$), manejo de estrés ($t = 10,294$) y estado de ánimo general ($t = 7,178$). También se corroboró que la inteligencia emocional se ve afectada en sujetos que presentan ideación suicida. Asimismo, los resultados concuerdan con estudios que sustentan que la inteligencia emocional regula el riesgo suicida. Finalmente, se demostró la eficacia del programa de intervención que permitió el desarrollo de la inteligencia emocional; en consecuencia, se disminuyeron los niveles de ideación suicida en la población de riesgo.

Sobre la base de las ideas anteriores, se presentará a continuación la teoría que fundamentará la comprensión del tema en cuestión.

3. Marco conceptual

3.1. Ideación suicida

3.1.1. Definiciones

Esta palabra proviene del latín “*sui*” que traducido es “de sí mismo”, y “*caedere*”, que es la “acción de matar”, traduciendo ambas palabras suicidio se define como el acto de quitarse voluntariamente la vida o conducta que perjudica muy gravemente a quien la

práctica. Este concepto es adoptado y apoyado por Nizama, (2011) quien bajo esta premisa da a conocer que el suicidio es un acto de autoflagelación de manera consciente y voluntaria que concluye con el desenlace fatal que es la muerte, sin embargo, para poder consumar el suicidio se debe cumplir tres etapas descritas como fases del suicidio que son el deseo de morir, ideas relacionadas a la muerte y el acto de acabar con la vida propiamente dicho.

El sociólogo y filósofo francés Emile Durkheim definió el suicidio como todo acontecimiento que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por voluntad propia de la víctima que con lleva a la muerte (Durkheim, 1860). Además, el suicidio se puede entender como todo un conjunto de acontecimientos que inician con la ideación suicida, es decir, el sujeto presenta pensamientos sobre la falta de sentido de vivir; posteriormente la víctima realiza un plan e intenta el suicidio y por último, la autodestrucción consumada. (Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2006). La mayoría de investigadores aprueban definir al suicidio como un proceso compuesto por diferentes acciones que comienzan con la ideación suicida (aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir). Esta primera fase es considerada fundamental como predecesor del suicidio (Dias De Mattos et al., 2010).

Cano, Gutiérrez, y Nizama (2009) refieren que la ideación suicida constituye un conjunto de manifestaciones que tienen un orden, partiendo de ideas no específicas como por ejemplo “la vida no vale la pena” continuando con ideas determinadas que se complementan con un plan suicida o propósito de muerte, es decir, comprende desde la idea breve con la dificultad para vivir hasta la idea suicida temporal.

Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) añaden que el suicidio es un proceso que inicia en el pensamiento, es decir, con ideas sobre cómo quitarse la vida, posteriormente el sujeto realiza intentos suicidas, los cuales van aumentando en frecuencia e intensidad. Estos actos

pueden ser precedidos por actitudes de venganza, escape, búsqueda de riesgos. Todas estas ideas acompañadas por sentimientos y pensamientos de fracaso ante estresores psicosociales.

Sin embargo, no se ha encontrado alguna teoría que exponga con claridad la ideación suicida y el suicidio (Torre, 2013); no obstante, se considera necesario investigar esta primera, ya que es un factor importante para optar por elaborar un plan suicida e importante también para tener un proyecto de prevención para probables futuros suicidios (Huapaya, 2010), ya que, al iniciarse estas fases de suicidio, acompaña a este fenómeno el sufrimiento de la víctima y personas que conformen su círculo social (Domènech Llaberia & Baños, 2005).

Al respecto, Córdova et al. (2007) mencionan que el evento suicida consta de tres etapas:

- Ideación suicida: pensamientos constantes de poner fin a su propia vida
- Intento suicida: prueba de suicidio, llamado así por ser un acto autolesivo que no concluye en muerte, sin embargo, es un suicidio fallido.
- Suicidio consumado: acto voluntario que tiene como resultado la muerte del sujeto.

No obstante, García y Peralta (2002), señalan que consta de las siguientes fases: idea suicida, duda o periodo de ambivalencia y decisión, hasta llevar a cabo el suicidio. Otro aporte al respecto, es la idea de González, Ramos, Caballero, y Echegaray (2003) quienes estructuran el suicidio en cinco etapas: Ideación suicida pasiva, en la que los pensamientos de muerte son esporádicos; contemplación activa del propio suicidio, en esta fase el sujeto analiza haciéndose preguntas como ¿qué pasaría si yo dejara de existir?, ¿alguien me extrañaría?, etc.; planeación (métodos, objetos a utilizar); preparación para conseguir su objetivo; realización del intento suicida y, por último, el suicidio cumplido.

Ahora bien, se señala que la ideación suicida es el componente menos peligroso del riesgo suicida, porque se da a nivel cognitivo, sin embargo, es el más frecuente y el que se debe

tener muy en cuenta, ya que, con ayuda oportuna, se puede prevenir el suicidio, dado que es la primera manifestación de conducta suicida que se demuestra con planes y deseos. (Leal & Vásquez, 2012). Esta posición es apoyada por Rosales (2010), quien refiere que la ideación suicida es de menor riesgo y consecuencias, sin embargo, no se debe restar importancia, ya que la intención es la muerte.

Para Mosquera (2003), la ideación suicida es un conjunto de pensamientos que expresan un deseo de nostalgia con intención de acabar con su vida; además, añade que el intento de suicidio sucede cuando voluntaria, intencionalmente, la persona actúa con el objetivo de provocar su propia muerte; mientras que la ideación suicida son los pensamientos contemplativos en relación al suicidio, los mismos que podría conllevarlo a un plan suicida, es decir, a una planificación de su propia muerte.

Según Saenz, Pérez, y Haseitel (2004) la ideación toma diferentes formas de presentación, una de ellas es el deseo de morir de la persona, la cual está arruinada por la vida que lleva; otra forma es cuando el sujeto comienza sus representaciones mentales de cómo sería si se suicidara. Y la última forma de ideación suicida generalmente no tiene un método determinado, es decir, la persona piensa que su vida no vale, sin embargo, no sabe ni cómo ni cuándo acabar con ella.

Por otra parte, Robles, Acinas y Pérez (2013) sustentan que el proceso suicida se va desarrollando de manera lenta en el sujeto y comprende tres fases estructuradas:

- a. Planteamiento o ideación suicida pura, en esta fase el sujeto analiza la idea de acabar con su existencia, creyendo que es una salida o solución a determinados problemas a los que no ve una solución rápida.
- b. Ideación suicida ambivalente, la persona comienza a plantearse las consecuencias de suicidarse (en lo personal, familiar, laboral, entre otros), además piensa repetidas

veces en suicidarse o no suicidarse, estos pensamientos pueden ser breves, poco meditados y con cierta impulsividad.

- c. Decisión firme de suicidarse, el sujeto, consciente de su situación, decide de manera inamovible acabar con su vida, sintiendo cierta tranquilidad, porque sus dudas se han disipado y luego de haber puesto en la balanza el quitarse o no la vida, ha decidido terminar su existencia. En esta última, el apoyo psicológico es más complejo y en muchos de los casos a pesar de recibir ayuda la persona acaba con su vida. Con respecto a la secuencia hasta la consumación del suicidio, esta puede interrumpirse cuando hay pensamientos suicidas que nunca se llegan a ejecutar y muchos intentos autolíticos no se concretan.

Por último, Beck (1979) señala que el pensamiento suicida no es dependiente de un solo factor, sino que parte de sus dimensiones representan diversos patrones de pensamientos y de conducta, las cuales están interrelacionadas y a su vez, son el aviso que da la persona sobre sus deseos de morir.

3.1.2. Características del pensamiento suicida

Sobre la base de fundamentos teóricos de otros autores, Rosales y Córdova (2011) señalan que existen tres características del pensamiento suicida o estructura del pensamiento suicida que está comprendido por tres sucesos:

1. Razonamiento catafórico o pensamiento fundamentado en creencias ilógicas como “al morir tendré la atención igual que otros”.
2. Uso de una estrategia cognitiva encaminada a la evitación del pensamiento referente al temor de morir.
3. Percepción distorsionada, caracterizada por la polarización del pensamiento, con la que se fija más en las carencias de oportunidades, es decir, la persona carece de

planes hacia el futuro, ya que se quedó estancada en el pasado, por lo que es difícil para el sujeto tomar alguna acción hacia el futuro.

Asimismo, Pérez (2016) en su estudio refiere que la idea suicida consiste en tener pensamientos persistentes de acabar con la vida, pudiendo manifestarse como amenazas, gestos y finalmente el suicidio. A su vez analiza los diferentes tipos de características en relación a la idea suicida, que abarcan gran parte del pensamiento y toman las siguientes formas de mostrarse:

- Deseo de morir: reflejados a través de “la vida no vale la pena vivirla” “Yo debiera morirme”, entre otros.
- La representación suicida: “Me he imaginado que me ahorcaba”.
- Idea de autodestrucción sin un plan de acción: “Me voy a matar”, al preguntarle cómo lo llevaría a cabo señala: “No sé cómo, pero lo voy a hacer”.
- Idea suicida con planificación no determinado o inespecífico: “Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome”.
- Pensamiento suicida con planificación específica: “He pensado ahorcarme en el baño, mientras esté solo”; conocido también como preparación real suicida.

Estas manifestaciones de autodestrucción deberán ser investigadas a profundidad, teniendo en consideración importante al adolescente, que atraviesa constantemente situaciones de crisis propios de su edad. Cabe señalar que una forma de reducción y disminución del suicidio es el dialogo abierto.

3.1.3. Bases teóricas del suicidio

3.1.3.1. Teoría sociológica.

Esta teoría fue fundamentada por el sociólogo Emile Durkheim en 1987, quién describe que el suicidio, es la acción de autoaniquilación, además resalta la responsabilidad que tiene la sociedad para que la víctima recurra a este tipo de pseudo solución. Asimismo, el autor de

esta teoría menciona que los sucesos sociales deben ser estudiados como hechos reales externos al sujeto. La tasa de suicidio no sería explicada como un acto individual; sino que juntamente con la persona se suicida la sociedad a través de estos individuos. Partiendo de este concepto se esbozan tres tipos de suicidio (Tena, 2012).

- Suicidio egoísta. Practicado por quienes no sienten apoyo de la sociedad y se sienten ajenos pues no logran establecer un vínculo fuerte con la sociedad.
- Suicidio altruista. Personas que tienen fuerte conexión con su núcleo familiar y social, estos sujetos carecen de individualidad (enfermos desahuciados y militares derrotados).
- Suicidio anónimo. Individuos que se unen formando grupos distorsionados, ya que sus integrantes sufrieron el impacto de algún estresor (ruina imprevista, cambios drásticos en su vivir).

3.1.3.2. Teoría psicoanalítica del suicidio

Jung en 1959 menciona que el suicidio es interpretado como el fin del ego, que ha perdido conexión con el *self*, asimismo señala que el suicidio está relacionado con el sentimiento que solo la muerte podría poner fin a la situación que se esté viviendo en ese momento, cuando hay conflictos del ego, resentimiento e ira hacia otras personas; pero que es dirigida hacia el suicida, falta de vitalidad para hallar otra forma de salir de la tensión que se vive en el momento. Además esta teoría, refiere que debería existir permanentemente contacto entre el ego y el *self* (uno mismo), ya que el *self* tiene un lado oscuro y otro claro y brillante, y cuando el lado oscuro predomina, el peligro es inminente y podría aparentarse desear más la muerte que la vida (citado por Rodríguez, Rivera, Revuelta, & Gracia, 1990).

Para Horney, (1950) las formas distorsionadas del desarrollo comienzan en trastornos ocurridos durante el proceso progresivo del niño y son provocados por la cultura, la

religión, política, las figuras paternas. Estos agentes producirían en el niño un trastorno psicótico que con el tiempo inducirían en el sujeto a un proceso conocido como intranquilidad primaria.

Por ello, al esforzarse el niño en vencer esta intranquilidad podría desarrollar sentimientos de superioridad, que a su vez produciría un fracaso del desarrollo del yo; es decir, tendría un desarrollo no uniforme del yo idealizado y el yo verdadero, es decir, un desarrollo disparejo entre el desarrollo del yo idealizado y el yo verdadero que como resultado desarrollaría en el individuo el querer eliminar el yo.

En este sentido Hendin (1951) recalca que el suicidio estaría relacionado con las actitudes y fantasías inconscientes que a su vez toman formas de deseo donde se busca escapar, apaciguar la culpa, por venganza, por el deseo masoquista, un deseo de ser rescatado y que los pacientes tienen en relación a la muerte. Estas fantasías de muerte preceden al acto suicida en sí y, por lo general, aparecen cuando la persona está en un periodo de crisis psicológica y emocional.

3.1.3.3. Teoría de la Crisis

La Teoría de la Crisis aparece a raíz de los suicidios durante la segunda guerra mundial, a inicios de los años 60 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse, en parte, sobre la teoría de la crisis (Pelcovitz et al., 2000).

Slaikau (1988) menciona que la conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona. Además menciona que una crisis es un estado transitorio de desorganización, que se caracteriza por la imposibilidad que tiene el individuo para enfrentar determinadas situaciones estresantes, que con anterioridad afrontaba, teniendo resultados positivos o negativos. Caplan (1996) refiere que, durante los episodios de crisis “existe una sensación

de impotencia al no poder enfrentar un problema, esta sensación da lugar a la desorganización del funcionamiento del mecanismo de defensa, haciendo que el sujeto sea menos efectivo de lo que es generalmente”, sin embargo la crisis no necesariamente determina psicopatología o normalidad. Por último, un aspecto relevante es la susceptibilidad del sujeto durante el periodo de crisis, por lo que las intervenciones que se realicen repercutirán significativamente.

3.1.3.4. Teoría Biológica- Genética

Diversas investigaciones concluyen en sus resultados al encontrar riesgo de suicidio significativamente alto en familiares de pacientes depresivos y maníacos que se habían suicidado a diferencia de familiares de aquellos que no habían consumado el acto. (Rodríguez & Glez, 1990).

Hipótesis genética: Roy 1983 (citado por Ortega, 2015) refiere que casi el 50% de pacientes que tuvieron familiares que se quitaron la vida, vuelven a intentar actos suicidas. Por otro lado, Gutiérrez y Contreras (2008) mencionan que el intento de suicidio es mayor en niños que fueron adoptados a pesar de convivir en un ambiente diferente, sin embargo tuvieron padres biológicos que terminaron su vida suicidándose.

Por consiguiente, se aprecia un factor genético hereditario que se puede relacionar con alguna enfermedad mental que direcciona a la muerte propia

Hipótesis neurobioquímicas: Van Heeringer 2004 citado por Gutiérrez et al. (2006), proponen un modelo en el que toman el concepto de “cerebro social” o circuito basolateral, que está compuesto por corteza prefrontal y temporal del cerebro, realizando funciones a través de circuitos de retroalimentación, en unión con la amígdala subcortical y el hipocampo. Deakin (1996) dice en su estudio que el adaptarse a un evento estresante es función primordial de este sistema, donde su alteración puede llevar a la indefensión, poca valía personal, pensamientos catastróficas y depresión, siendo estos factores de riesgo para

el suicidio; además, el segundo subsistema está conformado por la corteza prefrontal y amígdala, siendo mediador de la conducta de evitación y aproximación. El deterioro o mal funcionamiento de estos sistemas harán notoria la ansiedad social, desesperación, inseguridad, falta de capacidad, y desesperanza que es necesaria para consumir el suicidio.

Korman y Sarundiasky (2011) mencionan un incremento de actividad del eje hipotálamo-hipófisis adrenal, compuesto por un porcentaje mayor de la hormona adrenocorticotrófica y disminución numérica de receptores específica de estas hormonas en la corteza prefrontal del sujeto con ideas suicidas. Asimismo, regula el estado anímico, asociándose con la fisiopatología del trastorno afectivo, creando en la persona deseos de morir, por otro lado, se determinó que aquellos sujetos que evidencian riesgo de acabar con su vida, presentan un incremento en las funciones de la corteza prefrontal ventromedial, misma que se junta la impulsividad con la planificación de quitarse la vida, también el hipocampo se ha relacionado con la cognición, que una función evitativa de estresores, generando que la persona tenga deseos de morir.

Por último, Mosquera (2003) refiere que en investigaciones similares observaron la existencia de una mezcla entre alteraciones del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal y el suicidio. Apoyando este modelo, Buney y Fawcett (1965) hicieron el estudio donde encontraron una aumentada excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides en personas con prácticas suicidas y en personas que consumaron el suicidio. Del mismo modo se encontró un incremento del nivel de cortisol en la sangre de personas que terminaron con su vida inclusive niveles por encima de 20 mg/dl de las que podrían tomarse como punto biológico de un incremento de suicidio.

Cabe resaltar que no todos los eventos estresantes de fuerte impacto conllevan al suicidio, sino únicamente en personas que tienen la actividad inhibitoria serotoenergica defectuosa.

3.1.3.5. Teoría Psicológica:

A lo largo de los años diversos autores concluyen en que no existe personalidad de tipo suicida, no obstante se consideran ciertas características como la desesperanza, irritabilidad, intolerancia a la frustración, retraimiento social, baja autoestima, poca capacidad para resolver problemas, son algunos rasgos de personalidad resaltantes en personas con ideas suicidas, hace referencia a la asociación del suicidio con la esquizofrenia, también una vinculación entre los trastornos afectivos y el deseo de causarse dolor con la finalidad de aliviar o escapar de la tensión del momento. Para este autor, otro factor asociado al suicidio es el la esquizofrenia (Bedout, 2008).

Por otro lado, Raison (2012) considera que la ideación suicida es un grito desesperado de auxilio de personas que buscan causar sentimiento de culpa a personas con quienes están enojadas; a juicio del autor, existe tres razones: episodios psicóticos (pensar que el morir es parte de un plan que solo entienden ellos), alguna enfermedad que no tiene cura (cáncer terminal, VIH, etc.) y la última razón es la depresión severa.

Otra aportación importante es la de Pérez et al. (1997) quienes refieren que la gran mayoría de suicidas tienen una patología mental diagnosticable, este fundamento se repite en los adolescentes que pudieron padecer de dependencia a sustancias como drogas alcohol, esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad o en algunos casos desorden alimenticio (anorexia o la bulimia).

3.1.3.6. La teoría Cognitivo Conductual

Beck (1967) realizó contribuciones elementales en cuanto a las ideas suicidas desde su origen hasta su intervención; señala que toda persona va formando esquemas teniendo en cuenta la cultura y su educación recibida a lo largo de su vida, los mismos que permanecen

latentes ante un suceso desesperanzador, lo cual hace que se active y genere ideas autodestructivas. Desde esta perspectiva cualquier individuo que se plantee el suicidio experimentará pensamiento o ideas suicidas; las cuales se definen por la aparición de pensamientos negativos (falta de valor hacia la vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio, entre otros); cuyo contenido está relacionado con acabar con la vida.

De todo ellos Beck presenta un modelo cognitivo conductual donde señala tres aspectos fundamentales que alteran la percepción de la realidad y que son responsables de generar este tipo de pensamientos conocidos como la triada cognitiva, que consiste en tener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro o desesperanza.

La persona que manifiesta ideas suicidas presenta un concepto de sí mismo desvalorizado, despreciado, que solo resalta aspectos negativos de sí misma, de su medio ambiente, incluyendo las personas que los rodean, siendo el estado emocional de pesimismo lo que los caracteriza, ya que creen que en su futuro nada cambiará, viendo difícil pensar en los aspectos positivos de su persona. Dentro de la triada cognitiva, este pesimismo se conoce con el nombre de desesperanza aprendida; misma que repercute de manera negativa en la forma de actuar del individuo, pues nuestro actuar y nuestras emociones tienen origen en nuestros pensamientos sobre una determinada experiencia (Beck & Col, 1979).

Según el modelo demostrado, se asume que el proceso de la ideación y riesgo suicida son estilos consecuentes negativos de la misma persona acerca de su futuro o de la percepción del mismo con desesperanza. Por ello, el modelo teórico corresponde al estudio del factor cognitivo (ideación suicida), presentado como un constructo teórico exteriorizado en personas que desean y planean realizar un suicidio, sin embargo, no hayan ejecutado un intento suicida reciente (Beck, Kovacs y Wiessman, 1979).

Por ello, la presente investigación se ha basado en la teoría propuesta por Beck, debido a su solidez y las múltiples investigaciones que realizó en el transcurso de los años sobre el

tema. Se abordará este tema bajo la misma línea de la adaptación de esta teoría en el Perú por Eugenio y Zelada en el 2011.

3.1.3.7. Indicadores de ideación suicida

Según Beck, 1979 (como se citó en Eugenio y Zelada) la ideación suicida presenta 4 indicadores:

a. Actitud hacia la vida o muerte: la actitud de la vida como la muerte natural es conceptualizada como un hecho cultural, donde la forma de ser de los individuos va cambiando con el pasar de los años, desde el desarrollo personas y debido a la incidencia de los aspectos socioculturales es que se reflejan las dificultades, temores, expectativas, esperanzas, conciencia social y la muerte individual.

b. Pensamientos / deseos suicidas: se caracterizan por los pensamientos suicidas constantes (síntoma de depresión) o un indicador de que la persona no se siente capaz de enfrentar los acontecimientos personales que le tocan vivir en su momento.

c. Proyecto de intento suicida: es la disposición que ha formado la persona para realizar o ejecutar un plan estratégico con la finalidad de acabar con tu vida.

d. Desesperanza: definida como actitudes negativas en relación al futuro, asimismo como los elementos cognitivos asociado con la conducta suicida, donde prevalece un estado de ánimo enfocado en el acto suicida; siendo un factor de riesgo que encamina al suicidio.

3.2. Estrategias de afrontamiento

3.2.1. Antecedentes teóricos del estudio del afrontamiento

Los inicios teóricos acerca del afrontamiento y mecanismos de defensa fueron llevados a cabo por Freud en 1923, posteriormente Ana lo desarrolló en 1936, siendo de origen intrapsíquico (Casullo, 1998). La definición de afrontamiento ha sido un tema de interés para la psicología por más de setenta años. Entre 1940 y 1950 representó un concepto de descripción y evaluación clínica, constituyendo actualmente la base de psicoterapias y

programas de educación con la finalidad de crear y desarrollar estrategias adaptativas (Mayordomo & Meléndez, 2013).

Lazarus y Folkman (1984) son reconocidos como los primeros en considerar los efectos del estrés en las personas, y sus estudios sirven como modelo de base para las propuestas de estudio del afrontamiento. Posteriormente, la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) es la que contó con mayor reconocimiento, planteada desde una perspectiva sociocultural; desde esta perspectiva se contempla al afrontamiento como un proceso de cambio, mediante el cual el individuo maneja y regula la relación que hace el sujeto con su entorno.

3.2.2. Definiciones

Evidentemente, al pasar de los años, la conceptualización del afrontamiento se ha ido desarrollando cada vez más, es por ello que diversos autores le han otorgado más de una definición. Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141). Por su parte Casullo (1998) lo define como una conducta intencional y voluntaria, con la capacidad para afrontar las demandas, siendo poco flexibles en el modo de actuar, con la finalidad de proveer al individuo un recurso de protección.

Por su parte, Lazarus (2000) declara que el afrontamiento debe ser maleable dado que el afrontamiento que utilice la persona depende del escenario en que se dé y el tipo de persona de que se trata; es por ello que frente a situaciones similares de estrés no todas responden de la misma forma, unas pueden estar en estado de alerta, otras niegan la situación, se distraen e intentar olvidar o, por el contrario, actúan de forma directa y activa para cambiar la situación y por último aceptan la situación con resignación.

Otra propuesta es la de Everly y Lating (2013) quienes definen el afrontamiento como “un esfuerzo para inducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. Fierro describe al afrontamiento como la manera de manipular y negociar impulsos externos e internos, asimismo, es considerada como el logro de recursos que alcanza el individuo para salir de la situación satisfactoriamente (citado por Barboza & Pérez, 2013).

De la definición dada por estos autores, Rubio (2015) obtiene dos conclusiones acerca del afrontamiento: la primera lo define como un proceso direccionada a lo que el individuo piensa y hace frente al evento estresante; la segunda con mayor importancia define como el afrontamiento que realiza el sujeto partiendo de la evaluación que le da. Finalmente, Frydenberg y Lewis (2000) definen el afrontamiento adolescente como “el conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta a una preocupación en particular, representando un intento por restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo” (p. 255). En este sentido, se puede decir que las estrategias de afrontamiento son aquellos recursos internos que posee la persona para enfrentar una determinada realidad, con el fin de recuperar la el bienestar emocional que tenía en sus inicios.

3.2.3. Estilos de afrontamiento vs estrategias de afrontamiento

Martín, Jiménez, y Fernández (1997) manifiestan la existencia de una diferencia considerable entre estilos y estrategias de afrontamiento, diferenciándolos a continuación:

- Estilos de afrontamiento: son tendencias personales que son utilizadas ante situaciones, siendo los responsables de las preferencias individuales para llevar a cabo una u otras estrategias de afrontamiento, así como de la estabilidad transitoria y situacional.
- Estrategias de afrontamiento: referida a los métodos concretos que son utilizados en diferentes situaciones de una forma particular, pudiendo cambiarse de acuerdo con los condiciones desencadenantes.

3.2.4. Fases de afrontamiento

3.2.4.1. Fase de evaluación cognitiva.

Las reacciones emocionales negativas y el estrés dependen de las consecuencias que produce el evento estresante que ocurre durante el proceso de afrontamiento, siendo denominado como evaluación cognitiva (Pelechano, 2000). Se han definido tres fases durante este proceso, descritas a continuación:

a. Evaluación primaria: como primer paso, aquí se evalúan las consecuencias que tiene para la persona, por ende, la valoración puede ser positiva, negativa o neutra. La valoración resulta positiva si se estima que la situación ayuda a mantener un bienestar adecuado, neutra si se evalúa las consecuencias irrelevantes y negativas si el individuo considera que el evento puede ocasionarle algún tipo de daño.

b. Evaluación secundaria: se produce cuando la situación se valora como estresora y en ella se evalúan los recursos propios para enfrentarse a dicho contexto, evitando las posibles consecuencias negativas. La valoración que se le da a la situación influenciará de manera directa en el estado emocional del individuo resultando que la persona se sienta optimista, asustada o desafiante ante la situación. Esta valoración se dividirá en dos etapas: primero se producirá una estimación de las opciones de afrontamiento y en segundo lugar, se evalúa la capacidad de llevar a cabo esas acciones.

c. Reevaluación: consiste en una nueva evaluación de la situación amenazante, analizando los recursos afrontamiento disponible y la capacidad para utilizarlos. Como resultado de esta reevaluación la situación estresante puede ser evaluada con un grado mayor o menor de amenaza respecto a la evaluación primaria, permitiendo hacer correcciones sobre la valoración previa.

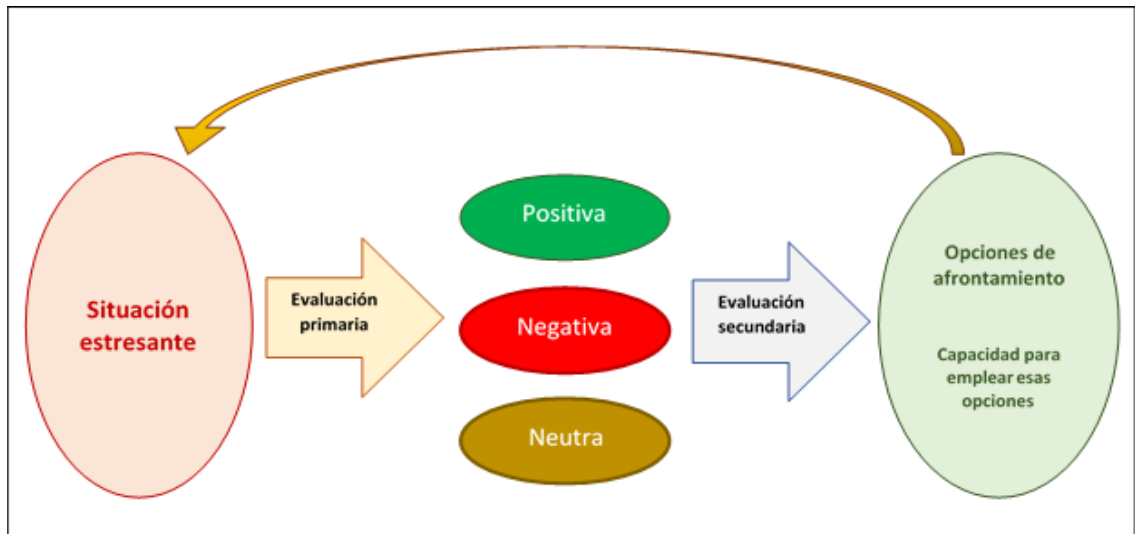


Figura 1: Fases de la evaluación cognitiva, según Palechano, (2000).

3.2.5. Principios del proceso de afrontamiento

Lazarus (1993) y Frydenberg (1997) consideran al afrontamiento como un proceso que cuenta con los siguientes principios:

- El afrontamiento depende del contexto, por ende, es posible que cambie durante una determinada situación.
- Durante el afrontamiento los pensamientos y las acciones se determinan por el esfuerzo y no por el éxito.
- La teoría del afrontamiento durante el proceso señala que existe dos características principales: la primera orientada al problema y otra a la emoción, que depende del nivel de control que se tenga sobre la circunstancia.
- Algunas estrategias de afrontamiento son más firmes en escenarios de estrés en comparación a otras.
- El afrontamiento es capaz de intermediar el resultado emocional, variando el estado emocional de inicio a fin en un suceso estresante.

3.2.6. Modelos teóricos

En el estudio acerca del afrontamiento existen gran variedad de clasificaciones que surgen a raíz de investigaciones realizadas.

3.2.6.1. Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman

Según el modelo de Lazarus & Folkman (1984), las situaciones no son las que estimulan el estrés, sino como la persona interpreta tales emociones. Desde este modo, el afrontamiento es comprendido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 141).

Frente a ello Lazarus y Folkman (1984) sustentan que el afrontamiento se divide en dos tipos: orientado al problema y orientado hacia la emoción.

- Estilo centrado en el problema: se encarga de la búsqueda de alternativas de solución, para modificar condiciones estresantes y realizar algo constructivo para resolver la situación. Aquí se utilizan dos estrategias confrontación y planificación.
- Estilo centrado en la emoción: implica reducir o eliminar sentimientos, pensamientos y acciones que alivien la angustia emocional generada por un acontecimiento estresante. Aquí se utilizan cinco estrategias: aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva y evitación.

Posteriormente, los mismos autores clasificaron 3 dimensiones en las estrategias de afrontamiento según la finalidad de éstas (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989 ; Lazarus & Folkman, 1984):

a. Clasificación

- Afrontamiento cognitivo: emplea estrategias dirigidas a modificar la valoración del estresor, buscando reinterpretar el suceso o buscándole un significado al mismo.

- Afrontamiento conductual: centrada en la realización de comportamientos específicos para resolver la situación y manejar las consecuencias de esta.
- Afrontamiento emocional: emplea la utilización de recursos que permiten la expresión, manejo y regulación de las emociones que surgen ante el evento estresante, con la finalidad de mantener el equilibrio emocional y afectivo.

3.2.6.2. Modelo teórico de estrategias de afrontamiento de Cabanach

Desde la orientación de Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro y Freire (2010) consideran el afrontamiento como una evaluación cognitiva, en la cual se determina mediante un proceso, que evalúa si el acontecimiento es importante para el bienestar. Para ello el autor lo propone dos etapas: la primera caracterizada porque el sujeto pretende determinar lo que hay en la situación amenazante para resolver lo dañino o beneficioso, concerniente a los objetivos personales. La segunda etapa se distingue porque el sujeto elige que hacer para combatir, sobreponerse o evitar ciertas situaciones, además de mejorar sus beneficios.

En este sentido señala que el afrontamiento haría mención al tipo de estrategias adoptadas por la persona, para hacer frente a las situaciones estresantes, partiendo de la reevaluación cognitiva de la misma. Por lo cual, el afrontamiento para dichos autores tendría dos funciones principales:

- Regular las emociones generadas por eventos estresantes.
- Modificar la relación problemática entre el individuo y el medio ambiente.

3.2.6.3. Modelo teórico de Frydenberg y Lewis.

Para Frydenberg y Lewis (2000) el afrontamiento adolescente es el cúmulo de acciones cognitivas y afectivas, que surgen en respuesta a una inquietud determinada, con la finalidad de restaurar el equilibrio o reducir la tensión que crea en el sujeto. Este modelo propone y hace una distinción entre afrontamiento general (forma que enfrenta cualquier situación) y específico, (problemática en particular).

Los autores indican que después de valorar una situación, la persona analiza el impacto del estrés, las consecuencias que le han generado (pérdida o daño) y los recursos que posee para manejar dicha situación. Luego, el resultado es reevaluado y en función a eso puede generarse otra respuesta. De esta forma, se da un mecanismo de retroalimentación, el cual comprueba si las estrategias empleadas volverán hacer empleadas nuevamente o no serán consideradas en futuras estrategias (Frydenberg, 1997).

Desde esta orientación, Frydenberg y Lewis ejecutaron investigaciones durante cinco años con el objetivo de construir una escala, Adolescent Coping Scale (ACS), que mida los diferentes modos de afrontar que prefieren los adolescentes cuando se encuentran en situaciones difíciles o adversas.

Frydenberg y Lewis (2000) lo clasifican en 18 estrategias de afrontamiento, agrupadas en tres dimensiones, y que cada dimensión contiene un grupo de estrategias, cabe resaltar que según esta clasificación se basa la presente investigación.

a. *Resolver el problema*: Es caracterizada por la búsqueda de soluciones ante una situación demandante, conservando una actitud positiva y socialmente conectada para el bienestar de su salud; dentro de su categoría se encuentran 7 estrategias:

- Concentrarse en resolver el problema (Rp): estrategia dirigida a afrontar el problema, metódicamente considerando los diferentes puntos de vista y opciones.
- Esforzarse y tener éxito (Es): comprende conductas compromiso, trabajo, ambición y dedicación.
- Invertir en amigos íntimos (Ai): Referido al esfuerzo en la búsqueda de relaciones personales íntimas.
- Buscar pertenencia (Pe): indica la preocupación e interés por las relaciones con los demás en general, y más concretamente, por lo que otros piensan.

- Fijarse en lo positivo (Po): es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación.
 - Buscar diversiones relajantes (Dr): se caracteriza por realizar actividades relajantes como leer o pintar.
 - Distracción física (Fi): consta de elementos que describen la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.
- b. *Afrontamiento en relación a otros*: Asimismo esta dimensión implica un intento de la persona por enfrentar el problema acudiendo al apoyo y a los recursos de las demás personas, como pares, profesionales o deidades. Y abarca 6 estrategias:
- Buscar apoyo social (As): estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para la solución.
 - Acción social (So): consiste en dar a conocer cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
 - Buscar apoyo espiritual (Ae): está compuesto por elementos que reflejen una tendencia a rezar, emplear la oración y creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios.
 - Buscar ayuda profesional (Ap): buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros.
- c. *Afrontamiento improductivo*: esta dimensión está asociada a la incapacidad para afrontar los problemas e incluye estrategias de evitación. Tal estilo no lleva a la solución del problema, pero lo alivia; dentro de su categoría se encuentran 7 estrategias:
- Preocuparse (Pr): elementos que indican temor por el futuro, o preocupación por la felicidad futura.
 - Hacerse ilusiones (Hi): anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo saldrá bien y tendrá un final feliz.

- Falta de afrontamiento (Na): incapacidad del individuo para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicosomáticos.
- Ignorar el problema (Ip): agrupa elementos que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
- Reducción de la tensión (Rt): hacer cosas que reflejan un intento por sentirse mejor y relajar la tensión.
- Reservarlo para sí (Re): presencia de características que reflejan que el sujeto huye o tiende aislarse de los demás, no deseando que conozcan sus problemas.
- Autoinculparse (Cu): conductas que incluyen que el individuo se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene.

Asimismo señalan que los dos primeros comprenden de estrategias productivas, lo cual se sitúa como estilo funcional, dado que se identifican recursos para la solución, mientras que el tercer estilo se considera disfuncional, puesto que se enfoca en el manejo y la expresión de emociones, así como a la incapacidad para afrontar situaciones adversas, por ende se son denominadas estrategias improductivas.

3.2.7. Importancia de las estrategias de afrontamiento

Para Sandín (2003), el afrontamiento es el encargado principal de moderar los eventos estresantes que vive la persona, quien tiene que recurrir a estrategias propias o externas para enfrentarlas, de este modo las estrategias de afrontamiento suman positivamente al bienestar psicosocial de la persona que se encuentra afectada, dependiendo del uso de recursos de afronte. Rutter (1983) postula que investigaciones relacionadas a las estrategias resolver el problema y buscar apoyo social, están ligados al bienestar biopsicológico pudiéndose mencionar que el afrontamiento acciona como protector de la salud y regulador del desorden emocional, es decir si el recurso de afrontamiento es adecuado no existirá malestar, pero si este no es el adecuado aumentará en el sujeto la morbilidad y por ende mortalidad.

Investigadores como Frydenberg y Lewis (2000) refieren que es importante que el adolescente aprenda a distinguir sus recursos y estrategias para la resolución de conflictos, ya que cuando los jóvenes se sienten inseguros y no afrontan de manera positiva, tendrán efectos dañinos para ellos mismos, familiares e incluso la sociedad.

Es apoyada esta idea por Alcoser (2012) quien considera estas estrategias de vital importancia, ya que sin la existencia de estos recursos, el factor desestabilizante se torna crónico y existe una incapacidad de adaptación adecuada, que genera indefensión biológica y psicológica que traerán consigo alguna enfermedad.

3.2.8. Estrategias de afrontamiento en las adolescentes gestantes

Durante la etapa de la adolescencia existen diversos cambios cognitivos, físicos y biológicos que producen diversas crisis, algunas causantes son búsqueda de identidad, aprobación por su círculo social, dejar la dependencia familiar, entre otras; por ello están más propensos a ser afectados negativamente ante estresores. (Guanín, 2015).

En este sentido, Méndez y Rivas aseguran que el embarazo en adolescentes, tiene un fuerte impacto emocional y determinante para el futuro de la joven, cuyos sueños, ambiciones educativas o profesionales quedarán truncados y cuyo vínculo familiar será afectado (citado por Alcoser, 2012). Respalda esta idea una investigación donde se encontró que el 62 % de gestantes adolescentes tuvieron que abandonar sus estudios de educación primaria y un porcentaje considerablemente menor logró concluir la secundaria, sin embargo, se encontró una alteración en la relación entre la adolescente y su núcleo familiar, social que mostró rechazo trayendo diferentes complicaciones en la buena convivencia. (Gómez, 2015).

Valdivia y Molina (2003) mencionan que la gestante adolescente deber asumir roles que no corresponden a su edad, mostrando inmadurez propia de su edad ya que es física y psicológicamente inmadura. Esta nueva etapa afecta socialmente a la joven, quien tiene que

abandonar el colegio y buscar un empleo, que, en su mayoría, es mal pagado, además en esta nueva etapa sus sentidos de alerta están alterados mostrando irritabilidad, desgano, baja tolerancia y es claramente visible la frustración en ella. En este, se espera que las adolescentes busquen recursos para hacer frente a la situación estresante que están atravesando y realizar cambios drásticos por su bienestar

Finalmente, distintas investigaciones recalcan la importancia de contar con el manejo de estrategias de afrontamiento positivas para hacer frente el evento estresante, además, el recurso que se utilizaría dependerá de la persona afectada; es así que se fundamenta la importancia de considerar a las gestantes adolescentes para el estudio de estrategias de afrontamiento.

3.3. Marco referente a la población de estudio

3.3.1. *La adolescencia.*

El término “adolescencia” etimológicamente proviene del verbo latino “adolecer” = crecer, desarrollarse y madurar. Frydemberg y Lewis (1997) mencionan que esta etapa de desarrollo trae consigo desafíos y dificultades; en las cuales es necesario establecer la propia identidad y alcanzar la independencia familiar, a su vez, conservar el vínculo social y aceptación en su grupo de pares, además mencionan que está acompañada por cambios físicos y cognitivos. Cabe resaltar que, para cumplir este proceso, es vital que el adolescente adquiera la capacidad de afrontamiento, es decir, que desarrolle recursos conductuales y cognitivos que le ayuden a adaptarse mientras dure la transición de una etapa a otra. Además, la adolescencia es considerada como la etapa de evolución entre la niñez y adultez, donde se producen significativos cambios biológicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales que convierten al infante en adulto (Papalia, 2005). Así también, Rivero y González (2005) mencionan que no existe establecido el inicio y término de esta etapa, sin embargo,

se considera los cambios biológicos de la pubertad que concluyen el logro de ciertas tareas de desarrollo, reflejando su madurez social alcanzada (Castillo, 2007).

Asimismo, Burroughs y Leider (2008) definen esta etapa como un periodo de transición de la infancia a la adultez, la cual está caracterizada por diversos cambios, donde los adolescentes atraviesan periodos de estrés y ansiedad, debido a que se enfrentan a diversas tareas de desarrollo: a) desarrollo de identidad, b) desarrollo de autonomía e independencia, c) desarrollo de intimidad en una relación, d) desarrollo de bienestar con su propia sexualidad y e) desarrollo del sentido de logro.

Según la OMS (2016), la adolescencia es un periodo de crecimiento y parte del desarrollo del ser humano, que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y 19 años aproximadamente, tratándose de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios, donde el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. Esto a diferencia de Papalia, Wendkos y Duskin (2002) quienes mencionan que la adolescencia se da entre los 11 y 19 años, considerada como una transición del desarrollo que involucra cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, que a su vez adoptan diferentes formas en escenarios sociales, culturales y económicos

De manera similar, otros autores lo definen como aquella etapa entre la niñez y la adultez, iniciada cronológicamente por cambios puberales y diversas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de conflictos, crisis y contradicciones.

Finalmente, la UNICEF (2016) señala que la adolescencia es una etapa donde se asume mayor responsabilidad y se experimenta mayor grado de independencia, donde van en busca de su identidad, valores, habilidades y destrezas aprendidas en su primera infancia, teniendo la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos.

Dadas las conceptualizaciones señaladas por los diferentes autores, se concluye que la adolescencia es una etapa vital en la vida del ser humano donde atraviesa cambios físicos, cognitivos y sociales, con la finalidad de obtener autonomía, en la cual la edad exacta en la que se finaliza no es uniforme y dependerá de la persona, la cultura, el contexto en el que se desarrolle.

3.3.2. Fases de la adolescencia

Para fines de esta investigación, se tomará en consideración la agrupación de edades que postula El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) respecto a las fases del desarrollo, menciona que la adolescencia presenta dos etapas:

Adolescencia temprana (10 a 14 años de edad): esta etapa se caracteriza por la manifestación de cambios físicos, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias, esto puede provocar en los adolescentes ciertos grados de ansiedad como también de entusiasmo, debido a la transformación de su cuerpo. Es durante la adolescencia temprana cuando los adolescentes presentan mayor conciencia de su género que cuando eran niños, pudiendo ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan, caracterizados por un pensamiento concreto, la sensación de que está siendo observado constantemente, siendo sus actitudes las que giran en torno a este pensamiento. Asimismo, en esta etapa pueden ser víctimas de: actos de intimidación o acoso o sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. Esta etapa es fundamental para que el adolescente se afiance en un entorno seguro con padres o tutores para poder transitar una serie de cambios a nivel físico, emocional, sexual y psicológico, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

a. *Adolescencia tardía (de 15 a 19 años de edad)*: esta etapa abarca la segunda década de la vida, donde los cambios más importantes ya pasaron y se han desarrollado casi en su totalidad, sin embargo, el cerebro aún sigue en desarrollo, está reorganizándose y la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo se están desenvuelven. Por otro lado, resalta la opinión de los demás, sin embargo, tiende a disminuir a medida que el adolescente va adquiriendo mayor confianza y claridad de sí mismos. A su vez, existe mayor porcentaje en las mujeres de tener problemas de salud como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, entre otros.

Finalmente, se puede concluir que, en esta etapa, así como se presentan riesgos, también se presentan oportunidades, puesto que el adolescente ingresa a estudios superiores, se insertan en el mundo laboral, consolidan en muchos casos su propia identidad, su cosmovisión y comienzan a participar activamente del mundo que les rodea.

3.3.3. Embarazo en la adolescencia

En la actualidad, la etapa de la adolescencia se ve marcada por un embarazo precoz no planificado, raras veces planificado y cada vez más frecuente, que se convierte en un gran desafío para las adolescentes, debido a que se ven en la necesidad de afrontar nuevos roles de mujer. En este mismo orden, el embarazo precoz ocasiona una pobre imagen y valorización de la mujer, sentimientos de soledad y rechazo, entre otras (Contreras & Huamán, 2016). Lo expresado claramente indica las posibles causas que están reincidiendo en el embarazo de las adolescentes, teniendo como factores fundamentales el inicio temprano de las relaciones sexuales, escasa preparación e información sobre prevención y salud reproductiva, la carencia de afecto por parte de padres hacia las adolescentes, soledad, rechazo, entre otros factores multicausales.

Mayorga (2012) señala que el embarazo en adolescentes es un proceso sumamente dinámico y complejo, de alto riesgo, el cual es influenciado por múltiples factores sociales,

económicos, familiares (hogares disfuncionales, conflictivos, entre otros). Puesto que todavía la adolescente no está preparada para afrontar uno de los roles más importantes en la vida de la mujer como el ser mamá. Sin embargo, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), algunos adolescentes logran sobreponerse y afrontar esta crisis, llegando a término y en condiciones que no alteren significativamente su calidad de vida; aunque, en la mayoría de los casos, conduce a la pérdida de autonomía, lo que obliga a las adolescentes a buscar refugio y ayuda de sus padres, cuando pensaban que habían iniciado el camino hacia su independencia (citado por Guevara, 1997).

3.3.4. Características de las gestantes adolescentes

Amar, señala que diversas investigaciones convergen en afirmar que el embarazo adolescente en su mayoría constituye un hecho traumático, que afecta la vida de las jóvenes, y a consecuencia del machismo deben afrontar solas los efectos sociales del embarazo, el parto y el cuidado del niño y también deben aplazar su condición de estudiante y abandonar sus aspiraciones académicas, frente a ello, la investigadora afirma que “la gestante adolescente atraviesa una etapa de crisis en la maduración psicoafectiva y biológica; no ha perfilado ni definido su autoconcepto, no ha logrado una autonomía personal, ni la estabilidad y madurez necesarias para hacerse cargo de una familia”. Esto significa que, aunque el embarazo sea deseado o conscientemente aceptado, las adolescentes de alguna manera lo rechazan y, al mismo tiempo, lo aceptan, lo cual se ve reflejado en su autoconcepto. (citado por Contreras & Huamán, 2016).

De forma global, se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que, de forma reducida, se puede clasificar por períodos de la gestación. Por lo tanto, se afirma que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de

las tasas de embarazo en este grupo etario, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

4. Definición de términos

- Embarazo adolescente: evento inesperado, sorpresivo periodo en que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. (González, 2001).
- Adolescencia: periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (OMS, 2017).
- Problema: determinado planteamiento de una situación cuya respuesta desconocida debe obtenerse a través de diversos métodos (RAE, 2014).

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general.

- Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

5.2 Hipótesis específicas.

- Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento de resolución del problema frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

- Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento en relación con los demás frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento improductivo frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El enfoque de la presente investigación fue cuantitativo, el tipo de investigación que se siguió correspondió a un diseño no experimental, ya que no se manipuló deliberadamente ninguno de los elementos de las variables a estudiar, las cuales son consideradas como interdependientes. Asimismo, la presente investigación fue de corte transversal debido a que los datos fueron recolectados en un solo momento (ideación suicida – estrategias de afrontamiento) con el objetivo de revisar su interrelación en ese momento. En cuanto al tipo de estudio fue correlacional, ya que se describió cada una de las variables a estudiar, asimismo, se analizó la asociación que existe entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

A continuación se presentan la identificación de las variables de estudio así como sus definiciones conceptuales.

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Ideación suicida*

Según Eugenio y Zelada (2011) la ideación suicida ocurre cuando la persona persistentemente piensa ,planea o desea cometer suicidio.

2.1.2. *Estrategias de afrontamiento*

Frydenberg y Lewis (2000) afirman que es un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que realiza el individuo en respuesta a una preocupación en particular, con la finalidad de restaurar su propio equilibrio. Por esta razón, el adolescente en su intento de restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia, deberá resolver el problema, cambiando el estímulo o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución. (citado por Canessa, 2002).

2.2. Operacionalización de las variables

A continuación se presenta la operacionalización de las variables.

2.2.1. Ideación suicida

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la Escala de Ideación Suicida

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Baremos
Actitudes hacia la vida/muerte	▪ Deseo de vivir	1,2,3,4 y 5	0 – 17 (Bajo)
	▪ Deseo de morir		
	▪ Razones para vivir/morir		
	▪ Deseos de realizar el intento pasivo		
	▪ Intento pasivo de suicidio		
Pensamientos/ deseos de suicidio	▪ Duración	6,7,8,9,10 y 11	18 – 30 (Medio)
	▪ Frecuencia		
	▪ Pensamientos /deseos		
	▪ Deseo suicida		
	▪ Detiene la tentativa suicida		
	▪ Desean el intento suicida		
Proyecto de intento suicida	▪ Método: especificación/planes	12, 13, 14 y 15	Cada ítem se puntúa de 0-2
	▪ Método: disponibilidad, oportunidad de pensar el intento		
	▪ Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento		
	▪ Expectativa/anticipación de un intento real		
	▪ Preparación		
Desesperanza	▪ Nota suicida	16,17 y 18	Puntuación
	▪ Preparativos finales		

2.2.1.1. Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)

Dimensiones	Estrategias	Ítems	Baremos
Resolución del problema	Concentrarse en resolver el problema.	2,21,39,57,73	-Puntaje 20-29: Estrategia no utilizada
	Esforzarse y tener éxito	3,22,40,58,74	-Puntaje 30-49: Se utiliza raras veces
	Fijarse en lo positivo	16,34,52,70	-Puntaje 50-69: Se utiliza algunas veces
	Buscar diversiones relajantes.	18,36,54 19,37,55	-Puntaje 70 -89: Se utiliza a menudo.
	Distracción física		-Puntaje 70-100: Se utiliza con mucha frecuencia
	Relación con los otros	Invertir en amigos íntimos	5,24,42,60,76
Buscar pertenencia		6,25,43,61,77	
Buscar apoyo social		1,20,38,56,72	
Acción social		10,11,29,47,65	
Buscar apoyo espiritual		15,33,51,69	
Buscar ayuda profesional		17,35,53,71	
Afrontamiento improductivo	Preocuparse	4,23,41,59,75	
	Hacerse ilusiones	7,26,44,62,78	
	Falta de afrontamiento	8,27,45,63,79	
	Ignorar el problema	12,30,48,66	
	Reducción de la tensión	9,28,46,64,80	
	Reservarlo para sí	14,32,50,68	
	Autoinculparse	13,31,49,67	

3. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se inició en abril de 2017 y se extendió hasta fines de enero de 2018. Se realizó en un hospital nacional de Lima Metropolitana.

4. Participantes

4.1. Características de la muestra

Los participantes fueron 140 gestantes adolescentes que acudieron a un hospital nacional de Lima Metropolitana, cuyas edades oscilan entre los 13 y 18 años.

En la tabla 3 se observa que el 86% de la población pertenece al grupo de edad de entre 10 a 14 años mientras que el 14% pertenece al grupo de 15 a 18 años. Asimismo, de esta población, el 76.4% inició su gestación en la adolescencia tardía (15-18 años) y el 23.6% en la adolescencia temprana (13-14 años). En relación al apoyo que recibieron, el 40.7% recibió apoyo de su pareja y el 50%, de su familia. Respecto a la percepción sobre la relación de sus padres, el 58.6% refiere que sus padres mantienen una relación conflictiva, 32.1% una relación distante y solo el 9.3% una relación armoniosa.

Tabla 3

Características de la muestra

Variables	Categorías	n	%
Edad	Adolescencia temprana: 13 a 14 años	19	14
	Adolescencia tardía: 15 a 18 años	121	86
Edad de embarazo	Adolescencia temprana: 13 a 14 años	33	23.6
	Adolescencia tardía: 15 a 18 años	107	76.4
Estado Civil	Soltera	102	72.9
	Conviviente	33	23.6
	Casada	5	3.6
Apoyo Pareja	Sí	57	40.7
	No	83	59.3
Apoyo Familia	Sí	70	50
	No	70	50
Grado de instrucción	Primaria	2	1.4
	Secundaria	62	44.3
	Secundaria incompleta	73	52.1
Procedencia	Superior	3	2.1
	Costa	54	38.6
	Sierra	44	31.4
	Selva	42	30

Relación de padres	Armoniosa	13	9.3
	Conflictiva	82	58.6
	Distante	45	32.1

4.2. Criterios de inclusión

- Gestantes adolescentes (13-18 años)
- Gestantes adolescentes que deseen participar en el estudio.

4.2.1. Criterios de exclusión

- Gestantes con problemas mentales o físicos
- Pacientes con más del 10% de preguntas omitidas en algunas de las pruebas
- Pacientes que invaliden los cuestionarios respondiendo al azar
- Pacientes mayores de 18 años

5. Instrumentos

5.1. Escala de ideación suicida SSI.

Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La Escala de Ideación Suicida, puede administrarse de manera individual o colectiva, consta de 18 ítems, de los cuáles su puntuación oscila entre 0, 1 y 2. Posee 4 dimensiones: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de intento suicida, desesperanza. Está formada por una parte objetiva: ítems del 1 al 8, que explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio, y por una parte subjetiva: ítems del 9 al 15, la cual valora las expectativas durante la tentativa. Y otros aspectos: ítems del 16 al 18, que evalúan la situación que desencadenó un intento de suicidio. Se utilizó la adaptación de la prueba realizada por Eugenio y Zelada (2011), quienes aplicaron una prueba

piloto de la escala a 105 pacientes en el Hospital nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima. Posteriormente, se procedió a la codificación de cada una de las respuestas. Primero se sacó los puntajes por dimensiones, para luego obtener la puntuación total de la escala general, la cual es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 18; esto se interpreta de la siguiente manera: de 0 a 17 lo que equivale a un nivel bajo, de 18 a 30 un nivel medio, y de 31 a 36, un nivel alto. Para la validez total de la Escala de Ideación Suicida, adaptada por Eugenio y Zelada (2011), estos investigadores hicieron uso del método de contrastación de hipótesis T Students con los puntajes (ordenados de mayor a menor y considerados los más altos contra los más bajos), obteniendo como resultado que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0.01 ($p < 0.01$). Utilizaron un análisis factorial y hallaron 4 factores principales en la adaptación de la escala de ideación suicida, la misma que coincide con los de Beck (2004) en el análisis factorial de la escala que muestra la existencia de cuatro factores subyacentes principales. Para verificar la confiabilidad utilizaron el Índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), y obtuvieron 0.79, lo que coincide con Beck (2004). La consistencia interna de la escala fue de 0.82, índice que coincide con Eugenio y Zelada (0.79). De igual manera se encuentra consistencia interna por dimensiones. Por lo tanto el instrumento es confiable.

5.2. Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

El ACS es un inventario de autoinforme, originalmente fue creado por Erica Frydenberg y Ramón Lewis (1993) en Australia. Para el análisis estadístico se llevaron a cabo dos estudios: uno con 643 estudiantes (15 y 16 años) y el otro con 576 (13 a 17 años de edad); estudios en los cuales los autores verificaron la validez y confiabilidad del instrumento. Luego de realizar 3

análisis factoriales, se encontró que las 18 escalas tuvieron validez de constructo y respecto a la confiabilidad, se demostró que ambos estudios tuvieron suficiente estabilidad.

Después, fue adaptado por Pereña y Seisdedos (1995) en España. En el año 2002, Beatriz Canessa, toma el trabajo de Pereña y Seisdedos y, a su vez, lo adaptó a la realidad peruana, limeña, mediante su trabajo realizado con escolares de Lima Metropolitana, con una muestra total de 1.236 escolares. La conclusión es que el cuestionario (ACS Lima) alcanzó niveles de validez y confiabilidad aceptables.

Para esta investigación se usó la adaptación de este inventario. El instrumento está compuesto por 80 elementos o ítems, que permiten evaluar con fiabilidad 18 diferentes estrategias de afrontamiento que se han identificado conceptual y empíricamente. Asimismo, dicha escala se aplica a adolescentes de entre 12 a 18 años de edad y puede ser administrada de forma individual o colectiva con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Estas 18 estrategias están agrupadas en tres dimensiones o estilos básicos de afrontamiento: La primera llamada “resolución del problemas”, que, como su nombre bien lo dice, está orientada a identificar con cuánta frecuencia el evaluado aborda la situación estresante con la finalidad de buscar una solución. La segunda orientada a la “búsqueda de ayuda en los demás”; esta dimensión investiga si es frecuente entre los evaluados compartir sus preocupaciones y buscar soporte en terceras personas como amigos y familiares. Y la tercera dimensión denominada “afrontamiento improductivo”, donde el individuo no encuentra una solución a pesar de las estrategias usadas.

Los 80 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Lickert de cinco puntos: (nunca lo hago, lo hago raras veces, lo hago algunas veces, lo hago a menudo y lo hago con mucha frecuencia).

La puntuación se obtiene mediante la suma total de los puntos obtenidos en cada uno de los 5, 4 o 3 elementos que consigna una escala o estrategia de afrontamiento, luego el puntaje se multiplica por 4, 5 o 7 ítems de acuerdo con el número de elementos de cada escala.

Referente a la validez, se realizaron 3 análisis factoriales, encontrando que las 18 escalas eran válidas (Frydenberg y Lewis, 1997).

6. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en un hospital de Lima Metropolitana. Adicionalmente en el presente estudio de investigación se tomó en cuenta las siguientes consideraciones éticas, y principios: veracidad, fidelidad, reciprocidad, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Los instrumentos fueron aplicados bajo previa información y consentimiento de la gestante. Finalmente la información obtenida fue confidencial y exclusivamente utilizada en la presente investigación.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* versión 24.0), una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. Los resultados que se obtuvieron fueron ordenados en tablas, cuya interpretación permitió evaluar y verificar la hipótesis planteada, para ello se utilizó el proceso estadístico Spearman que permitió determinar si existe relación significativa entre ambas variables.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Niveles de ideación suicida

En la tabla 4 se observa que el 4.3% de las adolescentes, de manera general, presentó niveles altos de ideación suicida, es decir, en el momento que se enteraron de su estado de gestación, pensaron y hasta planificaron una acción suicida específica, creyendo no encontrar otra solución y sintiéndose desesperanzadas. Mientras que el 36.4% evidenció estos síntomas o pensamiento suicidas en niveles moderados. Y por último, el 59.3% presentó niveles bajos de ideación suicida. Respecto a las dimensiones, los resultados obtenidos demuestran que el 65.7% presentaron niveles moderados en la dimensión actitud hacia la muerte; lo cual indica que demostraron ambivalencia en relación a la vida/muerte. El 20.7% presentó niveles altos de pensamiento suicida; es decir, pensamientos negativos continuos y autocontrol deteriorado. Por otro lado, el 28.6% ha considerado el intento suicida, sin detalles específicos e inseguridad para concretar el acto. Finalmente el 20.7% presentaron desesperanza realizando preparativos finales, sin embargo, no llegaron a concretar el suicidio.

Tabla 4

Niveles de ideación suicida y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Ideación suicida	83	59.3	51	36.4	6	4.3
Actitud hacia la muerte	24	17.1	92	65.7	24	17.1
Pensamiento suicida	55	39.3	56	40	29	20.7
Proyecto suicida	87	62.1	40	28.6	13	9.3
Desesperanza	107	76.4	29	20.7	4	2.9

1.1.2 Nivel de ideación suicida según datos sociodemográficos

a. Nivel de ideación suicida según edad de embarazo

En la tabla 5, respecto a las gestantes, se observa que el 51.5% de participantes cuyas edades oscilan entre 13 y 14 años presentaron niveles moderados de ideación suicida al momento de enterarse de su estado de gestación, es decir, manifestaron pensamientos intermitentes, inseguridad de control sobre la acción, pero con factores persuasivos influenciables. Mientras que el 64.5% de adolescentes de edades entre 15 a 18 años presentaron niveles bajos de ideación suicida manifestando escasas ideas de muerte, presentado autocontrol y percibiendo otras soluciones para afrontar esa situación.

Tabla 5

Presencia de ideación suicida según edad de embarazo

	Niveles	Edad de embarazo			
		13 a 14 años		15 a 18 años	
		n	%	n	%
Ideación suicida	Bajo	14	42.4	69	64.5
	Medio	17	51.5	34	31.8
	Alto	2	6.1	4	3.7

b. Nivel de ideación suicida según apoyo familiar

En la tabla 6, se observa que el 34.3% de las adolescentes que no recibieron apoyo familiar presentaron ideación suicida moderada, mientras que el 38.6% de quienes sí recibieron el apoyo

familiar también presentaron niveles moderados de ideación suicida, es decir, pensaron algunas veces en acabar con su vida. Cabe señalar que, a pesar de haber contado con el soporte familiar, las adolescentes evidenciaron deseos de morir.

Tabla 6

Presencia de ideación suicida según apoyo familiar

Niveles de Ideación suicida	Apoyo Familiar			
	Si		No	
	n	%	n	%
Bajo	39	55.7	44	62.9
Medio	27	38.6	24	34.3
Alto	4	5.7	2	2.9

1.1.3 Niveles de estrategias de afrontamiento

En la tabla 7 se aprecia las estrategias que emplearon las adolescentes frente al impacto del embarazo. En cuanto a las estrategias de “resolución del problemas” se observa que, en su mayoría, las gestantes raras veces buscaron concentrarse en resolver el problema (35.7%), esforzarse y tener éxito (41.4%) y buscar diversiones relajantes (55.7%), es decir, hallar una solución productiva frente a la situación estresante. Sin embargo, se observó que, a menudo, el 21.4% utilizaron las estrategias de “fijarse en lo positivo y distracción física”, es decir, trataron de buscar el lado positivo de la situación, mientras que otras realizaron deportes o actividades físicas tratando de sobrellevar la situación. Respecto a las estrategias utilizadas *en relación con los demás*; el 37.1% de las participantes refirieron que, a menudo, buscaron “apoyo espiritual”, empleando la oración o rezo como medio de fortaleza, mientras que el 44.3% confirmó que raras veces buscó “apoyo social”, rechazando hablar con otros, buscar ánimo y sostén socioemocional en ese momento. Referente a las *estrategias improductivas* se observa que, en su mayoría, las adolescentes recurrieron al uso de la evitación, donde el 35.7% de gestantes utilizó la “reducción de la tensión”, es decir, buscaron aliviar la situación bebiendo alcohol o utilizando otras drogas

y el 45% prefirió “reservar sus problemas para sí”, aislándose de los demás y no deseando que conozcan su problema. El 77.1% utilizó algunas veces la estrategia “falta de afrontamiento” la cual evidencia la incapacidad para enfrentar la situación estresante; el 74.3% decidió “hacerse ilusiones”, esperando que se reviertan los resultados y ocurra algo mejor; el 70.7% recurrió a “preocuparse”, sintiendo temor hacia el futuro. Por último, el 49.3% mencionaron que raras veces “intentaron ignorar el problema” (negar el embarazo).

Tabla 7

Niveles de estrategias de afrontamiento

	No utiliza		Raras veces		Algunas veces		A menudo		Con mucha frecuencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Resolución del problema</i>										
Concentrarse en resolver el problema	3	2.1	50	35.7	77	55.0	10	7.1	0	0
Esforzarse y tener éxito	2	1.4	58	41.4	69	49.3	11	7.9	0	0
Invertir en amigos íntimos	0	0	20	14.3	89	63.6	28	20	3	2.1
Buscar pertenencia	1	0.7	52	37.1	76	54.3	11	7.9	0	0
Fijarse en lo positivo	1	0.7	37	26.4	70	50	30	21.4	2	1.4
Buscar diversiones relajantes	18	12.9	78	55.7	30	21.4	14	10	0	0
Distracción física	0	0	39	27.9	71	50.7	30	21.4	0	0
<i>En Relación con los demás</i>										
Buscar apoyo social	0	0	62	44.3	72	51.4	6	4.3	0	0
Acción social	0	0	25	17.9	99	70.7	16	11.4	0	0
Buscar apoyo espiritual	0	0	13	9.3	74	52.9	52	37.1	1	0.7
Buscar ayuda profesional	2	1.4	46	32.9	79	56.4	12	8.6	1	0.7
<i>Afrontamiento improductivo</i>										
Preocuparse	0	0	25	17.9	99	70.7	14	10	2	1.4
Hacerse ilusiones	0	0	25	17.9	104	74.3	11	7.9	0	0
Falta de afrontamiento	0	0	8	5.7	108	77.1	24	17.1	0	0
Ignorar el problema	2	1.4	69	49.3	69	49.3	0	0	0	0
Reducción de la tensión	0	0	7	5.0	80	57.1	50	35.7	3	2.1
Reservarlo para sí	0	0	10	7.1	56	40	63	45.0	11	7.9
Autoinculparse	0	0	38	27.1	91	65.0	11	7.9	0	0

1.1.4 Niveles de estrategias de afrontamiento según datos sociodemográficos

a. Nivel de estrategias de afrontamiento según edad de embarazo

Respecto a las estrategias de *resolución de problema* según edad de embarazo, se observa que el 42% de las gestantes de 13 y 14 años raras veces buscó “concentrarse en resolver el problema”, el 72.7% optó por “buscar diversiones relajantes” como leer o pintar y el 57.6% se

“esforzó en tener éxito”. En cuanto a las estrategias de *relacionamiento con otros*, el 60.6%, mencionó que rara vez utilizó la “búsqueda de apoyo social” evidenciando dificultades para compartir su problema y refugiarse en otros. Asimismo, el 45.5% pocas veces “buscó ayuda profesional”. Sin embargo, se observó que el 42.4% a menudo recurrió al “apoyo espiritual” mediante rezos, oraciones hacia Dios. Finalmente, en relación al *afrentamiento no productivo*, se aprecia que el 75.8% raras veces recurrió a “ignorar el problema”, sin embargo, a menudo lo “reservó para sí” aislándose de los demás y no deseando que conozcan su problema.

Tabla 8

Niveles de estrategias de afrontamiento según edad de embarazo

Estilos de afrontamiento		Adolescencia temprana (13 - 14 años)				Con mucha frecuencia
		No utiliza	Raras veces	Algunas veces	A menudo	
<i>Resolución del problema</i>						
Concentrarse en resolver el problema	n	0	14	18	1	0
	%	0	42.4	54.5	3	0
Esforzarse y tener éxito	n	2	19	12	0	0
	%	6.1	57.6	36.4	0	0
Invertir en amigos íntimos	n	0	6	23	4	0
	%	0	18.2	69.7	12.1	0
Buscar pertenencia	n	0	17	14	2	0
	%	0	51.5	42.4	6.1	0
Fijarse en lo positivo	n	0	12	18	3	0
	%	0	36.4	54.5	9.1	0
Buscar diversiones relajantes	n	3	24	6	0	0
	%	9.1	72.7	18.2	0	0
Distracción física	n	0	15	11	7	0
	%	0	45.5	33.3	21.2	0
<i>Relacionamiento con otros</i>						
Buscar apoyo social	n	0	20	13	0	0
	%	0	60.6	39.4	0	0
Acción social	n	0	3	25	5	0
	%	0	9.1	75.8	15.2	0
Buscar apoyo espiritual	n	0	3	16	14	0
	%	0	9.1	48.5	42.4	0
Buscar ayuda profesional	n	1	15	16	1	0
	%	0.3	45.5	48.5	3.0	0
<i>Afrentamiento no productivo</i>						
Preocuparse	n	0	10	22	1	0
	%	0	30.3	66.7	3.0	0
Hacerse ilusiones	n	0	12	20	1	0
	%	0	36.4	60.6	3.0	0
Falta de afrontamiento	n	0	1	24	8	0
	%	0	3.0	72.7	24.2	0
Ignorar el problema	n	0	25	8	0	0
	%	0	75.8	24.2	0	0

Reducción de la tensión	n	0	2	18	13	0
	%	0	6.1	54.5	39.4	0
Reservarlo para sí	n	0	1	14	14	4
	%	0	3.0	42.4	42.4	12.1
Autoinculparse	n	0	12	19	2	0
	%	0	36.4	57.6	6.1	0

En cuanto a las estrategias de *resolución del problema*, se observa que el 25.2% de las adolescentes que iniciaron su gestación entre los 15 y 18 años a menudo decidió fijarse en lo positivo; el 22.4%, invertir en amigos íntimos, y el 8.4% empezó a hacer uso de la estrategia “concentrase en resolver el problema”.

En cuanto a las estrategias de *relacionamiento con los demás*, el 39.3%, mencionó que rara vez utilizó la “búsqueda de apoyo social”, lo cual evidencia dificultades para compartir su problema y refugiarse en otros; el 29% “buscó ayuda profesional” maestros u otros consejeros frente a la situación. Mientras que el 35.5 % a menudo recurrió al “apoyo espiritual” mediante rezos y oraciones hacia Dios. Esta última estrategia también fue empleada por las adolescentes de 13 y 14 años.

Finalmente, en relación al *afrontamiento improductivo* se aprecia que el 41.1% de adolescentes raras veces recurrió a “ignorar el problema”, sin embargo, el 34.6% a menudo recurrió a emplear “reducción de la tensión”, mediante alcohol u otras sustancias. Cabe resaltar que también hicieron uso de la estrategia “reservarlo para sí” aislándose de los demás y no deseando que conozcan su problema.

Tabla 8
Niveles de estrategias de afrontamiento según edad de embarazo (continuación)

Estilos de afrontamiento	Adolescencia temprana (15 - 18 años)				
	No utiliza	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Con mucha frecuencia
<i>Resolución del problema</i>					
Concentrarse en resolver el problema	n 3 % 2.8	36 33.6	59 55.1	9 8.4	0 0
Esforzarse y tener éxito	n 0 % 0	39 36.4	57 53.3	11 10.3	0 0
Invertir en amigos íntimos	n 0 % 0	14 13.1	66 61.7	24 22.4	3 2.8
Buscar pertenencia	n 1 % 0.9	35 32.7	62 57.9	9 8.4	0 0
Fijarse en lo positivo	n 1 % 0.9	25 23.4	52 48.6	27 25.2	2 1.9
Buscar diversiones relajantes	n 15 % 14.1	54 50.5	24 22.4	14 13.1	0 0
Distracción física	n 0 % 0	24 22.4	60 56.1	23 21.5	0 0
<i>Relacionamiento con otros</i>					
Buscar apoyo social	n 0 % 0	42 39.3	59 55.1	6 5.6	0 0
Acción social	n 0 % 0	22 20.6	74 69.2	11 10.3	0 0
Buscar apoyo espiritual	n 0 % 0	10 9.3	58 54.2	38 35.5	1 0.9
Buscar ayuda profesional	n 1 % 0.9	31 29	63 58.9	11 10.3	1 0.9
<i>Afrontamiento improductivo</i>					
Preocuparse	n 0 % 0	15 14	77 72	13 12.1	2 1.9
Hacerse ilusiones	n 0 % 0	13 12.1	84 78.5	10 9.3	0 0
Falta de afrontamiento	n 0 % 0	7 6.5	84 78.5	16 15	0 0
Ignorar el problema	n 2 % 1.9	44 41.1	61 57	0 0	0 0
Reducción de la tensión	n 0 % 0	5 4.7	62 57.9	37 34.6	3 2.8
Reservarlo para sí	n 0 % 0	9 8.4	42 39.3	49 45.8	7 6.5
Autoinculparse	n 0 % 0	26 24.3	72 67.3	9 8.4	0 0

b. Niveles de estrategias de afrontamiento según apoyo familiar.

En la tabla 9, en lo referente a las estrategias de afrontamiento de *resolución del problema*, se observa que del grupo de las adolescentes que sí recibieron apoyo familiar, el 18.6% a menudo utilizó la “distracción física” haciendo deportes o manteniéndose en forma, mientras

que el 54.3% raras veces “buscó diversiones relajantes” como leer, pintar, escuchar música, entre otras. Por otro lado, del grupo que no recibió apoyo familiar, el 27.1% a menudo se fijó en lo positivo o encontró el lado bueno de la situación. Finalmente, el 24.3% de gestantes adolescentes “invirtieron en amigos íntimos” buscando la manera de relacionarse.

Con respecto a las estrategias de *relacionamiento con los demás*, se aprecia que de las adolescentes que sí recibieron soporte familiar, el 34.3% a menudo recurrió al “apoyo espiritual” mediante oraciones y rezos a Dios, el 54.3% raras veces “buscó apoyo social” compartiendo sus problemas con otros y el 31.4% recurrió a la “ayuda profesional” como consejeros, maestros, entre otros. Por su parte, el 40% de las gestantes que no contó con el apoyo familiar recurrió al “apoyo espiritual”, y el 34.3% raras veces empleó el apoyo social y la ayuda profesional.

Finalmente, en relación al *afrentamiento improductivo* se aprecia que, de las adolescentes que sí recibieron soporte familiar, el 37.1% a menudo decidió “reservar su problema para sí”, aislándose de los demás y deseando que no conozcan su problema, mientras que el 54.3% raras veces decidió “ignorar el problema” y el 32.9% decidió autoinculparse, es decir, sentían responsabilidad por las consecuencias. Por otro lado, de las gestantes que no contaron con el apoyo familiar, el 52.9% a menudo también utilizó la estrategia “reservarlo para sí” aislándose de los demás y no permitiendo que conozcan su problema. Además el 42.9 % empleó la “reducción de la tensión” mediante la ingesta de alcohol u otras sustancias. Por último, el 44.3% raras veces decidió “ignorar el problema”, es decir, el embarazo.

Tabla 9

Estrategias de afrontamiento según el apoyo familiar.

		Sí					No				
		N	RV	AC	AD	MF	N	RV	AC	AD	MF
<i>Resolución del problema</i>											
Concentrarse en resolver el problema	n	0	25	38	7	0	3	25	39	3	0
	%	0	35.7	54.3	10	0	4.3	35.7	55.7	4.3	0
Esforzarse y tener éxito	n	0	34	29	7	0	2	24	40	4	0
	%	0	48.6	41.4	10	0	2.9	34.3	57.1	5.7	0
Invertir en amigos íntimos	n	0	14	43	11	2	0	6	46	17	1
	%	0	20	61.4	15.7	2.9	0	8.6	65.7	24.3	1.4
Buscar pertenencia	n	1	30	33	6	0	0	22	43	5	0
	%	1.4	42.9	47.1	8.6	0	0	31.4	61.4	7.1	0
Fijarse en lo positivo	n	0	13	44	11	2	0	24	26	19	0
	%	0	18.6	62.9	11.7	2.9	0	34.3	37.1	27.1	0
Buscar diversiones relajantes	n	9	38	15	8	0	9	40	15	6	0
	%	12.9	54.3	21.4	11.4	0	13	57.1	21.4	8.6	0
Distracción física	n	0	22	35	13	0	0	17	36	17	0
	%	0	31.4	50	18.6	0	0	24.3	51.4	24.3	0
<i>Relacionamiento con otros</i>											
Buscar apoyo social	n	0	38	28	4	0	0	24	44	2	0
	%	0	54.3	40	5.7	0	0	34.3	62.9	2.9	0
Acción social	n	0	13	51	6	0	0	12	48	10	0
	%	0	18.6	72.9	8.6	0	0	17.1	68.6	14.3	0
Buscar apoyo espiritual	n	0	8	37	24	1	0	5	37	28	0
	%	0	11.4	52.9	34.3	1.4	0	7.1	52.9	40	0
Buscar ayuda profesional	n	1	22	40	7	0	0	24	39	5	1
	%	1.4	31.4	57.1	10	0	0	34.3	55.7	7.1	1.4
<i>Afrontamiento no productivo</i>											
Preocuparse	n	0	16	47	6	1	0	9	52	8	1
	%	0	22.9	67.1	8.6	1.4	0	12.9	74.3	11.4	1.4
Hacerse ilusiones	n	0	13	52	5	0	0	12	52	6	0
	%	0	18.6	74.3	7.1	0	0	17.1	74.3	8.6	0
Falta de afrontamiento	n	0	4	53	13	0	0	4	55	11	0
	%	0	5.7	75.7	18.6	0	0	5.7	78.6	15.7	0
Ignorar el problema	n	0	38	32	0	0	2	31	37	0	0
	%	0	54.3	45.7	0	0	2.9	44.3	52.9	0	0
Reducción de la tensión	n	0	5	43	20	2	0	2	37	30	1
	%	0	7.1	61.4	28.6	2.9	0	2.9	52.9	42.9	1.4
Reservarlo para sí	n	0	6	30	26	8	0	4	26	37	3
	%	0	8.6	42.9	37.1	11.4	0	5.7	37.1	52.9	4.3

Autoinculparse	n	0	23	45	2	0	0	15	46	9	0
	%	0	32.9	64.3	2.9	0	0	21.4	65.7	12.9	0

N: nunca RV: raras veces AC: algunas veces AD: a menudo MF: mucha frecuencia

1.2 Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En este sentido, la tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov - Smirnov (K-S). Los datos correspondientes a las variables en su totalidad en su mayoría no presentan una distribución normal, dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleó estadística no paramétrica.

Tabla 10

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Instrumentos	Variables	Media	D.E.	K-S	p	
Ideación suicida	Ideación suicida global	16.41	7.290	0.073	,068c	
	Buscar apoyo social	51.7714	8.56658	0.204	,000c	
	Concentrarse en resolver el problema	52.7143	10.46012	0.149	,000c	
	Esforzarse y tener éxito	53.0286	10.93469	0.106	,001c	
	Preocuparse	59.06	10.906	0.132	,000c	
	Invertir en amigos íntimos	62.37	11.128	0.099	,002c	
	Buscar pertenencia	54.86	11.448	0.134	,000c	
	Hacerse ilusiones	58.40	9.227	0.122	,000c	
	Estrategias de afrontamiento	Estrategia de falta de afrontamiento	61.29	8.314	0.147	,000c
		Reducción de la tensión	66.66	11.729	0.093	,004c
Acción social		55.54	8.768	0.129	,000c	
Ignorar el problema		47.54	8.660	0.122	,000c	
Autoinculparse		53.46	9.594	0.127	,000c	
Reservarlo para sí		67.25	13.509	0.109	,000c	
Buscar apoyo espiritual		63.14	10.868	0.121	,000c	
Fijarse en lo positivo		57.61	13.995	0.102	,001c	
Buscar ayuda profesional		52.46	12.107	0.097	,002c	
Buscar diversiones relajantes		47.35	13.889	0.138	,000c	
	Distracción física	58.70	10.166	0.178	,000c	

* $p < 0.05$

1.3. Correlación entre las variables

En la tabla 11 se aprecia una relación negativa altamente significativa entre ideación suicida y todas las estrategias del estilo de afrontamiento *resolución de problemas*: invertir en amigos íntimos ($\rho=-0.562^{**}$, $p=0.000$), fijarse en lo positivo ($\rho=-0.406^{**}$, $p=0.000$), esforzarse y tener éxito ($\rho=-0.400^{**}$, $p=0.000$), concentrarse en resolver el problema ($\rho=-0.353^{**}$, $p=0.000$), buscar pertenencia ($\rho=-0.311^{**}$, $p=0.000$), buscar diversiones relajantes ($\rho=-0.257^{**}$, $p=0.002$) y distracción física ($\rho=-0.248^{**}$, $p=0.003$). Este hallazgo señala que mientras las adolescentes tengan la capacidad de buscar soluciones ante sus problemas (en este caso, el embarazo no planificado), obtendrán niveles bajos de ideación suicida (o la ausencia de esta) y viceversa.

También se observa una relación negativa altamente significativa entre ideación suicida y las estrategias del estilo de afrontamiento *relación con los demás*: buscar apoyo social ($\rho=-0.346^{**}$, $p<0.000$), buscar apoyo espiritual ($\rho=-0.301^{**}$, $p<0.000$) y buscar ayuda profesional ($\rho=0.306^{**}$, $p<0.000$). Esto demuestra que las adolescentes que buscan apoyo en otras personas (amigos, familia, pareja, personas religiosas y profesionales de la salud mental, presentarán menores niveles de ideación suicida y viceversa. Sin embargo, se evidenció que no existe una correlación entre ideación suicida y la estrategia acción social, ($\rho=0.071$, $p=0.402$), debido a que esta estrategia está vinculada con la aceptación del problema y la búsqueda de acciones para enfrentar su situación (organizando actividades, uniéndose a otras personas en la misma situación), por ende, no se asocia a la ideación suicida.

Finalmente, se encontró una correlación negativa altamente significativa entre ideación suicida y las estrategias del estilo de afrontamiento improductivo: preocuparse ($\rho=-0.327^{**}$, $p=0.000$), hacerse ilusiones ($\rho=-0.383^{**}$, $p=0.000$), falta de afrontamiento ($\rho=-$

0.304** $p=,0.000$), autoinculparse ($\rho=-0.292^{**},p=0.034$) y la estrategia reservarlo para sí ($\rho=-0.179^{*},p=0.000$). Es decir, a mayor uso de estas estrategias, menores niveles de ideación suicida, debido a que dichas estrategias son caracterizadas por evitar la situación estresante y generar alivio. Finalmente, se evidenció que no existe correlación entre ideación suicida y las siguientes estrategias: ignorar el problema ($\rho=-0.040, p>0.636$) y reducción de la tensión ($\rho=-0.068, p>0.422$), debido a que utilizando la primera estrategia se intenta negar la situación (el embarazo) y la segunda está enfocada en buscar paliativos (tomar licor, fumar, consumir drogas, etc.) que aparentemente le hagan olvidar del problema, por lo tanto, no tiene cabida la ideación suicida. Cabe señalar que dichas estrategias por lo general ahondan el problema cuando se deja de utilizarlas y no conduce a una solución, a diferencia de los otros estilos mencionados.

Por lo tanto, existe relación negativa, significativa o altamente significativa entre ideación suicida y quince de las dieciocho estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes.

Tabla 11

Coefficiente de correlación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Ideación suicida	
	ρ	p
Resolución del problema		
Concentrarse en resolver el problema	-0.353**	0
Esforzarse y tener éxito	-0.400**	0
Invertir en amigos íntimos	-0.562**	0
Buscar pertenencia	-0.311**	0
Fijarse en lo positivo	-0.406**	0
Buscar diversiones relajantes	-0.257**	0.002
Distracción física	-0.248**	0.003
Relacionamiento con otros		
Buscar apoyo social	-0.346**	0
Acción social	0.071	0.402
Buscar apoyo espiritual	-0.301**	0
Buscar ayuda profesional	-0.306**	0

Afrontamiento no productivo		
Preocuparse	-0.327**	0
Hacerse ilusiones	-0.383**	0
Falta de afrontamiento	-0.304**	0
Ignorar el problema	-0.04	0.636
Reducción de la tensión	-0.068	0.422
Reservarlo para sí	-0.179*	0
Autoinculparse	-0.292**	0.034

2. Discusión

Durante la etapa de la adolescencia, los jóvenes atraviesan diversos conflictos debido a sus cambios físicos y emocionales. Es en esta fase de desarrollo cuando intentan alcanzar la madurez emocional, asumen nuevas responsabilidades y enfrentan dificultades; para esto, ellos harán uso de diversas estrategias. Algunos adolescentes tendrán recursos de afronte más sólidos, sin embargo, otro grupo no habrá conseguido buenos métodos para sobreponerse a situaciones estresantes, por lo cual tendrán que recurrir a pensamientos respecto a la muerte que pueden llevarlos a realizar actos contra la salud e integridad propia.

Sumado a esto, para algunos jóvenes que están en esta etapa, el impacto de una noticia no esperada como un embarazo precoz, el divorcio de sus padres, la muerte de un familiar, una enfermedad terminal, mudanzas, entre otros, pueden perturbarlos y fomentar inestabilidad emocional, generando en ellos pensamientos suicidas, con el objetivo de solucionar sus problemas. Partiendo de esta idea, el embarazo precoz irrumpe en la vida de las adolescentes que aún no alcanzan la madurez física, mental y emocional, presentando diversas consecuencias como el abandono del proyecto educativo, alejamiento del círculo social, entre otros; en este contexto, se presenta la necesidad de emplearse prematuramente en trabajos que por lo general son mal remunerados. Por otro lado, el embarazo no planeado en una adolescente puede ser la

causa de serios trastornos biológicos y psicológicos, ya que el fuerte impacto emocional podría llevar a la menor a tener ideas suicidas (Pérez & Merino, 2008).

Rey (2009) señala que ante un embarazo precoz, la adolescente se verá en la necesidad de hacer frente a tres procesos importantes: a) problemas de identidad, dependencia y autonomía; b) aceptación de cambios físicos; y c) aceptación del rol materno. Al respecto, en un estudio realizado por Valdivia y Molina (2003) se concluye que la adolescente no se encuentra preparada para asumir su maternidad, debido a que resulta chocante y frustrante asumir diferentes roles que son parte de la etapa adulta; esto la empuja a tener pensamientos de desvalorización. Por su parte, Páramo (2011) señala que cuando las adolescentes no cuentan con recursos, factores protectores o medios necesarios para afrontar una situación pueden desencadenar actos suicidas.

Frente a ello, Bueno (2012) resalta que el afrontamiento no es una estrategia única que se aplica en todas las circunstancias, la gente afronta de manera diferente la muerte de los seres queridos, los problemas cotidianos o los traumas y retos, y las técnicas que usan a lo largo del tiempo y en distintas circunstancias van cambiando, dependiendo de la naturaleza del estresor y de cada situación en particular. A su vez señala que el suicidio es un factor multicausal, y se presenta sin distinguir raza, edad o sexo. Las personas que optan por dar solución a los problemas de esta manera comienzan a tener ideas suicidas por varios días. Poco después, al no tener estrategias de afrontamiento, la ideación suicida se intensifica hasta concretarse atentando contra su vida. Incluso, si esto no se logra, el riesgo inmediato de suicidio se encuentra latente y en la mayoría es alto, por lo que la persona necesita tratamiento permanente hasta bajar el riesgo.

En los últimos años, el incremento de suicidios ha causado gran alarma, convirtiéndose este en un problema de salud pública mundial puesto que es la tercera causa de muerte más frecuente en jóvenes de 15 a 24 años y sexta causa mortal en menores de 14 años. Para Chávez y González (2008), la ideación suicida se define como la presencia de pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte. Otros autores la definen como todo pensamiento acerca de la voluntad de quitarse la vida, donde el sujeto menciona ideas de no querer seguir viviendo; estas expresiones pueden o no implicar una planificación del acto suicida (cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción) (Robledo, 2007).

A continuación se presenta la discusión de los principales hallazgos encontrados en la presente investigación cuyo propósito es conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ideación suicida en gestantes adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

Respecto a la relación entre los estilos de afrontamiento e ideación suicida se encontró lo siguiente:

En primer lugar, se evidencia una relación negativa altamente significativa entre ideación suicida y las estrategias del estilo de afrontamiento *resolución de problemas*: invertir en amigos íntimos ($\rho=-0.562^{**}$, $p=0.000$), fijarse en lo positivo ($\rho=-0.406^{**}$, $p=0.000$), esforzarse y tener éxito ($\rho=-0.400^{**}$, $p=0.000$), concentrarse en resolver el problema ($\rho=-0.353^{**}$, $p=0.000$), buscar pertenencia ($\rho=-0.311^{**}$, $p=0.000$), buscar diversiones relajantes ($\rho=-0.257^{**}$, $p=0.002$) actividades de ocio, leer, ir al cine y distraerse físicamente ($\rho=-0.248^{**}$, $p=0.003$). Este hallazgo señala que mientras las adolescentes tengan la capacidad de buscar soluciones ante sus problemas (en este caso, el embarazo no planificado), obtendrán niveles bajos de ideación suicida o la ausencia de esta. Los resultados de este estudio se asemejan a los

de Reyes, Reséndiz, Alcázar y Reidl (2017) quienes señalan que las adolescentes que presentan estilos de afrontamiento dirigidos a resolver sus problemas suelen ser más eficientes, su comportamiento y estado de ánimo suele ser estable y equilibrado y son más activas para buscar soluciones. Mientras que, si las adolescentes presentan bajos niveles de estrategias en resolución de problemas, presentarán mayores niveles de ideación suicida. Estos resultados, a su vez, coinciden con lo mencionado por Clemente y González (1996) y Frydenberg y Lewis (2000) quienes señalan que las adolescentes que optan por la muerte, lo hacen porque son incapaces de afrontar sus problemas o carecen de respuestas adecuadas en los momentos en que son vulnerables a crecientes presiones e incertidumbre. Chang (2002) afirma que la falta de habilidad para solucionar los problemas es un factor que predispone para la ideación suicida, puesto que muchas adolescentes se verán en dificultades para manejar el embarazo de manera adecuada, considerando al suicidio como una solución real frente a su problema.

En segundo lugar, también se observa una relación negativa altamente significativa entre ideación suicida y las estrategias del estilo de afrontamiento *relación con los demás*: buscar apoyo social ($\rho = -0.346^{**}$, $p < 0.000$), buscar apoyo espiritual ($\rho = -0.301^{**}$, $p < 0.000$) y buscar ayuda profesional ($\rho = 0.306^{**}$, $p < 0.000$). Esto demuestra que las adolescentes que buscan apoyo en otras personas (amigos, familia, pareja, personas religiosas y profesionales de la salud mental) presentan menores niveles de ideación suicida. Esto coincide con lo referido por Mitchel (1969), quien afirma que la búsqueda de redes de apoyo social sirve de contención a los adolescentes para afrontar exitosamente las situaciones de la vida cotidiana. De la misma forma, Jersild (1968) postuló que para los adolescentes el área social tiene relevancia significativa pues consideran necesaria la relación con los amigos y amigas. Por su parte,

Huapaya (2009) afirma que los adolescentes, con mayor frecuencia, afrontan el estrés buscando apoyo y aceptación en los demás.

Investigaciones propuestas por Bueno (2012) también sustentan que las estrategias como Buscar apoyo social (As), Invertir en amigos íntimos (Ai) y Buscar ayuda profesional (Ap) (ante momentos de tensión el recurrir a los padres, amigos cercanos u otras personas para poder resolver los problemas o buscar comprensión) contribuye al restablecimiento del equilibrio y un nivel óptimo de satisfacción. Asimismo, la búsqueda de un profesional, resulta una estrategia activa pues se busca información o consejo para idear la manera de resolver el problema. También Acevedo, López, y Manjarrez (2017) manifiestan que el apoyo social es de vital importancia para encarar la situación y minimizar el riesgo de suicidio en situaciones de crisis. En este sentido, Alejo y Espinoza (2015) señalan que las adolescentes frente al embarazo presentan la necesidad de la búsqueda de apoyo espiritual, apoyo social y apoyo profesional. El buscar soporte en personas e instituciones cuando se está en una situación de tensión es considerado algo positivo y adaptativo para afrontar los problemas (Reyes et al., 2017), es decir, que cuando las adolescentes busquen orientación de otros, presentarán menor riesgo de manifestar emociones, pensamientos y conductas suicidas.

Por otro lado, se evidenció que no existe una correlación entre ideación suicida y la estrategia “acción social”, que tiene que ver con organizar o participar en grupos de apoyo con la misma problemática ($\rho=0.071, p=<0.402$). Es decir, la presencia de esta estrategia no está vinculada con la existencia de los pensamientos suicidas, ya sea por el poco uso de estas o porque la ideación suicida está influenciada por aspectos netamente personales, como desvalorización, desesperanza y no necesariamente por los aspectos sociales y el contexto.

Finalmente, se encontró una correlación negativa altamente significativa entre ideación suicida y las estrategias del estilo de *afrontamiento no productivo*: preocuparse ($\rho=-0.327^{**}$, $p=0.000$), hacerse ilusiones ($\rho=-0.383^{**}$, $p=0.000$), falta de afrontamiento ($\rho=-0.304^{**}$, $p=0.000$), auto inculparse ($\rho=-0.292^{**}$, $p=0.034$) y la estrategia reservarlo para sí ($\rho=-0.179^{*}$, $p=0.000$). Reyes et al. (2017) manifiestan que dichas estrategias de evitación cognitiva, conductual, de pensamiento basado en ilusiones, están asociadas a presentar sintomatología suicida. Por otro lado, Fantin et al. (2005) sugieren que los adolescentes con un estilo de afrontamiento improductivo, es decir, que tienden a preocuparse, autoinculparse y reservarse los problemas, pueden ser frágiles emocionalmente y exhiben marcados cambios de conducta, lo cual genera desconcierto en los círculos de personas que les rodean. Otra característica que muestran es la desconfianza en sus propias capacidades, lo cual es evidencia de un sentimiento de inseguridad y desamparo.

Sin embargo, se evidenció que no existe correlación entre ideación suicida y las siguientes estrategias: ignorar el problema ($\rho=-0.040$, $p>0.636$) y reducción de la tensión ($\rho=-0.068$, $p>0.422$). Romero et al. (2010) postulan que no existen estrategias de afrontamiento mejores ni peores en sí mismas. Debido a su complejidad, se tendría que analizar su éxito o fracaso en función de diversos factores como el contexto, las características de la situación generadora de estrés, el momento vital del joven, los objetivos que se persiguen con determinado comportamiento y el apoyo social, entre otros. De otro lado, Bueno (2012) considera que las estrategias “ignorar el problema” y “reducción de la tensión” están consideradas como afrontamientos disfuncionales, sin embargo, logran calmar momentáneamente la tensión, aunque no favorezcan la adaptación a largo plazo; pues, debido a que niegan la existencia del problema, sienten un alivio momentáneo, pero la angustia vuelve después.

De lo presentado anteriormente se concluye que existe relación negativa, significativa o altamente significativa entre la ideación suicida y quince de las dieciocho estrategias de afrontamiento del embarazo en adolescentes. Estas dos variables cobran importancia para la existencia de las conductas o pensamientos suicidas; con mayor frecuencia en las mujeres que pasan por determinados momentos de angustia (Serrano & Flores, 2005). Este resultado es corroborado por el estudio de Cárdenas (2016) cuyos resultados presentan correlaciones significativas entre tres estilos de afrontamiento e ideación suicida: ideación suicida y resolver los problemas ($\rho=0.133$ $p<0.05$), ideación suicida y referencia a otros ($\rho=0.159$, $p<0.05$) e ideación suicida y afrontamiento improductivo ($\rho=0.262$ $p<0.05$). Estos resultados, a su vez, coinciden con los de la investigación de Bueno (2012) quien señala que, a menor uso de las estrategias de afrontamiento, el riesgo de suicidio será alto, por lo que, el mayor problema que enfrentan las adolescentes que cometen suicidio o lo intentan, es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar dichas situaciones.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Por lo expuesto anteriormente, se presenta las conclusiones de los hallazgos más importantes encontrados en respuesta a los objetivos de este estudio.

En relación al objetivo general, se evidenció que existe relación altamente significativa entre ideación suicida y quince de las estrategias de afrontamiento del embarazo.

Existe relación altamente significativa, entre ideación suicida y todas las estrategias del estilo de afrontamiento *resolución del problema*:

- Existe relación negativa, fuerte y altamente significativa entre ideación suicida y la estrategia “invertir en amigos íntimos” ($\rho = -0.562^{**}$, $p < 0.00$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “concentrarse en resolver el problema” ($\rho = -0.353^{**}$, $p < 0.00$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “esforzarse y tener éxito” ($\rho = -0.400^{**}$, $p < 0.00$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “buscar pertenencia” ($\rho = -0.311^{**}$, $p < 0.00$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “fijarse en lo positivo” ($\rho = -0.406^{**}$, $p < 0.00$).

- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza baja entre ideación suicida y la estrategia “buscar diversiones relajantes” ($\rho=-0.257^{**}$, $p<0.002$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza baja entre ideación suicida y la estrategia “distracción física” ($\rho=-0.248^{**}$, $p<0.003$).

Existe relación altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y tres de las estrategias del estilo de afrontamiento *relación con los demás*:

- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “búsqueda de apoyo social” ($\rho=-0.346^{**}$, $p<0.000$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “búsqueda de apoyo espiritual” ($\rho=-0.301^{**}$, $p<0.000$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “ayuda profesional” ($\rho=-0.306^{**}$, $p<0.000$).
- No existe relación entre la variable ideación suicida y la estrategia acción social ($\rho=0.071$, $p=<0.402$).

Finalmente, existe relación altamente significativa entre ideación suicida y cinco de las estrategias del estilo de *afrontamiento no productivo*:

- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “preocuparse” ($\rho=-0.327^{**}$, $p=0.000$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “hacerse ilusiones” ($\rho=-0.383^{**}$, $p=0.000$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza moderada entre ideación suicida y la estrategia “falta de afrontamiento” ($\rho=-0.304^{**}$, $p=0.000$).

- Existe relación negativa significativa de fuerza baja entre ideación suicida y la estrategia “auto inculparse” ($\rho=-0.292^{**}$, $p=0.034$).
- Existe relación negativa altamente significativa de fuerza baja entre ideación suicida y la estrategia “reservarlo para sí” ($\rho=-0.179^{*}$, $p=0.000$).
- No existe relación entre la variable ideación suicida y la estrategia “ignorar el problema” ($\rho=-0.040$, $p>0.636$).
- No existe relación entre la variable ideación suicida y la estrategia “reducción de la tensión” ($\rho=-0.068$, $p>0.422$).

2. Recomendaciones

- Para futuras investigaciones, se recomienda utilizar una prueba abreviada que evalúe estrategias de afrontamiento, para evitar sesgos y brindar una mayor precisión en cuanto a resultados.
- Para obtener resultados más amplios, se recomienda considerar datos sociodemográficos, lugar de procedencia, religión entre otros.
- En futuras investigaciones, se recomienda medir la relación entre tipos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes con la finalidad de identificar a tiempo el tipo de personalidad con mayor vulnerabilidad al suicidio.
- Ampliar la muestra de estudio mediante la inclusión de otros hospitales, con la finalidad de conocer el cambio de las variables estudiadas en grandes poblaciones y poder generalizar los resultados.

- Como entre los resultados de este estudio se encontró porcentajes moderados de ideación suicida en las adolescentes que atraviesan un embarazo, se recomienda realizar un estudio orientado a la intervención de esta población.

Referencias

- Alcoser, A. (2012). Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del centro de atención integral del adolescente del área 17 del cantón Durán. (Tesis para obtención de título). Universidad de Guayaquil. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6357>.
- Barboza, S., & Pérez, V. (2013). Estilos de afrontamiento y sentido de vida en adolescentes con cáncer y adolescentes sanos. (Tesis para obtención de título). Universidad Rafael Urdaneta. Venezuela. Recuperado de: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06931.pdf>.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intent: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/22673360_Assessment_of_suicidal_ideation_The_Scale_for_Suicide_Ideation.
- Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53–63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
- Burroughs, A., & Leider, G. (2008). Enfermería materno infantil (Octava ed.). México: Hc Grill.
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Freire, C. (2010). Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1), 51–64. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2451/245116411005/>

- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Redalyc*, 2 (5), 191-233. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132008>.
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Revista de Perú Med Exp Salud Pública*, 26(2), 175–81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311630007>
- Caplan, G. (1996). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós Ibérica: Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Orientacion-vocacional-Aisenson/caplan - principios de psiquiatría preventiva.pdf>.
- Cárdenas, R. (2016). Ideación suicida, afrontamiento y satisfacción familiar en adolescentes de instituciones educativas. (Tesis de Maestría). Universidad San Martín de Porres. Lima. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2444/1/cardenas_vr.pdf.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.56.2.267>
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H.; & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21 (2), 364-392. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/994031.pdf>.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.

- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica*. Barcelona: Paidós.
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., & Sotelo, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15–22. doi: 1132-9483.
- Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Contreras, S., & Huamán, J. (2016). Nivel de satisfacción en pacientes gestantes adolescentes sobre el cuidado de enfermería en dos hospitales de Lima. (Tesis para la obtención del título profesional de licenciada en Enfermería).Universidad Peruana Unión. Perú.
- Córdova, M., Del Pilar, M., Murillo, R., Ávila, R., & Pérez, R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17–21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>.
- Chang, E. (2002). Predicting suicide ideation in an adolescent population:examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and individual differences*, 32(7), 1279-1291.
- Della, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas. *Revista Iberoamericana en Educación*, 38(3), 1–15. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Della_Mora/publication/28106772_Estrategias_de_afrontamiento_coping_en_adolescentes_embarazadas_escolarizadas/links/0912f511ad333c1d24000000/Estrategias-de-afrontamiento-coping-en-adolescentes-embarazadas-escolares.

- Domènech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Servei de Publicacions.
- Durkheim, E. (1860). *Le Suicide*. Francia: AKAL. Recuperado de: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf.
- Encuesta sociodemográfica y de la Salud (ENDES, 2014). Mortalidad materna. Perú. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
- Everly, G., & Lating, J. (2013). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Springer. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=H9U_vJomhxcC&dq=A+Clinical+Guide+to+the+Treatment+of+the+Human+Stress+1989+Everly+\(1989,+p.+44\)+q&hl=es&source=gb_s_navlinks_s](https://books.google.com.pe/books?id=H9U_vJomhxcC&dq=A+Clinical+Guide+to+the+Treatment+of+the+Human+Stress+1989+Everly+(1989,+p.+44)+q&hl=es&source=gb_s_navlinks_s).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). Maternidad en la niñez - Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. *Estado de la población mundial*, 132. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. Madrid: TEA-Ediciones.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). *ACS: escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- García, E., & Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio. *Anales*, 25(3), 87–96. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5570/4581>
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., & Echegaray, W. (2003). Correlatos psicosociales de

- depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 534–532. Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/1102.pdf>
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(2), 66–74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Gutiérrez, A., & Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Salud Mental*, 31(5), 417–425. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58231509.pdf>
- Guanín, J. (2015). Estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes en embarazos no deseados. (Tesis para la obtención de título en Psicología). Universidad Central de Ecuador. Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7236/1/T-UCE-0007-318c.pdf>
- Gómez, M. (2015). Estrategias de afrontamiento utilizadas por madres adolescentes para su adaptación. (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Gomez-Maria.pdf>
- Haseitel, B., Saenz, C., Pérez, L., & Haseitel, M. (2004). Predominio del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista de Posgrado de la vía cátedra de medicina*, 7(1), 7–10. Recuperado de: <https://med.unne.edu.ar/revista/revista138/scc.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M., (2010). *Metodología de la Investigación 5ta Edición*. México: McGraw.Hill.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. Hmaburgo: Norton. Recuperado de: <http://books.wwnorton.com/books/Neurosis-and-Human-Growth/>
- Huapaya, B. (2009). Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. (Tesis

para obtener la Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3040/1/Huapaya_cd.pdf

Korman, G., & Sarundiasky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119–145. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005

Jersild, A. (1968). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Aguilar.

Lazarus, R. (1993). *Why we should think of stress as a subset of emotion*. New York: Brill. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232457474_Why_we_should_think_of_stress_as_a_subset_of_emotion

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=iySQQuUpr8C&dq=Lazarus,+R.+%26+Folkman,+S.+\(1984\).+Stress+appraisal+and+coping.&hl=es&source=gbs_navlinks_s](https://books.google.com.pe/books?id=iySQQuUpr8C&dq=Lazarus,+R.+%26+Folkman,+S.+(1984).+Stress+appraisal+and+coping.&hl=es&source=gbs_navlinks_s).

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos: evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.

La Republica (2 de Febrero, 2018), *Niñas madres: 716 partos fueron atendidos por el SIS en los últimos 6 años*. Recuperado de: <http://larepublica.pe/sociedad/1178865-ninas-madres-716-partos-fueron-atendidos-por-elsis-en-los-ultimos-6-anos>

- Leal, R., & Vásquez, L. (2012). Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos. (Tesis para la obtención del Título en Psicología). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Perú. Recuperado de: <http://bp000695.ferozo.com/wp-content/uploads/2013/01/Ideacion-suicida-en-adolescentes-cajamarquinos.pdf>
- Lee, C., Chang, J. y Cheng, A. (2002). Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 32(1), 133-141. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/11476778_Acculturation_and_suicide_A_case-control_psychological_autopsy_study.
- Lepineux, C. (2016). Informe anual de evento de mortalidad materna. *Salud de Caldas*, 1(49), 1–20. Recuperado de: http://www.observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/anuales/Mortalidad_Materna_año_2016.pdf.
- Martín, D., Jiménez, P., & Fernández, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3(4), 129-160. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Matalinares, C., Díaz, A., Arenas, I., Raymundo, V., Baca, R., Uceda, E., & Yaringaño, L. (2017). Afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Revista de investigación en Psicología*, 19(2), 123–143. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12894>.
- Mattos, L., Ores, L., Teixeira, G., Sica, A., Azevedo, R., Tavares, R., & Lessa, B. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Psiquiatria*, 59(4), 286-292. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/04.pdf>.

- Mayoral, J., Arias, R., Jalón, M., & Gutiérrez, R. (2008). Comportamiento violento en adolescentes: su relación con las estrategias cognitivas y el rendimiento académico. *Revista de psicología educativa*, 14(1), 63-81. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2690860>.
- Mayordomo, T., & Meléndez, J. (2013). Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital. (Tesis doctoral). Universitat de Valencia. España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71013352.pdf>.
- Medina, D. (2012). Estrategias de afrontamiento y el nivel de autoestima en madres adolescentes. (Tesis para obtención de licenciatura en Psicología). Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/35/simplesearch?filterquery=ESTRATEGIAS+DE+AFRONTAMIENTO&filtername=subject&filtertype>equals>.
- Mitchel, C. (1969). *Social network in urban Situations*. Manchester: University Press.
- Mosquera, A. (2003). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán. (Tesis para obtención de título en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/mosquera_aa/Mosquera_da.pdf
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica*, 23(4), 239–247. doi:10.1590/S1726-46342012000300002
- Navasconi, P., & Da Silva, L. C. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes brasileños. *Revista alternativas y Psicología*, 37(1) ,8- 23. Recuperado de: <http://www.alternativas.me/attachments/article/141/01%20%20%20Conducta%20suicida%20en%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes%20brasile%C3%B1os.pdf>.

- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicide. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 1–5.
Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798&info=resumen&idioma=SPA>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Ginebra: Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/es/>.
- Ortega, M. (2015). Suicidio en adolescentes. (Tesis de grado en Psicología). Universidad de Jaén. Perú. Recuperado de:
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4025/1/Ortega_Romero_Marta_TFG_Psicologa.pdf
- Ospino, G., Colorado, S., Ibarra, K., & Rivero, N. S. (2014). Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 31–44.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2002). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. (2005). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. doi:
[.org/10.4067/S0718-48082011000100009](https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009)
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (2000). Adolescent physical abuse: age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of family violence*, 15(4), 375–389. doi:
[org/10.1023/A:1007506313663](https://doi.org/10.1023/A:1007506313663).

- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel. Recuperado de:
- Pérez, S., Ros, L., Pablos, T., & Cálas, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 26-38. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251997000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Pérez, Z. (2016). Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *PsiqueMag*, 4(1), 81–93.
- Perú 21 (20 de enero, 2018). *Mil niñas de 12 y 13 años se convierten en madres cada año en el Perú*. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/mil-ninas-12-13-anos-convierten-madres-ano-peru-198013>.
- Raison, C. (2012). *Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio*. Recuperado de: <http://cnnespanol.cnn.com/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-a-pensar-en-el-suicidio/>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid (23º ed.). Consultado en: <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>.
- Rey, M. (2009) Representaciones de apego en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo. (Tesis para la obtención del título de licenciado en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú.
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcázar, R., & Reidl, L. A. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240–255.

- Rivas, D., López, D., & Barcelata, B. (2017). Efectos del sexo y la edad sobre el afrontamiento y el bienestar subjetivo en adolescentes escolares. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 22(2), 27–41.
- Robledo, P. (2007). Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. *Revista Perú Pediátrica*, 60(1), 61-64. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v60n1/pdf/a11v60n1.pdf>.
- Robles, J., Acinas, P., & Pérez, J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid: Síntesis. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44129/41731>.
- Rodríguez, F., & Glez, J. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11(3), 374–380. Recuperado de: http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Rojas, I. (2013). *Programa de naciones de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación*: Ministerio de Salud MINSAL. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Rosales, J. (2010). La investigación del proceso suicida. En Eguiluz, M., & Rosales, J. (Eds.), *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento* (81–94). México: Pax. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S0121-5469201100020000200028&lng=pt.
- Rosales, J., & Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1) 9-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80220774002.pdf>.

- Rubio, L. (2015). Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad. Universidad de Granada. (Tesis de licenciatura).España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56046>.
- Ruiz, B., Maldonado, M., Ivonne, S., Valero, V., Zaira, C., Rodríguez, S., Maldonado, M. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 16(1), 37–57.
- Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 513–531. doi: 10.1111/j.1469-7610.1983.tb00129.x.
- Salas, C., & Yanqui, M. (2013). Inteligencia emocional y riesgo de ideación suicida en adolescentes de instituciones públicas del distrito de Cerro Colorado de Arequipa (Tesis para obtención de título en Psicología).Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International journal of clinical and health Psychology*, 3(1), 141–157. Recuperado de:
- Serrano, M. & Flores, M. (2005). Relación con los padres y apoyo social en adolescentes. (Informe de investigación no publicado).Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.
- Siabato, E., Forero, I., & Salamanca, Y. (2017). Association between depression and suicidal ideation in a group of colombian adolescents. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51–61. doi: 10.11144.
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis*. México: El manual moderno.Hipódromo: México. Recuperado de: https://www.unincca.edu.co/permanencia/primerosauxilios/textos_de_ayuda/texto4.pdf

- Sorto, E., López, B., & Velásquez, N. (2013). Análisis de la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en hospitales públicos de la zona oriental durante el año 2013. (Tesis para optar licenciatura en Psicología) .Universidad de El Salvador. El Salvador. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/5468/1/50107899.pdf>.
- Tena, M. (2012). Medidas preventivas de los familiares ante el reintento de suicidio, servicio de hospitalización sector varones del hospital Hermilio Valdizan. (Tesis para obtención de título en Psicología). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/389/1/Tena_km.doc.pdf
- Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Guía desarrollada por el centro de psicología aplicada*, 36(2) ,48-60. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Valvidia, M., & Molina, M. (2003). Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Redalyc*, 12(2), 85-109. doi: org/10.5354/0719-0581.2003.17457
- Verde, J. (2016). Estilos de afrontamiento y satisfacción con la vida en adolescentes de instituciones educativas nacionales de la provincia de Huaral. *PsiqueMag*, 4(1), 81–94.
- White, E. (1959). *El Ministerio de Curación*. Buenos Aires: Pacific Press Publishing Association.
- Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/1757/info>.
- White, E. (1971). *Conflicto y valor*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/1712/info>.

White, E. (1989). *Mente, carácter y personalidad: Tomo1*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora. Sudamericana. Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/203/info>.

White, E. (1991). *Dios nos cuida*. Buenos Aires: Asociación Publicadora Interamericana. Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/1748/info>.

Zambrano, G. Vera, S. & Flórez, L. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Revista ciencia y cuidado*, 9(2), 9-16. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=04037e3b-432e4007-90b5-0aba676f9f92%40sessionmgr115&hid=128>.

Anexos

Fiabilidad

Fiabilidad de la escala de ideación suicida

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 12 se observa que la consistencia interna global de la escala (18 ítems) en la muestra estudiada es de ,92 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .70, considerando como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.

Tabla 12

Estimación de consistencia interna de la escala de Ideación suicida

Sub dimensiones	Nº de Ítems	Alpha
Actitud hacia la vida/muerte	5	,854
Pensamientos / deseos suicidas	6	,808
Proyecto de intento suicida	4	,768
Desesperanza	3	,798
Ideación suicida	18	,927

Fiabilidad de la escala de Afrontamiento para adolescentes

La fiabilidad por estrategias de la escala se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla13 se observa que la consistencia interna de la escala (18 estrategias) que reflejan la fiabilidad que en su mayoría supera el punto de corte igual a .70, considerado como indicador de una buena fiabilidad, sin embargo, en otros se aprecia un puntaje bajo.

Tabla 13

Estimaciones de consistencia interna de las escalas de Afrontamiento para adolescentes

Escalas	Nº de Ítems	Alpha
Concentrarse en resolver el problema	5	,735
Esforzarse y tener éxito	5	,726
Invertir en amigos íntimos	5	,727
Buscar pertenencia	5	,511
Fijarse en lo positivo	4	,686
Buscar diversiones relajantes	3	,363
Distracción física	3	,418
Buscar apoyo social	5	,700
Acción social	5	,497
Buscar apoyo espiritual	4	,690
Buscar ayuda profesional	4	,689
Preocuparse	5	,669
Hacerse ilusiones	5	,497
Falta de afrontamiento	5	,656
Ignorar el problema	4	,299
Reducción de la tensión	5	,525
Reservarlo para sí	4	,491
Autoinculparse	4	,701

Validez

Validez de constructo sub test-test ideación suicida

Como se observa en la tabla 14 los coeficientes de correlación de Pearson (r) son altamente significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 14

Correlaciones sub test-test de la escala de ideación y sus componentes

Componentes	Ideación suicida	
	rho	p
Actitud hacia la vida/muerte	,882**	0.000
Pensamiento suicida	,915**	0.000
Proyecto suicida	,876**	0.000
Desesperanza	,773**	0.000

Cuestionario SSI

I. actitudes hacia la vida / muerte.

1). Deseo de vivir.

- Moderado a intenso.
- Débil
- Ninguno

2). Deseo de morir.

- Ninguno
- Débil
- Moderado

3). Razones para vivir/morir

- Las razones para vivir son superiores a los de morir
- Iguales
- La razones para morir son superiores a las de vivir

4). Deseo de realizar un intento de suicidio activo

- Ninguno
- Débil
- Moderado a intenso

5). Intento pasivo de suicidio

- Tomaría precauciones para salvar su vida
- Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

II. Pensamientos / deseos suicidas

6). Dimensión temporal: Duración

- Breves, periodos pasajeros.
- Periodos más largos
- Continuos (crónicos), o casi continuos.

7). Dimensión temporal: Frecuencia

- Rara, ocasionalmente
- Intermitente
- Persistentes o continuos

8). Actitud hacia los pensamientos/deseos

- Rechazo
- Ambivalente, indiferente
- Aceptación

9). Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control.

10). Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene

- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.

- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11). Razones de pensar en el proyecto de intento.

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- Combinación de ambos.
- Escapar, acabar, salir de problemas.

III. Proyecto de intento suicida

12). Método: Especificación/planes

- No lo ha considerado.
- Lo ha considerado, pero sin detalles específico.
- Los detalles están especificados/bien formulados.

13). Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- Método no disponible, no hay oportunidad.
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14). Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- Inseguridad de su coraje, competencia.
- Seguro de su competencia, coraje.

15). Expectativa/anticipación de un intento real.

- No.
- Incierto, no seguro.
- Si.

IV. Actualización del intento o desesperanza

16). Preparación real

- Ninguna.
- Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras).
- Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada).

17). Notas acerca del suicidio

- No escribió ninguna nota.
- Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla.
- Completa.

18). Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- Ninguno.
- Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados.
- Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

Escala de Afrontamiento para adolescentes – ACS

Edad: ___ Sexo: ___ Estado civil: Casada__ Conviviente__ Soltera__

Edad del embarazo:___ Recibiste apoyo de tu pareja ___ Recibiste apoyo de tus familiares ___

Grado de instrucción: Primaria__ Secundaria__ Incompleto__ Superior__

Procedencia: Costa__ Sierra__ Selva__

Relación de padre: Armoniosa__ Conflictiva__ Distante__

Nunca=N Raras veces=RV Algunas veces=AC A menudo=AD
Con mucha frecuencia=MF

		N	RV	AC	AD	MF
1	Hablo con otros para saber lo que ellos harías si tuvieran el mismo problema.					
2	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades.					
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 a 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 grito.					
10	Organizo una acción en relación con mi problema.					
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problemas.					
12	Ignoro el problema.					
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme.					
14	Guardo mis sentimientos para mí solo.					
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.					
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.					
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 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.					
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 para sobre mi problema para que 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 pueden 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 aíso 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	Procuro 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, beber o tomar drogas.						



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño "San Bartolomé"

Dpto. de Apoyo al Tratamiento
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Doctora

Damaris Quinteros Zuñiga

Directora de la Escuela de Psicología

Presente.-

Es grato dirigirme a usted y ofrecerle un cordial saludo a nombre del Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Psicología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Asimismo manifestarle que a su pedido estamos aceptando la aplicación de las pruebas "Estrategias de Afrontamiento" (ACS) y la Escala de Ideación Suicida (SSI) en gestantes adolescentes que acuden a nuestra institución que represento para la investigación de "Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en gestantes adolescentes de un hospital de Lima Metropolitana".

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Ps. Carmen Maguiño Veliz

PSICOLOGA
C.Ps.P. 3394
Coord. E Trabajo del Niño

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Ps. Carmen Maguiño Veliz

C.Ps.P. 3394
Jefa del Servicio de Psicología

Av Alfonso Ugarte 825 – Lima
Telefono 20-10400