

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, SOCIALES Y AGROPECUARIAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



**Estrategias de Afrontamiento asociado a Características Resilientes y Desarrollo de  
Comportamiento Suicida en Adolescentes**

**Tesis**

**Que para obtener el título de Licenciatura en Psicología**

**Presenta**

**César Conrado Doumerc Pompa**

**Director Asesor:**

**Dr. Nehemías Cuamba Osorio**

**Asesores:**

**Lic. Cecilia Cuamba Osorio**

**M. P. G. D. S. Germán López Dávalos**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## **Agradecimientos**

A Dios, por sus inmensas bendiciones y por permitirme concluir esta etapa de mi vida con este proyecto.

A mis padres y mi hermano, por su incondicional apoyo y amor. Sin ustedes, nada de esto sería posible.

A Celia, por acompañarme de principio a fin en este trayecto, gracias por estar a mi lado.

A la Universidad de Sonora, por brindarme las herramientas, conocimientos y habilidades para desarrollarme profesionalmente.

Al Dr. Nehemías Cuamba Osorio, por sus enseñanzas, que han ido más allá del ámbito profesional y académico, por iniciarme en el mundo de la investigación y contagiarme su pasión por esta bella ciencia que es la psicología.

A la Lic. Cecilia Cuamba Osorio y el M. G. P. D. S. Germán López Dávalos, por su guía, su apoyo y sus invaluable aportaciones para el desarrollo de este trabajo.

A Jesús Ayón, José Adán Pérez, Juan Carlos Segovia, Mavy Valenzuela, Kristell Reyes, Angélica Molina, Alfredo Meléndez, Carolina Pérez, Marisol Leyva, Roberto Luján, Claudia Romero, Patricia Ramírez y Diana Pazos. Sin ustedes, ni este trabajo, ni la universidad, hubieran sido lo mismo, Troublemakers.

A las instituciones que nos abrieron sus puertas para la obtención de la información necesaria para el desarrollo de este proyecto: Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora (Cobach), Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios #128 (Cetis), Esc. Sec. Tec. #3 “Adolfo López Mateos”, Esc. Sec. Gral. #1 “Plutarco Elías Calles” y Agrupación Daniela Prevención del Suicidio.

A los jóvenes participantes, por la valiosa información que aportaron para este proyecto.

## **Dedicatoria**

A Dios.

A mi familia, especialmente a mis padres y mi hermano.

A Luis, y la familia Mosqueda Pompa.

A mi novia.

## Tabla de Contenido

<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	10
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>14</b>
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS	16
JUSTIFICACIÓN	16
LIMITACIONES	16
DELIMITACIÓN	17
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
<b>ADOLESCENCIA</b>	<b>18</b>
DESARROLLO FÍSICO	18
DESARROLLO COGNITIVO	19
DESARROLLO PSICOSOCIAL	20
DESARROLLO MORAL	21
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>23</b>
<b>MODELOS TEÓRICOS DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>26</b>
MODELO DE LAZARUS Y FOLKMAN (1987)	26
MODELO DE BAEZA (2011)	27
<b>RESILIENCIA</b>	<b>30</b>
<b>MODELOS TEÓRICOS DE RESILIENCIA</b>	<b>32</b>
MODELO COMPENSATORIO DE RESILIENCIA	32
MODELO DEL FACTOR PROTECTOR	32
MODELO DEL DESAFÍO (RUTTER, 1987)	32
MODELO INTEGRADOR DE RESILIENCIA (MATEU, GIL Y GARCÍA, 2009)	32
<b>SUICIDIO</b>	<b>35</b>
<b>COMPORTEAMIENTO SUICIDA</b>	<b>35</b>
ORIENTACIÓN SUICIDA	35
IDEACIÓN SUICIDA	35

PARASUICIDIO	35
INTENTO SUICIDA	36
SUICIDIO COMPLEJO	36
SUICIDIO CONSUMADO	36
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>36</b>
FACTORES INDIVIDUALES	37
FACTORES FAMILIARES	38
FACTORES CONTEXTUALES	38
<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<b>38</b>
<b>MÉTODOS EMPLEADOS</b>	<b>39</b>
<b>MODELOS TEÓRICOS DE COMPORTAMIENTO SUICIDA</b>	<b>40</b>
MODELO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA DE CUAMBA (2011)	40
MODELO ARQUITECTÓNICO DE MACK (1986)	41
MODELO CÚBICO DE SUICIDIO (SCHNEIDMAN, 1987, 1992)	42
MODELO DE LAS FUERZAS CONTRABALANCEADAS (PLUTCHIK Y VAN PRAAG, 1989)	43
<b>ESTUDIOS PREVIOS</b>	<b>44</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>47</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>47</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>47</b>
<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>48</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>49</b>
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>51</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>52</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 1. BATERÍA DE INSTRUMENTOS</b>	<b>81</b>

## Índice de Tablas

Tabla 1.	53
Tabla 2.	53
Tabla 3.	54
Tabla 4.	55
Tabla 5.	57
Tabla 6.	58
Tabla 7.	58
Tabla 8.	59
Tabla 9.	61

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Afrontamiento de Baeza (2011).	28
Figura 2. Modelo Integrador de Resiliencia (Mateu et. al., 2009).	34
Figura 3. Modelo de Comportamiento Suicida (Cuamba, 2011).	41
Figura 4. Distribución de la muestra por sexo.	52
Figura 5. Modelo de Ecuaciones Estructurales.	63

## Resumen

Ante los nuevos retos y problemáticas que se le presentan al adolescente, toma gran importancia la manera en la que enfrenta dichos problemas, siendo esto más importante que el problema en sí (Góngora en De la Rubia, Valdez y González-Arratia, 2011). De acuerdo con Nock (2009), cuando el adolescente carece de habilidades para afrontar adecuadamente las emociones aversivas, o emplea estrategias poco efectivas para ello, puede recurrir a una gama de conductas y cogniciones denominadas como Comportamiento Suicida (CS), el cual involucra ideas, intentos y actos autoinfligidos con o sin el objetivo de provocarse la muerte (Pérez, 1999). De lo anterior se deriva la siguiente *pregunta de investigación*: ¿Qué relación existirá entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la ciudad de H. Nogales, Sonora, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas en los mismos? Teniendo como *Objetivo General*: Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la ciudad de H. Nogales, Sonora, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas. El presente estudio es parte de un proyecto mayor, y tiene un diseño transversal, de tipo cuantitativo correlacional. Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de adolescentes entre 12 y 19 años de edad pertenecientes a las distintas escuelas secundarias y bachilleratos de la ciudad de H. Nogales, Sonora. Se estructuró una batería de pruebas integrada por la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978), la escala de resiliencia en mexicanos (RESI-M), de Palomar y Gómez (2010) y 7 reactivos del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” de Hernández & Lucio (2007). Los datos recolectados se analizaron a través de los programas SPSS 22 y EQS 6.1. Se obtuvieron estadísticas univariadas, se calcularon alfas de Cronbach y el estadístico KMO con sus respectivas comunales para validación de constructo. Además, se utilizó una prueba T para muestras independientes. Se calculó también el estadístico R de Pearson. Las diferencias de medias entre grupos de casos y controles que resultaron significativas fueron las referentes a los factores de ignorar problemas, afrontamiento ineficiente, confianza en sí mismo, competencia social, estructura, apoyo familiar y apoyo social; mientras que, en la comparación entre sexos, las diferencias significativas se presentaron en los factores ignorar problemas, afrontamiento ineficiente, apoyo familiar y apoyo social. Por otra parte, se observaron diferencias significativas en los comportamientos de planeación suicida y autolesiones al comparar por sexo a los participantes. El análisis de correlaciones con el estadístico R de Pearson, permitió observar que existe relación entre la mayor parte de las parcelas que componen los constructos de déficit en habilidades de afrontamiento y resiliencia. La comparación de medias entre los grupos evidencia que los participantes pertenecientes al grupo control tienen mejores habilidades de resolución de problemas que los integrantes del grupo de casos. En cuanto a las características de resiliencia, también se observan puntuaciones más altas por parte de los sujetos del grupo control, mismas que representan un importante factor de protección ante la presencia de comportamientos suicidas (Meadows et. al., 2005). Por otra parte, las diferencias de medias por sexo muestran que los presentan un afrontamiento más ineficiente que las mujeres. Sin embargo, las diferencias de medias referentes a conductas suicidas apuntan a una presencia más fuerte de las mismas en las participantes de sexo femenino que en los de sexo masculino de la muestra, en específico en la planeación suicida y las autolesiones. Las correlaciones que se encontraron permiten, a su vez, comprobar que el ignorar un problema en vez de afrontarlo activamente está relacionado de forma negativa con la resolución de problemas. Se elaboró un Modelo de Ecuaciones Estructurales que prueba la relación entre las variables en estudio.



## Abstract

Faced with the new challenges and problems presented to the adolescent, the way in which he confronts these problems is even more important than the problem itself (Góngora in De la Rubia, Valdez y González -Arratia, 2011). According to Nock (2009), when the adolescent lacks the skills to adequately deal with aversive emotions, or employs ineffective strategies, he may resort to a range of behaviors and cognitions called Suicidal Behavior (SB), which involves ideas, attempts and self-inflicted injuries with or without the aim of causing death (Pérez, 1999). From the above, the following research question is derived: What relationship exists between the coping strategies used by adolescents aged 12 to 19 years old in the city of H. Nogales, Sonora, resilience and the development of suicidal behaviors in them? Objective: To determine the relationship between coping strategies used by adolescents aged 12 to 19 years old in the city of H. Nogales, Sonora, resilience and the development of suicidal behavior. The present study is part of a larger project, and has a cross-sectional, quantitative, correlational design. A non-probabilistic simple of adolescents between 12 and 19 years old belonging to middle and high schools in Nogales, Sonora, was used. To obtain the information and data for this study, we used a battery of tests integrated by the Coping Scale for Adolescents (Frydenberg & Lewis, 1978), the Resilience Scale for Mexicans (Palomar & Gómez, 2010) and 7 reactivities of the Suicide Risk Inventory for Adolescents (Hernández & Lucio, 2007). The collected data were analyzed through the programs SPSS 22 and EQS 6.1. Univariate statistics were obtained, Cronbach's alphas and the KMO statistic were calculated with their respective commonalities for construct validation. In addition, a T-test for independent samples was used. The Pearson R statistic was also calculated. The differences in means between groups of cases and controls that were significant were those related to factors of ignoring problems, inefficient coping, self-confidence, social competence, structure, family support and social support, while in gender comparison, significant differences were found in factors ignoring problems, inefficient coping, family support, and social support. On the other hand, significant differences were observed in suicidal planning behaviors and self-harm when comparing the participants by sex. The analysis of correlations with Pearson's R statistic allowed us to observe that there is a relationship between most of the plots that make up the deficit constructs in coping skills and resilience. The comparison of means between the groups shows that the participants in the control group have better problem solving skills than the cases group members. As for the resilience characteristics, higher scores are also observed by the subjects in the control group, which represent an important protective factor in the presence of suicidal behavior (Meadows et al., 2005). On the other hand, the differences of means by sex show that men present a more inefficient coping than the women. However, differences in means for suicidal behavior indicate a stronger presence of suicidality in female participants than in male subjects in the sample, specifically in suicidal planning and self-harm. The correlations that were found allow, in turn, to verify that the ignoring a problem instead of facing it actively is negatively related with the problem solving. A Model of Structural Equations was developed to test the relationship between the variables under study.

# **Estrategias de Afrontamiento asociado a Características Resilientes y Desarrollo de Comportamiento Suicida en Adolescentes**

## **Introducción**

El presente proyecto de tesis propone el estudio de la relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes de entre 12 y 19 años de edad de la ciudad de Nogales, Sonora, las características resilientes que pueden poseer, y la presencia o ausencia de comportamientos suicidas en estos.

Primeramente, el lector encontrará antecedentes respecto a las variables en estudio, es decir, los precedentes históricos que respaldan la teoría en la cual se basan los constructos de estrategias de afrontamiento, resiliencia y comportamiento suicida. A continuación, se procederá a plantear el problema al que se buscará responder con este estudio, determinándose además la hipótesis de dicha respuesta, la justificación de llevar a cabo esta investigación, así como las limitaciones que para ello pudieron presentarse. Posteriormente, se presenta el marco teórico, cuyo contenido permitirá ahondar en la información referente a las variables a estudiar, así como a la población con la cual se trabajará. Más adelante, se detallan los aspectos metodológicos bajo los cuales se desarrolló el estudio, tales como el diseño que se le dio a la investigación, los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información pertinente, así como las herramientas que se emplearon para el análisis correspondiente de dicha información. Finalmente, se exponen las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del presente documento.

## **Antecedentes**

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002), el periodo de la adolescencia, comprendido entre los 10 y los 19 años, constituye una de las transformaciones más complicadas del desarrollo humano, dado el acelerado ritmo de crecimiento y cambio que se presenta durante esta etapa, mismos que se producen a nivel físico, cognitivo, psicológico y social en el individuo, y que generan en él periodos de crisis a los que debe enfrentarse.

Ante los nuevos retos y problemáticas que se le presentan al adolescente en esta etapa de su vida, toma gran importancia la manera en la que enfrenta dichos problemas, por lo que lo más relevante no son los problemas como tal, sino la forma en la que el individuo les hace frente (Góngora en De la Rubia, Valdez y González-Arratia, 2011). Existen distintas maneras en las que una persona puede reaccionar ante una situación estresante, las cuales han sido conceptualizadas como Estrategias de Afrontamiento, definidas por Lazarus y Folkman (1987) como intentos cognitivos y conductuales efectuados para operar en los requerimientos externos o internos que son valorados como excedentes de los medios con los que cuenta el individuo, y que se encuentran en constante cambio. Por otra parte, un Estilo de Afrontamiento constituye una manera persistente de enfrentar el estrés, es decir, formas constantes de estrategias que el sujeto emplea para afrontar dichas situaciones estresantes (Cano, Rodríguez y García, 2007). ¿Qué vuelve estresante a una situación o acontecimiento? La valoración que el sujeto efectúa sobre el mismo, la cual consiste inicialmente en una evaluación primaria, en la que se analiza si el evento es positivo o no, además de evaluar las posibles consecuencias presentes y futuras del mismo; para, posteriormente, llevar a cabo una valoración secundaria, en la cual se examinan las competencias del individuo para afrontarlo; es decir, la respuesta de estrés es el resultado de un intercambio entre las amenazas percibidas del medio (interno o externo) y los medios de afrontamiento que el sujeto estima como

disponibles y utilizables (Vázquez, Crespo y Ring en Bulbena, Berrios y Fernández de Larrinoa, 2000). En su modelo de Afrontamiento Transaccional, Lazarus y Folkman (1987) describen dos estilos de afrontamiento: el enfocado en el problema; el cual se presenta cuando el individuo interpreta las condiciones del contexto como susceptibles de ser modificadas, por lo que busca alterar la situación para que resulte menos estresante; y el enfocado en la emoción, el cual es empleado por el sujeto cuando considera que es incapaz de operar en la situación que está evaluando como amenazante, por lo que opta por disminuir la tensión, la activación fisiológica y la respuesta emocional a través de procesos cognitivos, tales como la minimización, evitación, distanciamiento, comparaciones positivas y atención selectiva.

Posteriormente, Carver, Scheier y Weintraub (1989) identificaron una tercera dimensión en el enfrentamiento del estrés, que podría determinar tres estilos distintos de enfrentamiento:

1) Enfocado en el problema, integrado por cinco escalas:

- a. Enfrentamiento activo
- b. Planeación
- c. Supresión de actividades de competencia
- d. Enfrentamiento restringido
- e. Búsqueda de apoyo social

2) Enfocado en las emociones, integrado por las escalas de:

- a. Búsqueda de apoyo social emocional
- b. Reinterpretación positiva
- c. Aceptación
- d. Negación
- e. Religión

3) Respuestas de enfrentamiento menos efectivas, conformada por las escalas de:

- a. Enfocarse en emociones y ventilarlas
- b. Retirada conductual
- c. Retirada mental.

Vitalino, Russo, Carr y Becker (1985; cit. por Quintanilla, Valadez, Vega y Flores, 2006), por su parte, y partiendo de los estudios de Lazarus, calificaron las estrategias de afrontamiento en cinco categorías: focalizada en la solución, centrada en la búsqueda de soporte social, autoculpabilizante, centrada en la alteración del significado emocional y evitativa; de las cuales se considera que los primeros dos resultan, en general, más adaptativos que los tres restantes; además, los autores antes mencionados observaron que las personas con tentativa suicida emplean en menor medida estas estrategias de afrontamiento consideradas como más adaptativas.

Muchos adolescentes han tenido que enfrentarse a situaciones adversas que no corresponden a su etapa del desarrollo, incluso desde la infancia, mismas que podrían provocar en ellos efectos de igual manera negativos, tales como conflictos con la autoridad, rebeldía, adicciones y problemas de salud mental, depresión o trastornos alimenticios (González-Arratia, Valdéz y Zavala, 2008); sin embargo, esto no siempre sucede, lo cual llevó a los investigadores a estudiar desde hace cerca de cincuenta años qué es lo que lleva a los individuos a sobreponerse a esas adversidades e incluso sacar provecho de ellas, ante lo cual surgió el concepto de resiliencia (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007). Este concepto, según Becoña (2006), se define como la competencia para sobreponerse a adversidades y ser capaz de desarrollarse exitosamente a pesar de las mismas. Así, una persona es descrita como resiliente cuando, al vivir o haber vivido en una situación riesgosa, de exclusión o de alto impacto, es capaz de normalizar su vida (Carretero, 2010).

En ciencias sociales, el concepto de resiliencia denomina a aquellas personas que, a pesar de enfrentar condiciones adversas, crecen y se desarrollan de manera saludable y con calidad (Barranco, 2009); y en el caso específico de la psicología, el término no se restringe a la resistencia de contextos adversos, sino que implica un aspecto dinámico que supone que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye (González, Nieto y Valdez, 2011).

Así, la resiliencia representa un proceso, por lo que existen factores de resiliencia, comportamientos resilientes y resultados resilientes; y se trata de una característica que puede ser fomentada en el individuo, con base en la etapa del desarrollo en la que se encuentra el sujeto (Henderson, 2001, en Melillo y Suárez, 2001).

Respecto a la forma en la que los adolescentes enfrentan sus problemas, se ha encontrado que cada vez más recurren a conductas parasuicidas como mecanismo para disminuir los efectos negativos de los problemas no resueltos eficazmente (Andrade, 2012). De acuerdo con Nock (2009), cuando el adolescente carece de habilidades para afrontar adecuadamente las emociones aversivas, o emplea estrategias poco efectivas para ello, puede recurrir a conductas parasuicidas para regular temporalmente la situación por la que atraviesa. Esta probabilidad aumenta si, además, el individuo experimenta depresión o ansiedad (Trepal, Wester y Merchant, 2015).

El parasuicidio involucra a todas aquellas conductas autolesivas que no terminan en la muerte de la persona que las lleva a cabo (Kreitman, 1969; cit. por Lozano, Huertas, Martínez, Ezquiaga, García-Camba y Rodríguez, 2004), y forma parte de una gama de conductas y cogniciones denominadas como Comportamiento Suicida (CS), el cual involucra ideas, intentos y actos autoinfligidos con o sin el objetivo de provocarse la muerte (Pérez, 1999). Así, el comportamiento suicida comprende el suicidio consumado, el intento suicida, las amenazas suicidas y la ideación suicida con ideas y pensamientos específicos (Martínez, Moracén, Madrigal y Almenares, 1998).

## **Planteamiento del Problema**

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel mundial, puesto que se calcula que aproximadamente un millón de personas mueren por este motivo en todo el mundo (Kazem, Nojomi, Bolhari, Hakimshoostari, Posthmashhadi y De Leo, 2008). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que cada suicidio que se consuma implica aproximadamente veinte tentativas más de suicidio año con año.

De acuerdo con Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), el suicidio en México creció un 275% de 1970 a 2007, presentándose con cada vez mayor frecuencia en el grupo etario de 15 a 29 años. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) señala que, precisamente en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, el suicidio representa la segunda causa de muerte, con un 8.5% del total y una tasa de 13.5 suicidios consumados por cada 100 mil jóvenes. De acuerdo con dicha institución, en el 2011 se presentó en México un total de 5718 suicidios consumados, de los cuales cerca del 20% fue llevado a cabo por adolescentes de entre 10 y 19 años de edad (INEGI, 2013). En el 2013, el número de suicidios en México aumentó a 5909, confirmándose lo expresado anteriormente, al observarse que el 41% de los suicidios consumados en México durante ese año fue llevado a cabo por jóvenes entre 15 y 29 años de edad, teniendo una tasa de 7.5 por cada 100 mil jóvenes. Específicamente en el grupo etario que se propone estudiar en el presente proyecto de investigación, se presentó un total de 760 suicidios durante ese año en nuestro país, de los cuales 527 eran hombres, y 233 mujeres. Se observa, además, que, a pesar de que la prevalencia de suicidios es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad, las mujeres presentan mayor prevalencia entre los 10 y los 19 años que en la adultez. Sonora, por su parte, se colocó entre las seis entidades federativas que presentaron tasas de suicidio

mayores a 7.1 por cada 100 mil habitantes, junto a Aguascalientes, Chihuahua, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Pérez, Rivera, Atienzo de Castro, Leyva y Chávez (2010), por su parte, señalan que cerca de la mitad de los alumnos de educación media-superior en México manifiesta al menos un síntoma de ideación suicida, mientras que un 9% menciona haber presentado intento de suicidio.

Se ha encontrado que cuando los adolescentes se encuentran estresados por motivos de pareja, particularmente en cuanto a discusiones e imposiciones por parte de esta en la forma de actuar o pensar, se incrementa la posibilidad de desarrollar ideación suicida; además, en el caso de las mujeres, aquellas que han percibido críticas hacia su personalidad o han tenido problemas con sus mejores amigos, presentan un riesgo mayor de desarrollar dichos pensamientos (Serrano y Flores, 2005). Quintanilla, Valadez, Valencia y González (2005) encontraron en un estudio realizado en México que el 75% de su muestra suele emplear estrategias poco adaptativas para afrontar las situaciones que perciben como estresoras. Así mismo, se ha evidenciado que las habilidades de afrontamiento constituyen un importante factor protector ante los comportamientos suicidas (Kumar y Biju, 2013), al igual que la resiliencia del individuo, la cual hace menor la probabilidad de que éste recurra a comportamientos suicidas (Lingeswaran, 2016).

De lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existirá entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la ciudad de H. Nogales, Sonora, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas en los mismos?

### **Hipótesis**

- Existe correlación estadísticamente significativa entre las variables en estudio: estrategias de afrontamiento, resiliencia y comportamiento suicida.



- Los adolescentes que carecen de habilidades de afrontamiento serán más propensos a desarrollar comportamientos suicidas que aquellos que cuentan con habilidades de afrontamiento adecuadas.
- Los adolescentes que cuentan con características resilientes serán los que no desarrollen comportamientos suicidas.

**Objetivos.** Objetivo General: Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la ciudad de H. Nogales, Sonora, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas.

**Justificación.** Los resultados del proyecto de investigación aquí propuesto permitirán desarrollar estrategias de prevención ante la problemática del comportamiento suicida en adolescentes de la ciudad de H. Nogales, Sonora, posibilitando identificar qué herramientas deben ofrecerse a estos jóvenes para evitar el desarrollo de dichos comportamientos (Lima, 2011). Además, esta investigación acrecentará el bagaje de información referente a un tema poco estudiado en esta región geográfica, como lo es la relación entre las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y el comportamiento suicida en adolescentes.

De acuerdo con Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011), los comportamientos parasuicidas y la ideación suicida constituyen factores de riesgo para un posible suicidio consumado en adolescentes, por lo que es esencial estudiar los factores asociados a estas conductas para, de esta manera, poder prevenir e intervenir en ellas de la forma más óptima. Así mismo, diversos estudios han empezado a establecer una relación entre el deficiente afrontamiento del estrés, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas (Lima, 2011).

**Limitaciones.** Dentro de las posibles limitaciones a sortear para el desarrollo de este proyecto pudiera encontrarse una posible negativa de alguna institución educativa a permitir el acceso a su

población estudiantil, así como de los propios adolescentes, al tratarse de una participación voluntaria.

**Delimitación.** El presente proyecto será dirigido a la población adolescente (de 12 a 19 años) de la ciudad de Nogales, Sonora, que se encuentre actualmente cursando sus estudios de Educación Secundaria y Media-Superior en las secundarias y preparatorias de la localidad.

## Marco Teórico

### Adolescencia

La adolescencia representa una construcción social que apareció en el siglo XX, cuando se le diferenció como una etapa más en el desarrollo del ser humano (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

De acuerdo con Feldman (2007), la adolescencia comprende la etapa entre los 10 y los 20 años, aproximadamente, es decir, es la serie de cambios, tanto físicos como cognoscitivos, que ocurren entre la infancia y la madurez.

**Desarrollo Físico.** Los cambios que experimenta la persona en su cuerpo cuando empieza la adolescencia se ven reguladas por hormonas, sustancias químicas que el organismo comienza a segregar en mayor medida a partir de esta etapa del ciclo vital en el torrente sanguíneo por las glándulas que conforman el sistema endócrino (Craig y Baucum, 2009). Estos cambios involucran un acelerado aumento de estatura y peso; aproximadamente a partir de los 10 años en las niñas y de los 13 en los niños, los adolescentes empiezan a experimentar un aumento más acelerado en su talla, creciendo en promedio alrededor de 10.5 centímetros anuales en el caso de los varones, y de 8.9 centímetros en las mujeres (Feldman, 2007). Este cambio no se da de forma súbita, sino a través de un proceso de varios años, en el cual, primeramente, las manos y los pies alcanzan las proporciones del cuerpo adulto, seguidos de las piernas y los brazos, siendo el tronco el que se desarrolla con mayor lentitud (Gerrig y Zimbardo, 2005). Otro grupo de glándulas que aumentan su actividad en esta etapa son las sebáceas, encargadas de producir grasa, lo cual provoca el surgimiento del acné, así como las glándulas sudoríparas, lo que genera un olor corporal más intenso en el sujeto (Craig y Baucum, 2009).

Así mismo, durante la adolescencia la persona alcanza la madurez sexual; a partir de la pubertad aparecen las características sexuales secundarias, es decir, aquellos signos fisiológicos que no implican directamente a los órganos sexuales: en el caso de los hombres, se da el desarrollo muscular, aparece el vello facial, se engrosa la voz y se ensanchan los hombros; mientras que en la mujer se presenta el crecimiento de los senos y se ensancha la pelvis; además, en ambos casos aparece el vello púbico y axilar, la piel se vuelve más grasosa y gruesa. Aunado a esto, la maduración del aparato reproductor propicia el inicio de la menstruación, en el caso de las mujeres, apareciendo la primera menstruación, o menarquia, entre los diez y dieciséis años; y la producción de espermatozoides en los hombres, presentándose la primera eyaculación, o espermarquia alrededor de los trece años (Papalia et. al., 2010).

A nivel cerebral, durante la adolescencia se presentan cambios estructurales en la materia gris y en la sustancia blanca, los cuales se extienden a los lóbulos frontales y temporales, principalmente, mismos que, entre otros procesos, son partícipes en la mentalización, es decir, la habilidad de manipular y reflexionar acerca del propio estado mental, así como el de otras personas (Dumontheil, 2015). En esta etapa, además, se culminan dos procesos que inician desde la infancia: la mielinización, que representa la adquisición del aislamiento adiposo, lo que permite a las neuronas transmitir información a mayor velocidad; y la depuración sináptica, es decir, la supresión de conexiones que no son necesarias entre las neuronas (Kail y Cavanaugh, 2011).

Durante esta etapa el adolescente alcanza casi el máximo desarrollo en su memoria de trabajo y en la velocidad de procesamiento (Kail y Cavanaugh, 2011).

**Desarrollo Cognitivo.** De acuerdo con la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, alrededor de los once años de edad, el individuo entra en la etapa de las operaciones formales, misma que constituye la última etapa de dicha teoría (Gerrig y Zimbardo, 2005). El individuo ha

perfeccionado su capacidad de pensar de forma abstracta, lo cual le permite procesar la información de forma más flexible, ya no restringida por el aquí y ahora, sino que es capaz de comprender el tiempo histórico, utilizar símbolos para representar otros símbolos, apreciar mejor las metáforas y alegorías, pensar en relación a lo que podría ser y no sólo a lo que es, imaginar posibilidades y formar y probar hipótesis (Papalia et. al., 2010).

Así mismo, el adolescente adquiere la capacidad de analizar y cambiar de forma consciente los procesos de pensamiento, ya que ha desarrollado la cualidad de reflexionar sobre éste, formular estrategias y realizar planes; utiliza de forma más eficaz la memoria, retención y transferencia de información, así como estrategias complejas de resolución de distintos tipos de problemas, además de medios más óptimos para hacerse de información y almacenarla de forma simbólica (Craig y Baucum, 2009).

**Desarrollo Psicosocial.** Según lo establecido por Erikson (1968; cit. por Papalia et. al., 2010), el adolescente se ubica en la quinta etapa del desarrollo psicosocial, la cual denominó como “identidad frente a confusión de identidad”, en la que el sujeto busca convertirse en un adulto con un rol apreciado por la sociedad mediante la puesta en práctica de aquellas competencias que adquirió durante su niñez media para desenvolverse exitosamente en su cultura; el autor plantea además que la identidad del adolescente se construye en la medida en que este resuelve tres cuestiones relevantes: la selección de una ocupación, la apropiación de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. De acuerdo con esta teoría, un adolescente que resuelve adecuadamente esta crisis de identidad contará con la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad o un sentido de pertenencia a algún grupo social (seres, queridos, amigos, compañeros) o con un grupo de valores, una ideología, religión, movimiento político o grupo étnico (Erikson, 1982; cit. por Papalia et. al., 2010).

En esta etapa, los amigos del adolescente se convierten en una figura especialmente importante para el mismo, compitiendo incluso con los padres respecto al moldeamiento de conductas y actitudes personales (Gerrig y Zimbardo, 2005).

**Desarrollo Moral.** La teoría de Kohlberg acerca del desarrollo del razonamiento moral del individuo plantea que este se da a través de seis etapas, ubicadas a su vez en tres etapas, a saber (Kail y Cavanaugh, 2011):

- 1) Nivel Preconvencional: En este nivel el razonamiento está basado en fuerzas externas, estando controlado principalmente por recompensas y castigos.
  - a. Orientación a la obediencia: El razonamiento se basa en lo que las figuras de autoridad señalan que está bien o mal.
  - b. Orientación instrumental: El razonamiento se orienta en función de la satisfacción de necesidades personales.
- 2) Nivel Convencional: La guía moral se enfoca en las normas sociales.
  - a. Normas interpersonales: El razonamiento tiene como objetivo el obtener la aprobación de los demás individuos.
  - b. Moralidad del sistema social: Se percibe a las leyes y normas sociales como reguladoras del orden social que mantienen y promueven el bienestar común.
- 3) Nivel Postconvencional: En este nivel, el sujeto se basa en sus propios códigos morales.
  - a. Contrato social: En esta etapa la base del juicio moral es la percepción de las leyes como algo que garantiza el bien de cada miembro de la sociedad.
  - b. Principios éticos universales: El individuo basa sus juicios morales en principios que se acomodan a todos los miembros de la sociedad.

Se ha pensado que, de acuerdo con esta teoría, el razonamiento moral guardaría una estrecha relación con la edad y madurez cognitiva del individuo: a mayor edad y desarrollo cognitivo, mayor desarrollo moral; lo cual ha quedado demostrado en algunos estudios (Stewart y Pascual-Leone, 1992; cit. por Kail y Cavanaugh, 2011) en los que se ha observado que las etapas uno y dos (nivel preconventional) son comunes de la niñez y las primeras etapas de la adolescencia, mientras que las etapas tres y cuatro (nivel convencional) son mayormente encontradas en la adolescencia tardía y la adultez y, finalmente, se ha encontrado que pocos individuos alcanzan las últimas etapas de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, es decir, el nivel postconvencional (Kail y Cavanaugh, 2011).

## **Estrategias de Afrontamiento**

Para empezar, es necesario distinguir entre dos conceptos relacionados entre sí, pero distintos: estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento constituyen tendencias individuales para encarar situaciones y son la base de las predilecciones del sujeto al emplear uno u otro tipo de estrategia de afrontamiento (Fernández, 1997; cit. por Castaño y del Barco, 2010). Así, un estilo de afrontamiento llevará a la persona a pensar y comportarse de una forma más o menos estable y consistente ante aquellas situaciones que evalúe como estresantes. Por otra parte, se definen como estrategias de afrontamiento aquellos elementos psicológicos a los que el individuo recurre para encarar las situaciones estresantes de su vida cotidiana, mismos que, a pesar de que no siempre resultan efectivos, sí permiten prevenir o aminorar problemas en las personas (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). El estrés altera el funcionamiento normal del sujeto, al constituir una carencia de equilibrio entre las exigencias contextuales y los recursos del individuo para hacerles frente (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003).

Lazarus y Folkman (1991; cit. por Cano, Ollua, Vega y Soria, 2010) proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento: las dirigidas a la acción, también conocidas como afrontamiento activo, es decir, toda operación dirigida a transformar la situación percibida como estresante; y el afrontamiento dirigido a la emoción, o afrontamiento pasivo, mismo que conlleva aquellas conductas que permiten regular las respuestas emocionales generadas por la situación estresante. Históricamente se ha considerado que estas últimas formas de afrontar el estrés suelen ser empleadas cuando el individuo considera que no posee las herramientas para modificar las condiciones amenazantes del contexto, mientras que, por el contrario, cuando la persona se evalúa a sí misma como capaz de modificar la situación en la que se encuentra, o a esta como susceptible de modificación, tiende a utilizar estrategias de afrontamiento orientadas a la acción. Por ejemplo,



un estudio realizado por Cheng, Kuan, Li y Ken (2010) arrojó que aquellos participantes que se encontraban en un estado de desconcierto emocional respecto a la situación estresante propendían a emplear estrategias centradas en la emoción, mientras que, si el participante percibía la situación como controlable y/o modificable, se inclinaría por utilizar una estrategia centrada en el problema.

Esta constituye una primera forma de categorizar de las estrategias de afrontamiento, pero no la única. Existen dos más que comúnmente se emplean para agrupar estas estrategias: una de ellas, diferencia entre la confrontación, cuyo objetivo es lidiar con el estresor y las emociones relacionadas a éste mediante estrategias enfocadas en el problema o en la emoción (como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva); y la evitación, misma que involucra el enfoque del individuo en sus propias emociones mientras busca evadir su ansiedad (Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás, 2012). Un tercer enfoque clasifica las estrategias de afrontamiento basándose en la distinción entre el control primario y el control secundario, el primario se refiere a la percepción del individuo de que puede llevar a cabo acciones para obtener un determinado resultado, mientras que el secundario involucra la aceptación de las situaciones en vez de intentar operar sobre ellas (Sheu y Sedlacek, 2004).

Fryedenberg y Lewis (1997; cit. por Veloso, Caqueo, Caqueo, Muñoz y Villegas, 2010) incluyen un tercer grupo de estrategias de afrontamiento, el cual denominan “afrontamiento de evitación”, el cual implica, como su nombre lo indica, evadir el problema a través de distracciones que concentren la atención en una situación distinta a la que está produciendo el estrés. Además, estos autores dividen las tres categorías de afrontamiento (estilos de afrontamiento) en dieciocho diferentes estrategias de afrontamiento:

- Estilo de afrontamiento dirigido a las emociones:
  - Buscar apoyo social

- Buscar pertenencia
- Invertir en amigos íntimos
- Acción social
- Buscar apoyo espiritual
- Buscar ayuda profesional
- Estilo de afrontamiento dirigido a la solución del problema:
  - Concentrarse en resolver el problema
  - Esforzarse para tener éxito
  - Fijarse en lo positivo
  - Buscar diversiones relajantes
  - Distracción física
- Estilo de afrontamiento dirigido a la evitación:
  - Preocuparse
  - Hacerse ilusiones
  - Falta de afrontamiento
  - Reducción de la tensión
  - Ignorar el problema
  - Autoinculparse
  - Reservarlo para sí.

Una estrategia de afrontamiento se considera como adaptativa cuando logra el objetivo de aminorar el estrés y promueve en el individuo la salud a largo plazo; mientras que se estima como desadaptativa cuando no reduce el estrés en el individuo, o lo hace sólo de forma momentánea, provocándole efectos perjudiciales en el largo plazo (Veloso et. al., 2010). Usualmente se señala

al afrontamiento activo como el más efectivo por el bienestar que le permite alcanzar al individuo, mientras que, por el contrario, el afrontamiento pasivo es considerado como más desadaptativo para el sujeto (Meléndez et. al., 2012). Sin embargo, se ha encontrado también que el afrontamiento enfocado en el problema resulta efectivo sólo cuando la situación es controlable por el sujeto, mientras que tiene efectos negativos cuando la situación está fuera del alcance del mismo; y, de manera inversa, el afrontamiento enfocado en la emoción tiene efectos positivos en el individuo cuando se encuentra ante una situación fuera de su control, mientras que el efecto será negativo si la situación es propensa a ser manejada por el sujeto (Yang, Yang, Liu, Tian, Zhu y Miao, 2010). La capacidad del individuo de afrontar adecuadamente las situaciones estresantes que se le presentan, constituye, a su vez, un importante elemento en el desarrollo de la resiliencia en los niños y adolescentes (Chapman y Mullis, 1999).

### **Modelos Teóricos de Afrontamiento**

**Modelo de Lazarus y Folkman (1987).** Lazarus y Folkman (1987) plantean en su teoría transaccional del estrés que este constituye una emoción del individuo y que no se refiere solamente a un evento externo al mismo, sino que se entiende como una relación entre éste y su entorno, el cual es percibido por el sujeto como amenazante o excesivo respecto a sus propios medios y que, por lo tanto, pone en riesgo su bienestar. En este proceso se involucran dos aspectos importantes: la información, misma que hace referencia a lo que el sujeto sabe o cree saber acerca de su entorno y cómo éste funciona; y la evaluación, relativa a las implicaciones que tiene la información para el bienestar individual. Esta última puede ser de dos tipos, con diferentes funciones y que conciernen a distintos tipos de información. La evaluación primaria concierne a la relevancia motivacional del evento, es decir, se valora si hay algo que ponga en riesgo el bienestar del sujeto. Esta evaluación, a su vez, puede ser de tres distintas clases: el daño

previamente experimentado, la amenaza, que constituye un daño anticipado, y el desafío, es decir, una potencial ganancia para el individuo. Así, en la evaluación primaria la persona analiza si la situación pone en riesgo su bienestar, de no ser así, ésta resulta irrelevante, por lo que no se producirá una respuesta emocional. En la evaluación secundaria, por otra parte, el sujeto valora si hay algo que pueda llevar a cabo para mejorar la relación entre él y su contexto y, de ser así, qué estrategia de afrontamiento le produciría un mejor resultado. Cabe señalar que estos dos tipos de evaluación no necesariamente se presentan en este orden.

En este modelo de Afrontamiento Transaccional, Lazarus y Folkman (1987) describen dos estilos de afrontamiento, categorizados de acuerdo con su función: el enfocado en el problema; el cual se enfoca en modificar las condiciones de la relación persona-ambiente que están redundando en conflictos para la persona, y que se presenta cuando el individuo interpreta las condiciones del contexto como susceptibles de ser modificadas, por lo que busca alterar la situación para que resulte menos estresante; y el enfocado en la emoción, orientado a regular el estrés emocional, mismo que es empleado por el sujeto cuando considera que es incapaz de operar en la situación que está evaluando como amenazante, por lo que opta por disminuir la tensión, la activación fisiológica y la respuesta emocional a través de procesos cognitivos, tales como la minimización, evitación, distanciamiento, comparaciones positivas y atención selectiva.

**Modelo de Baeza (2011).** Baeza (2011) propone un modelo en el que los Actos de Afrontamiento, como denomina a las Estrategias de Afrontamiento, se analicen a partir de ejes de ordenadas y accisas de cuyo cruce se derivan nueve dimensiones básicas de actos de afrontamiento, mismas que pueden comprender distintas estrategias, las cuales, a su vez, pueden desenvolverse a través de distintas operaciones paralelas o encadenadas entre sí y con otras áreas de forma variable, lo cual da lugar al afrontamiento como tal. De acuerdo con el autor, cualquiera de estas estrategias

de afrontamiento involucra invariablemente aspectos cognitivos y conductuales. El modelo se expone en la figura 1.

	Anticipación	Ejecución	Evaluación-Logro
0 Tarea	<p>Operación</p> <p>a' b' c' d'</p> <p>A</p> <p>Estrategia B</p> <p>C (A)</p> <p>D</p>	<p>Operación</p> <p>1' 2' 3' 4'</p> <p>1</p> <p>Estrategia 2</p> <p>3 (I)</p> <p>4</p>	<p>Operación</p> <p>A β χ Δ</p> <p>α</p> <p>Estrategia β</p> <p>χ (Ψ)</p> <p>δ</p>
1 Salud	<p>Operación</p> <p>a' b' c' d'</p> <p>a</p> <p>Estrategia b</p> <p>c (B)</p> <p>d</p>	<p>Operación</p> <p>1' 2' 3' 4'</p> <p>1</p> <p>Estrategia 2</p> <p>3 (II)</p> <p>4</p>	<p>Operación</p> <p>A β χ Δ</p> <p>α</p> <p>Estrategia β</p> <p>χ (E)</p> <p>δ</p>
2 Self	<p>Operación</p> <p>a' b' c' d'</p> <p>a</p> <p>Estrategia b</p> <p>c (C)</p> <p>d</p>	<p>Operación</p> <p>1' 2' 3' 4'</p> <p>1</p> <p>Estrategia 2</p> <p>3 (III)</p> <p>4</p>	<p>Operación</p> <p>A β χ Δ</p> <p>α</p> <p>Estrategia β</p> <p>χ (Ω)</p> <p>δ</p>

Figura 1. Modelo de Afrontamiento de Baeza (2011).

En el que el eje de ordenadas se encuentra ligado al desarrollo temporal de la acción, implicando estos parámetros:

- Actos anticipatorios: Referentes a la generación o visualización de la acción.
- Actos de ejecución: Referentes a la ejecución de las operaciones planeadas.
- Actos de evaluación del logro: Se realizan en términos de éxito-fracaso y son referentes al final de la sucesión de acciones para pasar a otra, o a un nuevo nivel jerárquico de implicación.

El eje de abscisas, por su parte, implica los campos de actuación en los que se interviene, relativos a elementos distintos de la amenaza en la ansiedad:

- Campo 0 (tarea): Relativo a los planes de acción inicial o interrumpidos, obstaculizados o degradados.
- Campo 1 (salud): Hace referencia a la activación psico-biológica ligada a la ansiedad, misma que altera la salud y bienestar y, por lo tanto, puede resultar elemental para la generación de nuevas estrategias de acción inmediatas o el sostenimiento de lo alcanzado.
- Campo 2 (self): Referente a conceptualización social que se atribuye o puede atribuirse a la ansiedad y sus expresiones, y cómo alteran al estatus personal y social.

El modelo establece que el afrontamiento puede organizarse en un solo campo, en dos o en los tres; y la relación sistémica entre los elementos del mismo implica que la alteración de uno de ellos deviene en modificaciones en los otros y en el sistema completo. El autor añade, además, que las estrategias de afrontamiento tienen como objetivo el reajuste del sistema en su totalidad, con la posibilidad de que el sujeto intervenga instrumental o estratégicamente en determinadas variables, en determinadas situaciones y tiempo.

## **Resiliencia**

A lo largo de su desarrollo, el ser humano puede experimentar diversas situaciones o circunstancias desfavorables; sin embargo, no todos los individuos responden igual ante dichas circunstancias, ya que se pueden presentar factores que logran convertir una situación de adversidad en una que contribuya al mejoramiento de las condiciones de vida de una persona y su contexto (Badilla, 2009). Por ello, a partir de la década de los setenta (García y Domínguez, 2013), surgió el interés por identificar cuáles son los diversos factores que posibilitan que la persona pueda soslayar las adversidades y dificultades que se le presenten, de esta manera, se formuló el concepto de resiliencia, el cual se define, según Becoña (2006), como la competencia para sobreponerse a adversidades y ser capaz de desarrollarse exitosamente a pesar de las mismas. Así, una persona es descrita como resiliente cuando, al vivir o haber vivido en una situación riesgosa, de exclusión o de alto impacto, es capaz de normalizar su vida (Carretero, 2010).

En ciencias sociales, el concepto de resiliencia denomina a aquellas personas que, a pesar de enfrentar condiciones adversas, crecen y se desarrollan de manera saludable y con calidad (Barranco, 2009); y en el caso específico de la psicología, el término no se restringe a la resistencia de contextos adversos, sino que implica un aspecto dinámico que supone que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye (González, Nieto y Valdez, 2011). De acuerdo con Rutter (1999), se caracteriza por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que favorecen una vida sana dentro de un contexto insano, y que tienen lugar a través del tiempo, resultando combinaciones positivas entre características del individuo y su ambiente familiar, social y cultural, por lo que no puede ser pensada como un atributo con el que el sujeto nace, ni que adquiere a lo largo de su desarrollo, sino que se trata de un proceso interactivo entre estos y su medio. Gutiérrez (2009), por su parte, señala que la resiliencia no representa simplemente la capacidad de

sobreponerse a las adversidades, sino que constituye más bien un tipo de personalidad - personalidad resiliente-, cuyas características más importantes son: a) autoestima estable y positiva, b) capacidad de introspección, c) independencia, d) capacidad de establecer relaciones sociales íntimas y empáticas, e) asertividad, f) iniciativa, g) creatividad, h) humor, i) ética y j) capacidad de crítica.

La resiliencia es un fenómeno multifactorial, en el que se involucran variables como la autoestima, las estrategias de afrontamiento, la asertividad, el optimismo, la religiosidad o espiritualidad, las competencias para la comunicación y resolución de problemas (González-Arratia, Gil, Valdez y Mira, 2016). Verbigracia, hay evidencias de que ciertas características dentro de la familia, tales como la calidad en la crianza y educación, expresividad emocional, flexibilidad y colaboración (Ungar, 2003; cit. por Villalba, 2003), se encuentran relacionadas con el desarrollo de comportamientos resilientes en los individuos. El género es otro factor a considerar, puesto que se ha observado que los adolescentes de sexo masculino presentan mayores características resilientes de forma independiente, mientras que las mujeres incrementan su resiliencia a medida que perciben un mayor apoyo social (González-Arratia et. al., 2016).

La importancia del desarrollo de estas características y su relación con comportamientos resilientes en adolescentes radica en que, a partir de dichos comportamientos, es factible que el adolescente se sobreponga a las dificultades y encare el futuro con confianza y optimismo (Uriarte, 2006). Un adolescente que desarrolla competencias resilientes será más propenso a comportarse de forma más flexible, adaptarse con mayor facilidad a las dificultades y asumir el control de sus vidas (Cordini, 2005).



## **Modelos Teóricos de Resiliencia**

**Modelo Compensatorio de Resiliencia.** Este modelo propone que los factores protectores neutralizan y contrarrestan la exposición a riesgos, de manera que los factores compensatorios tienen un efecto contrario en un aspecto del desarrollo al que tendrían los riesgos. Este efecto es directo e independiente del riesgo al que el individuo está expuesto, por lo que los factores compensatorios contribuyen a la predicción de los resultados cuando se les introduce en un análisis de regresión una vez que los riesgos han sido agregados a la ecuación (Zimmerman, Steinman y Rowe, 1998).

**Modelo del Factor Protector.** Este modelo plantea que un factor protector o un recurso modifican la relación entre el riesgo, otro factor protector y los resultados. Dos posibles formas de este modelo son riesgo-protector y protector-protector. El primero indica que los factores protectores operan para aminorar la relación entre los riesgos y resultados negativos; mientras que el segundo permite incrementar los efectos de cualquiera de los factores protectores para predecir un resultado. Estos modelos protectores son probados usando efectos de interacción en análisis regresivos o de múltiples grupos en modelos de ecuaciones estructurales (Zimmerman, 2013).

**Modelo del Desafío (Rutter, 1987).** Rutter (1987) plantea en su modelo que un nivel moderado de riesgo puede ayudar a los adolescentes a sobreponerse a exposiciones posteriores que los pudieran volver vulnerables a resultados adversos. Para ello, es esencial que el riesgo inicial al que se estuvo expuesto sea lo suficientemente desafiante para que el joven desarrolle los mecanismos de afrontamiento para sobreponerse a sus efectos, pero no demasiado agotador como para volver ineficientes los esfuerzos del sujeto por afrontar la situación.

**Modelo Integrador de Resiliencia (Mateu, Gil y García, 2009).** A raíz de los modelos de Bronfenbrenner (1979), Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer (1990) y Vainstendael (2005),

Mateu, Gil y García (2009) desarrollaron un modelo en el cual se reunieran los aspectos más importantes que plantean cada uno de los modelos tomados como base, de ahí que se le denominara Modelo Integrador de Resiliencia. De acuerdo con este modelo, el desarrollo de la resiliencia en el individuo se origina en la interacción entre éste, su familia y la comunidad, a raíz de la cual la persona desarrollará mecanismos de protección hacia las situaciones que se le presentan, mismas que podrán ser percibidas como pruebas o que le podrían llevar a presentar lo que los autores denominan un trauma, entendido como algo que no puede ser pronosticado y a lo que el sujeto debe sobrevivir a pesar de la pérdida que produce en sí mismo. Es decir, una persona podrá interpretar las adversidades que se le presentan como:

- a) una prueba, ante lo cual aumentaría sus capacidades y fortalecería sus competencias cognitivas, emocionales y sociales, llevándolo, de acuerdo con los autores, a un desarrollo vital encontrado entre el resiliente y el homeostático; o, por el contrario, podría sufrir una disminución de sus capacidades si se genera en ella una vulnerabilidad nueva
- b) un trauma, que podría conducirlo a un desarrollo psicotraumático, en el que la persona desarrollaría una patología o trastorno, o podría llevarlo a un desarrollo gradual, integrado por una “cicatriz”, un desarrollo homeostático y un posible desarrollo resiliente en alguna de sus competencias.

Así, el modelo quedaría representado como se muestra en la figura 2.

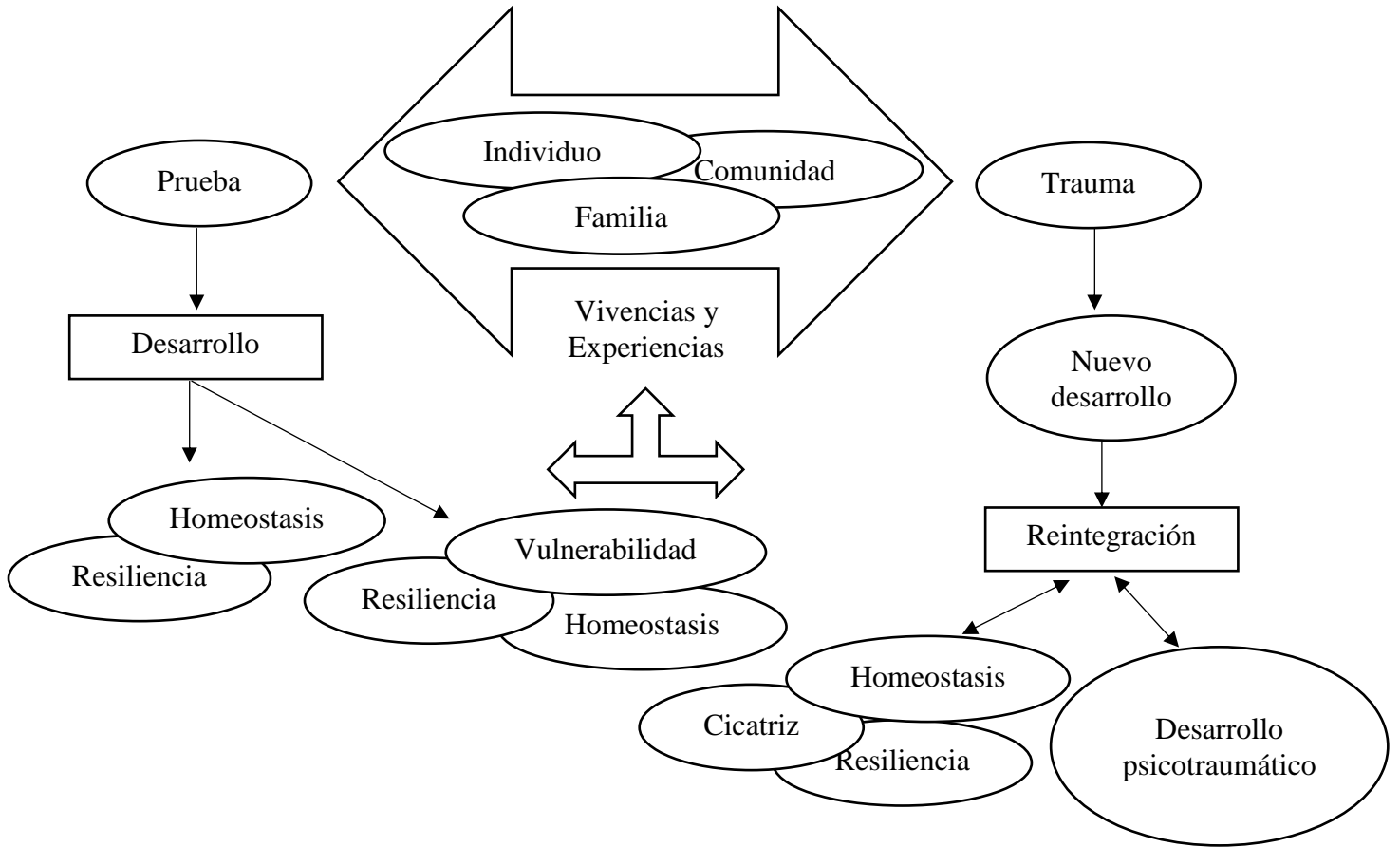


Figura 2. Modelo Integrador de Resiliencia (Mateu et. al., 2009).

## **Suicidio**

Durkheim (1897) es el primer autor que distingue la conducta suicida de otras que también derivan en la muerte del individuo, definiendo el suicidio como toda muerte que es producto de una acción, positiva o negativa, llevada a cabo por la propia víctima, quien tenía conocimiento de que dicha acción debía tener ese resultado; mientras que la tentativa suicida es el mismo acto inconcluso antes de provocar la muerte del sujeto.

Sin embargo, el suicidio consumado es solo un componente de una amplia gama de conductas que se denominan Comportamiento Suicida, y que involucran la ideación suicida, la amenaza o gesto suicida, el intento de suicidio y el mencionado suicidio consumado (Bella, Fernández y Willington, 2010).

### **Comportamiento Suicida**

**Orientación Suicida:** De acuerdo con Paniagua, González y Rueda (2014), la orientación suicida constituye un antecedente a la ideación suicida, ya que se trata de un estado en el que el individuo piensa o percibe que su existencia es irrelevante para sus seres queridos, por lo cual sería más conveniente para él estar muerto.

**Ideación Suicida:** Constituye la idea de quitarse la vida, pensamientos de que el individuo carece de valía, o deseos de morir (Pérez et al, 2010). La ideación suicida puede representar un factor de riesgo considerable para el suicidio y, a pesar de ello, ha sido menos analizada que el intento suicida y el suicidio consumado (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006).

**Parasuicidio:** Abarca distintas conductas, también llamadas conductas suicidas no mortales (Hoyos, 2011), que pueden ir desde intentos de manipulación hasta tentativas frustradas de acabar con la propia vida; es decir, se trata de acciones intencionales que no tienen un desenlace fatal para el individuo que las lleva a cabo, pero que sí le causan perjuicios (Casullo, 2005).

**Intento Suicida:** Hace referencia a acciones intencionales que el individuo ejecuta con el objetivo de quitarse la vida, pero que no alcanzan dicho resultado (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001; cit. por Angulo, 2014).

**Suicidio Complejo:** Se denomina “suicidio complejo” al intento suicida en el que se emplean dos o más métodos; puede tratarse de un suicidio complejo planeado, si los diversos métodos se utilizan de forma simultánea para asegurar que el acto se consume incluso si uno de ellos falla, o de un suicidio complejo no planeado, cuando se recurre a un segundo (o más) método después de que el primero de ellos falló o resultó ser demasiado doloroso (Bohnert, 2005, en Tsokos, 2005).

**Suicidio Consumado:** Como se mencionó anteriormente, el suicidio consumado involucra toda muerte que es producto de una acción, positiva o negativa, llevada a cabo por la propia víctima, quien tenía conocimiento de que dicha acción debía tener ese resultado (Durkheim, 1897).

De acuerdo con Ghazinour, Mofidi y Richter (2009), diversos autores han planteado incluso que estos comportamientos constituyen un proceso continuo que comienza con la ideación suicida y puede terminar en intentos suicidas o en el suicidio consumado.

### **Factores de Riesgo**

Se denomina factor de riesgo a cualquier cualidad, exposición o comportamiento de una persona que incremente su probabilidad de experimentar un fenómeno, enfermedad o lesión (Tafari, Chiesa, Caminati y Gaspio, 2013).

El suicidio es un fenómeno multifactorial y, como tal, se ha encontrado que existen diversos elementos psicológicos y contextuales que pueden incrementar la probabilidad de que un individuo desarrolle comportamientos suicidas (Isaak, Campeau, Katz, Enns, Elias y Sareen, 2009). Los factores estresantes más comúnmente relacionados a dichos comportamientos incluyen

experiencias traumáticas y enfermedades psiquiátricas, entre las que destaca la depresión (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

**Factores Individuales:** Síntomas del trastorno de personalidad antisocial, así como el abuso de alcohol y drogas se han visto significativamente relacionados con comportamientos autolesivos e intentos suicidas, particularmente en mujeres (James y Taylor, 2008). Hidaka, Operario, Takenaka, Omori, Ichikawa y Shirasaka (2008), por su parte, encontraron en una muestra de jóvenes japoneses entre 15 y 24 años que el haber sido víctima de bullying y el uso de drogas se encontraba asociado a intentos suicidas tanto en hombres como en mujeres; mientras que aspectos relacionados con la sexualidad, como la orientación sexual (ser homosexual o bisexual), el padecimiento de alguna infección de transmisión sexual o el haber experimentado una relación sexual no deseada, así como la baja autoestima, eran factores que se encontraban ligados a dicho comportamiento en individuos de sexo masculino específicamente. De acuerdo con Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), la sintomatología depresiva en el individuo se ha presentado como el mayor predictor de comportamiento suicida, principalmente respecto a la ideación. Esto se corroboró en un par de estudios realizados en Sonora, el primero de ellos con una muestra de adolescentes y el segundo con población infantil; puesto que en ambos la depresión apareció significativamente asociada al comportamiento suicida (Cubillas, Román, Valdez y Galaviz, 2012; Miranda, Cubillas, Román y Valdez, 2009). Blankstein, Lumley y Crawford (2007), por su parte, identificaron en una muestra de estudiantes universitarios que, aquellos que consideraban no estar cumpliendo con expectativas sociales demasiado altas, que temían ser evaluados o criticados y, en general, a cualquier posible consecuencia de fracasar en el intento de cumplir con dichas expectativas, presentan un mayor riesgo de desarrollar comportamientos

suicidas, particularmente ideación suicida. Otros factores que incrementan la probabilidad de un intento suicida son el haber sido víctima de abuso sexual o castigos físicos severos en la infancia.

**Factores Familiares:** Entre los factores familiares que representan un mayor riesgo de aumentar la propensión del sujeto a desarrollar estos tipos de comportamiento suicida, se encuentran los antecedentes de intento suicida o suicidios consumados por parte de alguno de los dos progenitores o de algún hermano(a), así como la existencia de precedentes familiares de psicopatología (Mittendorfer-Rutz, Rasmussen y Wasserman, 2007); y de conflictos del adolescente con los padres (Randell, Wang, Herting y Eggert, 2006). Asimismo, el que la familia haya atravesado por dificultades financieras y el divorcio de los padres representan importantes factores a considerar ante el desarrollo de la conducta suicida (Hardt, Sidor, Nickel, Kappis y Petrak, 2008).

**Factores Contextuales:** Kposowa y D'Auria (2009) realizaron un estudio cuyos resultados demostraron que, en cuanto a factores temporales, la incidencia de suicidios consumados es mayor en los días miércoles y que este fenómeno se presenta mayormente durante el verano y en menor medida en el invierno.

### **Factores Protectores**

Entre los factores protectores, es decir, aquellos que disminuyen la probabilidad de que un fenómeno, en este caso el comportamiento suicida, se presente, se encuentran la esperanza, el bienestar espiritual, la autoeficacia, el apoyo social, principalmente por parte de la familia y los amigos y la efectividad al obtener recursos, así como el afrontamiento (Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005). Además, se ha demostrado que la religiosidad puede ser un factor protector contra el comportamiento suicida (Lizardi y Gearing, 2009).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (O. M. S., 2009) señala que el limitar el acceso de los adolescentes a las armas de fuego, armas blancas y pesticidas puede prevenir que estos lleven a cabo intentos suicidas.

### **Métodos Empleados**

La OMS (2017) señala que entre los métodos más comunes para quitarse la vida se encuentran la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego.

En un estudio realizado por Albores, Méndez, García, Delgadillo, Chávez y Martínez (2014) en población mexicana, se encontró que los métodos más frecuentemente empleados por los adolescentes para autolesionarse son cortes en la piel, rascado de cicatrices y mordidas, siendo las zonas más frecuentemente lesionadas los antebrazos, las muñecas, los brazos, los muslos y las rodillas. Sánchez, Serrano y Márquez (2015), por su parte, obtuvieron como resultado también en población mexicana que los métodos más empleados fueron el ahorcamiento, el disparo con arma de fuego y los plaguicidas, registrándose en Sonora una tasa de suicidios por ahorcamiento del 26.36 y una tasa de 3.77 por disparo de arma de fuego, todo ello en el periodo comprendido entre los años de 1998 y 2011.

Otro estudio, llevado a cabo por Lim, Lee y Park (2014), en el cual se compararon los métodos utilizados por aquellos sujetos que intentaron suicidarse y los empleados por individuos que consumaron su suicidio, arrojó que los primeros emplearon en mayor medida métodos como sobredosis de medicamentos prescritos, envenenamiento con pesticidas, así como el realizarse cortes en la piel, mientras que los que sí completaron el acto suicida recurrieron a métodos más letales, como el ahorcamiento, saltar de grandes alturas y el envenenamiento con pesticidas.



## **Modelos Teóricos de Comportamiento Suicida**

**Modelo de Comportamiento Suicida de Cuamba (2011).** Cuamba (2011) realizó un estudio en una muestra de adolescentes de entre 12 y 17 años de edad para determinar un perfil psicosocial de las personas de este grupo etario que presentan o han presentado comportamientos suicidas, encontrando que estos adolescentes se encuentran inmersos en una dinámica familiar problemática en cuanto a variables como el rechazo parental, el apoyo familiar, la comunicación familiar y el maltrato infantil, mismas que se relacionan con cinco variables de índole psicológica: ansiedad, depresión, autoestima, impulsividad y déficit en habilidades de afrontamiento o solución de problemas.

Así, el autor citado observó que los comportamientos suicidas tienen su origen en factores de disfunción familiar, concretamente en los relacionados con el rechazo de los padres, el maltrato infantil y la deficiente comunicación familiar; siendo este un factor directamente relacionado con disfunciones individuales, representadas en variables como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima y habilidades de afrontamiento deficientes. De la misma manera, la disfunción individual antes mencionada se encuentra ligada a la ideación suicida que, a su vez, contribuye al desarrollo de conductas parasuicidas. Este modelo se representa en la figura 3.

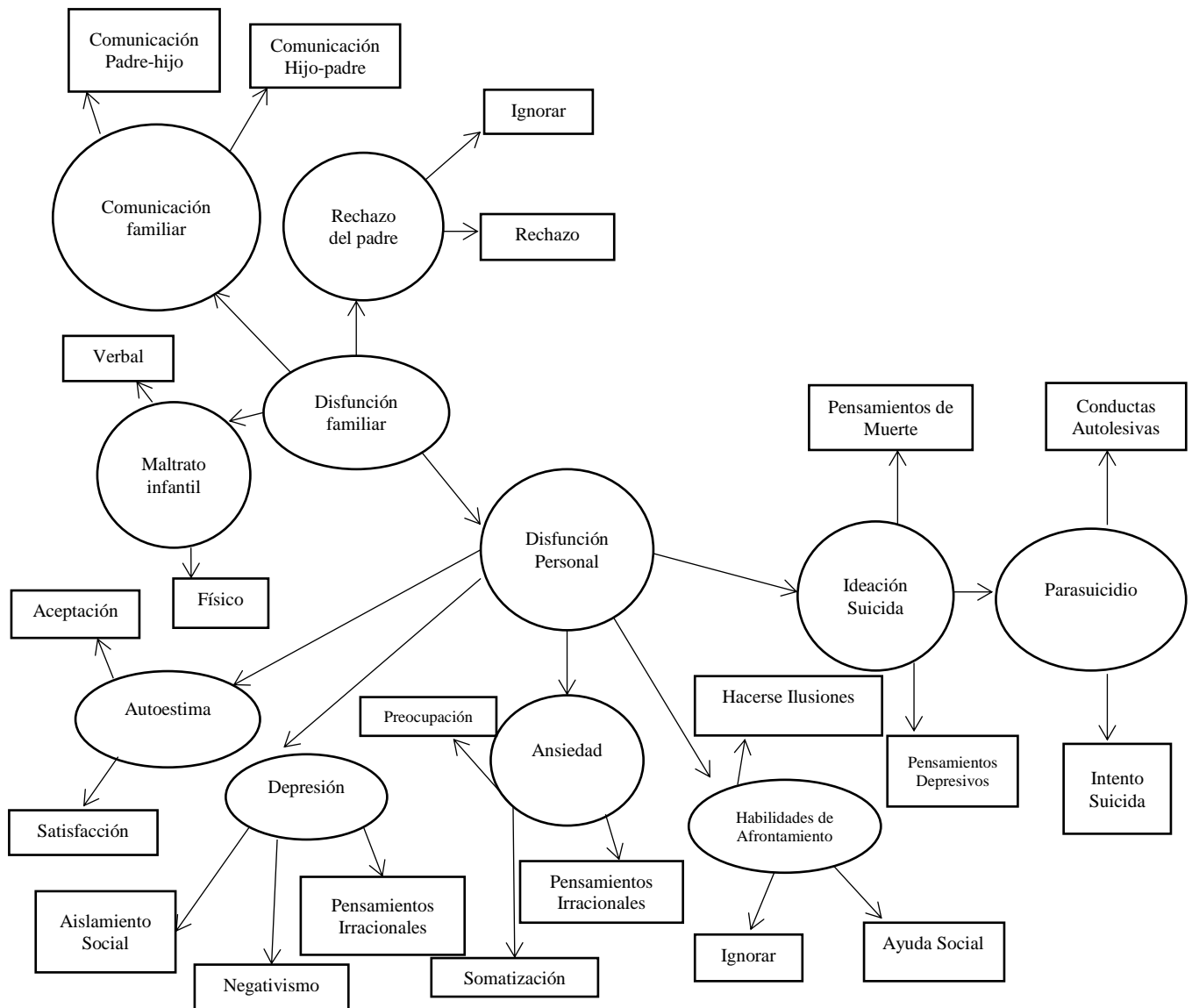


Figura 3. Modelo de Comportamiento Suicida (Cuamba, 2011).

**Modelo Arquitectónico de Mack (1986).** Este modelo se fundamenta en el análisis de suicidios consumados en jóvenes, contando con los siguientes elementos (Hoyos, 2011):

- **Macrocósmos:** hace referencia al influjo ejercido por la cultura, la economía, los factores sociopolíticos y el sistema educativo.

- Factores biológicos y genéticos que vuelven vulnerable al individuo.
- Experiencias tempranas que influyen sobre las primeras etapas del desarrollo.
- Factores relacionados con la personalidad y la autoestima del sujeto.
- Relaciones sociales del sujeto, mismas que incluyen a los padres y otros adultos, el grado de separación o identificación que tiene con estos, así como las relaciones que mantiene con sus pares.
- Psicopatologías, tales como la depresión y la dependencia a una droga, como el alcoholismo.
- Factores ontogénicos en la relación que existe entre el desarrollo y la muerte.
- Circunstancias vitales que constituyen un factor precipitante del comportamiento suicida, tanto biológicos como sociales.

**Modelo Cúbico de Suicidio (Schneidman, 1987, 1992).** En este modelo, Schneidman (1987, 1992; cit. por González, 2008) representa en un cubo de 125 cubiletes (5 por fila y columna) los componentes del modelo: las tres caras visibles simbolizan dolor, perturbación y presión, respectivamente. Cada una va desde un nivel mínimo hasta el máximo. La cara en la que convergen el nivel máximo de dolor, máxima perturbación y máxima presión negativa, representa a los individuos que desarrollan comportamiento suicida. Así mismo, el autor indica la existencia de diez características que comparten todos los actos suicidas:

1. El propósito común es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
3. El estímulo común es el dolor psicológico intolerable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas.
5. La emoción común es la indefensión y desesperanza.

6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual común es la constricción.
8. La acción común es el escape.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
10. Es congruente con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida.

**Modelo de las Fuerzas Contrabalanceadas (Plutchik y Van Praag, 1989).** En este modelo, Plutchik y Van Praag (1989, cit. por Legido, 2012) conceptualizan la conducta suicida y violenta como el producto final de una respuesta agresiva e impulsiva ante determinadas condiciones contextuales. Los autores plantean dos etapas en las que fuerzas opuestas o contrabalanceadas determinan la intensidad del acto. Primeramente, se generará la conducta, y en segundo plano se va a elegir la orientación de la misma: hacia el propio individuo (suicidio) o hacia los demás (violencia).

## **Estudios Previos**

Quintanilla et. al. (2005) encontraron en un estudio realizado en México con una muestra de pacientes internados por haber presentado una tentativa suicida, que la mayor parte de estas emplean estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, principalmente las autoculpabilizantes, estableciendo, además, que el 75% de su muestra tiende a utilizar estrategias poco adaptativas para afrontar las situaciones que perciben como estresoras.

Kirchner et. al. (2011), por su parte, realizaron un estudio en el que, al comparar muestras de adolescentes con y sin presencia de comportamientos suicidas, observaron que los primeros muestran una propensión a utilizar estrategias evitativas para afrontar el estrés y la ansiedad, siendo esta diferencia más significativa en el caso de las participantes de sexo femenino.

Fidan, Ceyhun y Kirpınar (2011), realizaron un estudio en el que evidenciaron que, en comparación, los adolescentes que han desarrollado comportamiento suicida, específicamente un intento de suicidio, tienden a emplear mecanismos de afrontamiento del estrés menos efectivos que aquellos que no han presentado dichos comportamientos en su desarrollo. De igual forma, Konkan, Erkus, Senormanci, Aydin, Ülgen y Sungur (2014) compararon una muestra de personas que habían intentado suicidarse en los dos meses anteriores al estudio, con un grupo control que no había presentado dicho comportamiento, observando que los individuos pertenecientes al primer grupo tendían a emplear estrategias de afrontamiento menos efectivas y funcionales que aquellos que integraban el grupo control, tales como el abuso de sustancias ilícitas y de alcohol, en contraste con el afrontamiento activo utilizado por los sujetos del grupo control. Por otra parte, observaron también diferencias de género, puesto que las mujeres demostraron una preferencia mayor por estrategias como enfocarse en sus emociones y externarlas, cosa que en los hombres no se presentaba en gran medida. Estas diferencias de género han sido observadas en otros estudios,

como, por ejemplo, el de López y López (2015), quienes encontraron que las mujeres tienden a buscar el apoyo social para afrontar las situaciones estresantes que se les presentan, mientras que los hombres muestran predilección por afrontar dichas situaciones por su cuenta.

Mahapatra, Samantaray y Mishra (2016) reportaron en los resultados de su trabajo de investigación que los integrantes de la muestra que habían llevado a cabo un intento suicida previamente, mostraban una tendencia a emplear estrategias de afrontamiento como el distanciamiento y la evitación y, por el contrario, no recurrían a la búsqueda de apoyo social ni desarrollaban un plan completo para resolver problemas.

Así mismo, Kumar y Biju (2013) obtuvieron como resultado de su estudio que las habilidades de afrontamiento constituyen un importante factor protector ante los comportamientos suicidas.

En relación con la resiliencia, se ha encontrado evidencia de que hay factores que favorecen el desarrollo de la misma en los adolescentes, por ejemplo, aquellos que pertenecen a los niveles socioeconómicos más bajos son más proclives a desarrollar dicha característica que aquellos que se ubican en la clase media-alta; las mujeres presentan mayores características resilientes que los hombres; y los adolescentes de mayor edad presentan mayores cualidades resilientes que los menores (Cordini, 2005).

Además, Tapia, Rodríguez, Garrido, Ruiz y Nieto (2016) demostraron en su investigación que la resiliencia y el afrontamiento se encuentran relacionados de forma significativa, señalando también que las estrategias de afrontamiento del individuo varían de acuerdo a la situación adversa que éste percibe.

Lingeswaran (2016), por su parte, indica que, de acuerdo con los resultados de su estudio, los intentos suicidas en adolescentes están relacionados de forma significativa con pobres estrategias de afrontamiento y escasas características resilientes por parte de los mismos, lo cual no les permite

lidar de forma adecuada con los estresores psicosociales, siendo estos los principales causantes de dicho fenómeno.

## **Metodología**

### **Tipo de estudio**

El presente estudio es parte de un proyecto mayor, y tiene un diseño transversal, ya que se realizó una única medición de las variables a analizar en un momento de tiempo determinado (Müggenburg y Pérez, 2007); además, es de tipo cuantitativo correlacional, debido a que se busca determinar la relación directa de las variables en estudio y no sólo describir su comportamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Participantes**

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de adolescentes entre 12 y 19 años de edad pertenecientes a las distintas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de H. Nogales, Sonora.

### **Grupo 1: Casos.**

#### **Criterios de inclusión**

- Ser alumno inscrito de alguna de las instituciones educativas de nivel medio-superior de la ciudad de H. Nogales, Sonora.
- Tener entre 12 y 19 años de edad.
- Que el participante presente o haya presentado comportamientos suicidas.

#### **Criterios de exclusión**

- Que el adolescente haga uso de drogas ilegales.

#### **Criterios de eliminación**

- No haber respondido el total de ítems de cada instrumento aplicado



## **Grupo 2: Controles.**

- Ser alumno inscrito de alguna de las instituciones educativas de nivel medio-superior de la ciudad de H. Nogales, Sonora.
- Tener entre 12 y 19 años de edad.
- Que el adolescente no presente comportamientos suicidas.

## **Criterios de exclusión.**

- Que el adolescente haga uso de drogas ilegales.

## **Criterios de eliminación**

- No haber respondido el total de ítems de cada instrumento aplicado

## **Instrumentos**

En relación a las habilidades de afrontamiento y solución de problemas en los adolescentes, se utilizó la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978) el cual es un inventario de auto-informe que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes, compuestas en tres factores: resolución de problemas, ignorar el problema y afrontamiento improductivo. El formato de respuesta es de tipo Likert, en donde —1||=nunca lo hago, al —5|| = lo hago con mucha frecuencia. Presenta una adecuada consistencia interna, al arrojar un alpha de Cronbach de .765, así como un adecuado nivel de validez, con una KMO de .771

Para la medición de resiliencia se utilizó la escala de resiliencia en mexicanos (RESI-M), de Palomar y Gómez (2010), la cual consta de 43 reactivos en escala tipo Likert, misma que se divide en factores como apoyo familiar, apoyo social, competencia social, fortaleza y confianza en sí mismo y estructura. Muestra una consistencia interna muy buena, al presentar un alpha de

Cronbach de .973, así como una KMO de .981, lo cual confirma que cumple con el criterio de validez de constructo.

Por otra parte, para identificar la presencia de comportamiento suicida en los adolescentes se retomaron 7 reactivos del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” de Hernández & Lucio (2007) correspondientes a la subescala de ideación e intencionalidad suicida, la cual está adaptada para población mexicana de una edad de 12 a 18 años de edad contando con un una Alpha de Cronbach de .920 y una KMO de .851

### **Análisis de Datos**

Los datos recolectados se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 22 y EQS 6.1. Primeramente, se obtuvieron estadísticas univariadas para las variables sociodemográficas (medias y desviaciones estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables categóricas). Posteriormente, se calcularon alfas de Cronbach para estimar la confiabilidad de las escalas utilizadas. Además, se obtuvo el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con sus respectivas comunalidades para validación de constructo mediante análisis factorial. Para realizar la comparación de las medias de todas las variables entre los grupos, se utilizó una prueba T de Student para muestras independientes, utilizando la corrección estadística de F de Schneider, Se calculó también, una matriz de correlaciones entre los promedios de las variables bajo estudio a través del estadístico R de Pearson, tomando como aquellas variables en relación todas aquellas que presenten una significancia  $P < .05$ .

Con el fin de agrupar las variables para confirmar indicadores en el modelo estructural se elaboraron parcelas con los reactivos de las escalas, se presume la representatividad de la parcela después de que se obtiene la consistencia de la escala, a través de análisis factorial confirmatorio.

Utilizando los indicadores de Bondad de Ajuste Índice Bentler-Bonnet, de ajuste no Normado (IANN) y el índice de ajuste comparativo (IAC).

Teniendo las escalas especificadas se estructuró un modelo de ecuaciones estructurales, se especificaron 3 factores de orden superior (Habilidades de Afrontamiento, Resiliencia y Comportamiento Suicida); los factores de primer orden a su vez se conformaron por las parcelas previamente elaboradas. De acuerdo con el modelo especificado, tendrán una asociación entre sí y estas afectarán el comportamiento suicida.

El modelo fue puesto a prueba a través del programa EQS (Bentler 2006), y la técnica de modelamiento en ecuaciones estructurales (MEE), para determinar si los datos de la investigación respaldan el modelo a prueba, se consideraron los indicadores de bondad de ajuste, la comparación entre el modelo saturado (todas las interrelaciones entre las variables estudiadas) y el modelo teórico (que sólo considera las relaciones que el modelo considera relevantes). Se llevó a cabo a través de dos tipos de indicadores: el indicador estadístico que requiere del empleo de la Chi Cuadrada ( $X^2$ ) y los indicadores prácticos: una serie de estadígrafos derivados de la  $X^2$  que controlan el efecto en el número de sujetos sobre la significatividad de la comparación. En este caso se trata de probar que el modelo teórico no es diferente del saturado, por lo que se espera que el valor de la  $X^2$  sea bajo y no significativo; es decir, que su probabilidad asociada sea mayor a .05. Por otro lado, los indicadores prácticos requieren que sus valores se acerquen a 1, el nivel mínimo para considerar el modelo con una adecuada bondad de ajuste es de .90, los indicadores prácticos aquí tomados en cuenta fueron Bondad de Ajuste Índice Bentler-Bonnet, de ajuste no Normado (IANN) y el índice de ajuste comparativo (IAC).

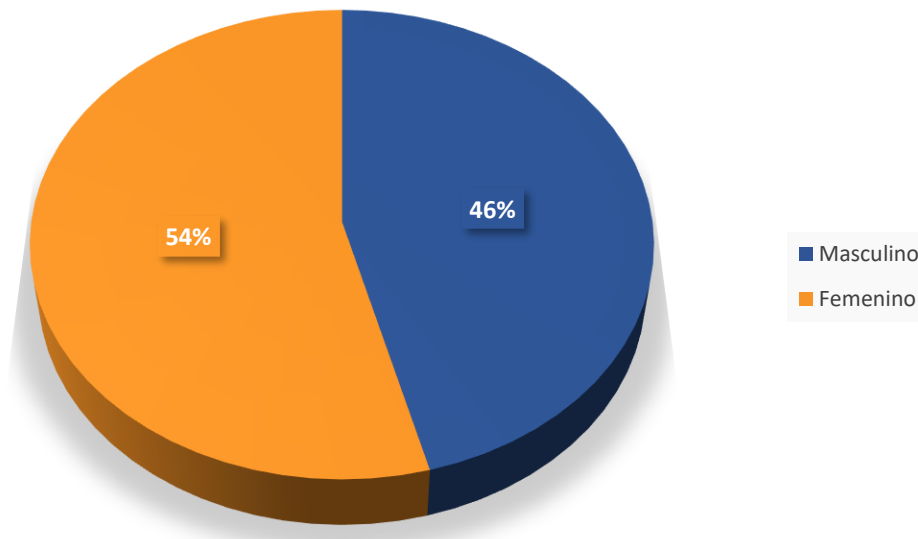
## **Procedimiento**

Primeramente, se estructuró una batería de instrumentos con base en la literatura revisada previamente. A continuación, se solicitó la autorización a distintas instituciones de educación media-superior de la ciudad para llevar a cabo el levantamiento de datos, administrándose la batería de instrumentos antes mencionada a una muestra representativa de la población de dichas instituciones con el apoyo de alumnos de los últimos semestres de la licenciatura en psicología. Posteriormente, se llevó a cabo la captura y análisis de datos en el programa estadístico SPSS 22, así como en el programa EQS 6.1.

## Resultados

La muestra se conformó por un total de 1404 jóvenes, de los cuales 640 fueron hombres y 755 pertenecían al sexo femenino, obteniéndose una media de edad de 14.89 años. La distribución de la muestra por sexo se muestra en la gráfica 1.

### Distribución de la Muestra por Sexo



*Figura 4.* Distribución de la muestra por sexo.

El grupo control se conformó por 710 personas, equivalentes al 51% del total de participantes, mientras que el grupo de casos quedó integrado por 694 sujetos, es decir, el 49% restante. De acuerdo con el tipo de comportamiento suicida que presentaron los participantes, la muestra se distribuyó como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.  
 Tipo de comportamiento suicida presentado por los participantes.

Tipo de Comportamiento Suicida	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	710	51
Ideación/Planeación	295	21
Autolesiones	153	11
Intento de Suicidio	246	17
Total	1404	100

En cuanto a los instrumentos utilizados, se obtuvieron los siguientes resultados. La escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978) demostró una consistencia interna aceptable, al obtenerse un alpha de Cronbach de .710, como se muestra en la tabla 2. Así mismo, se observa que cumple con el criterio de validez, al arrojar una KMO de .795, lo cual puede apreciarse en la tabla 3.

Tabla 2.  
 Consistencia interna de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes.

Escala	N	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Alpha
<b>Escala de Afrontamiento para Adolescentes</b>						<b>.710</b>
<b>Resolución de problemas</b>						<b>.767</b>
Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	1392	1	5	3.26	1.269	
Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	1392	1	5	3.24	1.183	
Busco ánimo en otras personas	1392	1	5	2.99	1.481	
Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	1392	1	5	2.88	1.272	

Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	1392	1	5	3.36	1.329
<b>Ignorar el problema</b>					<b>.763</b>
Ignoro el problema	1392	1	5	2.22	1.212
Decido ignorar conscientemente el problema	1392	1	5	2.20	1.181
Saco el problema de mi mente	1392	1	5	2.48	1.341
Cuando tengo problemas, me aísto para poder evitarlos	1392	1	5	2.22	1.252
<b>Afrontamiento ineficiente</b>					<b>.641</b>
Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	1392	1	5	2.13	1.172
Espero que un milagro resuelva mis problemas	1392	1	5	1.77	1.159
Espero que el problema se resuelva por sí solo	1392	1	5	1.87	1.183
Sueño despierto que las cosas van a mejorar	1392	1	5	2.65	1.402
Me imagino que las cosas van a ir mejor	1392	1	5	3.41	1.330

Tabla 3.  
Prueba de validez de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes.

Media Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.795
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	5334.484
	Gl	91
	Sig.	.000

De igual forma, la escala de resiliencia en mexicanos (RESI-M) arrojó un muy buen nivel de consistencia interna al obtenerse un alpha de Cronbach de .973, al igual que un alto nivel de validez con una KMO de .981, como puede observarse en las tablas 4 y 5, respectivamente.

Tabla 4.  
Análisis de datos de la Escala de Resiliencia en Mexicanos.

Escala	N	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Alpha
<b>Escala de Resiliencia en Mexicanos</b>						<b>.973</b>
<b>Confianza en sí mismo</b>						<b>.957</b>
Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos	1390	1	5	2.82	1.060	
Sé dónde buscar ayuda	1390	1	5	2.90	.955	
Soy una persona fuerte	1390	1	5	2.91	.945	
Sé muy bien lo que quiero	1390	1	5	2.96	.992	
Tengo el control de mi vida	1390	1	5	2.81	.947	
Me gustan los retos	1390	1	5	2.96	.963	
Me esfuerzo por alcanzar mis metas	1390	1	5	3.08	.967	
Estoy orgulloso de mis logros	1390	1	5	3.05	.974	
Sé que tengo habilidades	1390	1	5	3.06	.935	
Crear en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles	1390	1	5	3.02	.968	
Creo que voy a tener éxito	1390	1	5	3.07	.953	
Sé cómo lograr mis objetivos	1390	1	5	2.96	.950	
Pase lo que pase siempre encontraré una solución	1390	1	5	2.93	.925	
Mi futuro pinta bien	1390	1	5	2.92	.925	
Sé que puedo resolver mis problemas personales	1390	1	5	2.95	.913	



Estoy satisfecho conmigo mismo	1390	1	5	2.92	.964
Tengo planes realistas para el futuro	1390	1	5	3.04	1.230
Confío en mis decisiones	1390	1	5	2.94	.913
Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores	1390	1	5	3.01	.925
<b>Competencia social</b>					<b>.892</b>
Me siento cómodo con otras personas	1390	1	5	2.88	.906
Me es fácil establecer contacto con nuevas personas	1390	1	5	2.70	.983
Me es fácil hacer nuevos amigos	1390	1	5	2.70	.975
Es fácil para mí tener un buen tema de conversación	1390	1	5	2.68	.988
Fácilmente me adapto a situaciones nuevas	1390	1	5	2.76	.940
Es fácil para mí hacer reír a otras personas	1390	1	5	2.88	.977
Disfruto de estar con otras personas	1390	1	5	2.99	.918
Sé cómo comenzar una conversación	1390	1	5	2.76	.991
<b>Apoyo familiar</b>					<b>.862</b>
Tengo una buena relación con mi familia	1390	1	5	3.02	1.306
Disfruto de estar con mi familia	1390	1	5	3.13	1.369
En nuestra familia somos leales entre nosotros	1390	1	5	2.98	.986
En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos	1390	1	5	2.98	.986
Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro	1390	1	5	3.01	.934

En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida	1390	1	5	2.95	.930
<b>Apoyo social</b>					<b>.911</b>
Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí	1390	1	5	3.12	.929
Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan	1390	1	5	3.13	.924
Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito	1390	1	5	3.07	.966
Tengo algunos amigos/familiares que me alientan	1390	1	5	3.09	.938
Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades	1390	1	5	3.08	1.063
<b>Estructura</b>					<b>.851</b>
Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil	1390	1	5	2.80	.946
Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles	1390	1	5	2.78	.928
Prefiero planear mis actividades	1390	1	5	2.86	.928
Trabajo mejor cuando tengo metas	1390	1	5	2.99	.945
Soy bueno para organizar mi tiempo	1390	1	5	2.73	.987

Tabla 5.  
Prueba de Validez de la Escala de Resiliencia para Mexicanos.

Media Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.981
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	35126.607
	Gl	903
	Sig.	.000

Finalmente, los siete reactivos retomados del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) también cumplieron con los criterios de confiabilidad y validez, al arrojar un alpha de Cronbach de .874 y una KMO de .868, datos que se presentan en las tablas 6 y 7, respectivamente.

Tabla 6.

Análisis de datos del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes.

Escala	N	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Alpha
<b>Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes</b>						<b>.874</b>
He deseado estar muerto(a)	1390	1	5	3.96	1.348	
He pensado en suicidarme	1390	1	5	4.11	1.304	
Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir	1390	1	5	4.03	1.368	
Me he herido, cortado o hecho daño, sin intención de quitarme la vida para desquitarme o vengarme	1390	1	5	4.03	1.297	
He planeado mi propia muerte	1390	1	5	4.30	1.234	
He intentado quitarme la vida	1390	1	5	4.67	.899	

Tabla 7.

Prueba de Validez del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes.

Media Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.868
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3685.610
	Gl	15
	Sig.	.000

Se realizó la prueba T de Student para comparar las medias obtenidas en cada una de las variables por los grupos de casos y controles. Los resultados se muestran en la tabla 8.

Tabla 8.  
Comparación de medias.

Variable	Grupo	Media	F	Sig.	T	Gl.
Resolución de problemas	Control	3.3678	2.524	.000	9.218	1391.748
	Casos	2.9149				
Ignorar problemas	Control	2.1333	9.801	.000	-6.139	1395
	Casos	2.4393				
Afrontamiento ineficiente	Control	2.2809	8.951	.000	-4.139	1395
	Casos	2.4578				
Confianza en sí mismo	Control	3.1132	.748	.000	8.113	1395.031
	Casos	2.8070				
Competencia social	Control	2.9117	.023	.000	6.447	1393.031
	Casos	2.6662				
Estructura	Control	2.9442	1.798	.000	5.771	1384.601
	Casos	2.7152				
Apoyo familiar	Control	3.1884	.577	.000	8.272	1392.866
	Casos	2.8217				
Apoyo social	Control	3.2526	.014	.000	7.435	1390.029
	Casos	2.9288				

Dichas comparaciones permiten constatar que los participantes del grupo de casos presentan un afrontamiento más ineficiente que aquellos que integran el grupo control, puesto que emplean más estrategias de afrontamiento pasivas que activas. Así mismo, los participantes que conforman el grupo control cuentan con mayores redes de apoyo tanto familiar como social (amigos,

compañeros) que los del grupo de casos, lo cual constituye un factor protector importante en relación al comportamiento suicida.

De igual forma, se compararon las medias por sexo que se presentaron en las mismas variables, así como en los distintos tipos de comportamientos suicidas. Las diferencias que fueron significativas se presentan en las tablas 9 y 10, respectivamente.

Tabla 9  
Diferencia de medias significativas por sexo respecto a estrategias de afrontamiento y resiliencia.

Variable	Sexo	Media	F	Sig.	T	Gl.
Ignorar problemas	Masculino	2.3704	2.802	.002	3.170	1339.323
	Femenino	2.2094				
Afrontamiento ineficiente	Masculino	2.4363	6.939	.004	2.921	1386
	Femenino	2.3100				
Apoyo familiar	Masculino	2.9514	1.301	.032	-2.144	1332.043
	Femenino	3.0497				
Apoyo social	Masculino	3.0357	3.271	.022	-2.298	1316.994
	Femenino	3.1388				

Tabla 10  
Diferencias de medias significativas por sexo en relación al comportamiento suicida.

Variable	Sexo	Media	F	Sig.	T	Gl.
Planeación	Masculino	4.0660	2.051	.005	-2.834	1338.873
	Femenino	4.2420				
Autolesiones	Masculino	3.9352	1.146	.013	-2.474	1330.093
	Femenino	4.1089				

Por otra parte, se efectuó un análisis de correlaciones con el estadístico R de Pearson, mediante el cual se pudo notar que existe relación entre la mayor parte de las parcelas que componen los constructos de déficit en habilidades de afrontamiento y resiliencia. Lo anterior puede verse en la tabla 11.

Tabla 11.  
Correlaciones entre parcelas.

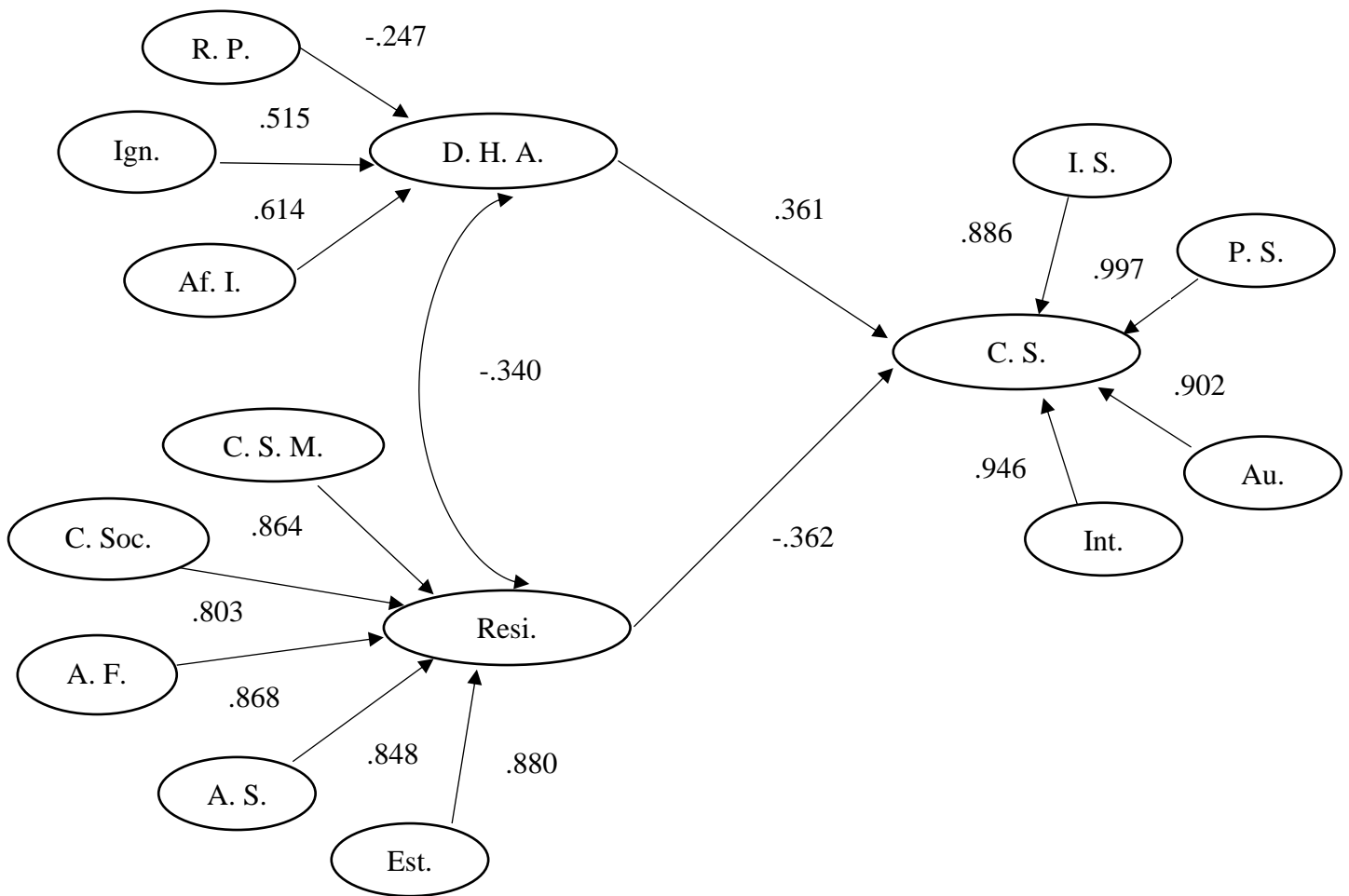
	R. P.	Ign.	Af. I.	C. S. M.	C. Soc.	Est.	A. F.	A. S.
Resolución de problemas	1							
Ignorar problemas	-.138**	1						
Afrontamiento ineficiente	.090**	.410**	1					
Confianza en sí mismo	.347**	-.135**	-.010	1				
Competencia Social	.331**	-.092**	-.011	.734**	1			
Estructura de Apoyo Familiar	.326**	-.082**	.035	.746**	.640**	1		
Apoyo Social	.319**	-.125**	-.013	.712**	.593**	.640**	1	
Apoyo Social	.320**	-.122**	-.016	.759**	.638**	.699**	.722**	1

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01

Finalmente, se elaboró un modelo de ecuaciones estructurales, representado en la figura 4, en el cual se puede observar que el factor Déficit en Habilidades de Afrontamiento (D. H. A.), formado por las variables de Resolución de Problemas (R. P.), Ignorar el problema (Ign.) y Afrontamiento Ineficiente (Af. I.) se encuentra relacionado positiva y significativamente con el comportamiento suicida, de manera que una persona que tiende a ignorar y evitar la situación estresante, tendrá mayor probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas que una que opte por afrontarla de forma activa.

De igual forma, el factor de Resiliencia (Resi.), compuesto por las variables de Confianza en sí mismo (C. S. M.), Competencia Social (C. Soc.), Apoyo Familiar (A. F.), Apoyo Social (A. S.) y Estructura (Est.); también tiene una correlación significativa con el factor de comportamiento suicida (C. S.), pero, en este caso, dicha correlación es negativa, por lo que una persona con características resilientes tendrá una menor probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas que un individuo que carece de ellas.

Finalmente, se observa que la correlación existente entre los factores de Déficit en Habilidades de Afrontamiento (D. H. A.) y Resiliencia (Resi.) es negativa, lo cual confirma que un individuo resiliente es una persona capaz de afrontar de forma adecuada las situaciones estresantes que se le presenten.



$\chi^2=3280.762$   $P=0.000$   $GI=1744$   $\chi^2/GI=1.8812$   $BNNFI=.902$   $CFI=.911$   $RMSEA=.044$   $Cronbach=.939$

Figura 5. Modelo de Déficit en Habilidades de Afrontamiento y Resiliencia en relación al Comportamiento Suicida.



## **Discusión**

El presente proyecto de tesis tenía como objetivo el determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y el desarrollo de comportamientos suicidas en adolescentes de la fronteriza ciudad de Nogales, Sonora; partiendo de las hipótesis de que, en efecto, existe una correlación significativa entre dichas variables, de manera que aquellos adolescentes que carecen de habilidades de afrontamiento o, en otras palabras, emplean estrategias de afrontamiento poco efectivas (Lazarus y Folkman, 1987) serán los más propensos a manifestar comportamientos suicidas, al igual que aquellos que carecen de características resilientes.

En primer lugar, es importante señalar que existe un alto número de adolescentes que presentan comportamientos suicidas en cualquiera de sus formas (ideación, planeación, autolesiones y/o intento suicida), puesto que el 49% del total de la muestra señaló presentar o haber presentado en algún momento de su vida uno o más de estos comportamientos, siendo el más prevalente la ideación, cifras que coinciden con lo que mencionan Pérez et. al. (2010).

La comparación de medias entre los grupos evidencia que los participantes pertenecientes al grupo control tienen mejores habilidades de resolución de problemas que los integrantes del grupo de casos, por lo cual éstos tienden a utilizar estrategias de afrontamiento poco efectivas, es decir, carecen de habilidades de afrontamiento, puesto que tienden a ignorar sus problemas, lo cual, de acuerdo con lo planteado por Lazarus y Folkman (1987), constituye una estrategia de afrontamiento enfocada en la emoción.

En cuanto a las características de resiliencia, también se observan puntuaciones más altas por parte de los sujetos del grupo control, puesto que presentan más confianza en sí mismos, mejores competencias sociales, mayor estructura y perciben un mayor apoyo tanto familiar como social

que aquellos que pertenecen al grupo de casos, mismas que representan un importante factor de protección ante la presencia de comportamientos suicidas (Meadows et. al., 2005).

Por otra parte, las diferencias de medias por sexo muestran que los hombres tienden más a ignorar sus problemas que las mujeres y, por lo tanto, presentan un afrontamiento más ineficiente que éstas. Además, las mujeres cuentan con un mayor apoyo tanto familiar como social, algo a lo que, de acuerdo con López y López (2015), éstas tienden a buscar en mayor medida que los hombres; y que representa un importante factor de protección ante la presencia de comportamientos suicidas en el adolescente (Meadows et. al., 2005). Sin embargo, las diferencias de medias referentes a este tipo de conductas apuntan a una presencia más fuerte de las mismas en las participantes de sexo femenino que en los de sexo masculino de la muestra, en específico en la planeación suicida y las autolesiones.

Las correlaciones que se encontraron permiten, a su vez, comprobar que el ignorar un problema en vez de afrontarlo activamente está relacionado de forma negativa con la resolución de problemas, es decir, no es una estrategia adecuada ante el afrontamiento de situaciones estresantes. Se observa, además, que existe una correlación negativa entre dicha estrategia de afrontamiento y las variables de confianza en sí mismo, competencia social, estructura, apoyo familiar y apoyo social, es decir, un adolescente que tiene un buen nivel de confianza en su persona, cuenta con competencias sociales adecuadas, y/o tiene redes de apoyo tanto en su familia como en sus relaciones interpersonales, no propenderá a ignorar los problemas que se le presenten, sino que contará con habilidades de resolución de problemas y afrontamiento efectivas.

Todo lo anterior puede ser corroborado con el Modelo de Ecuaciones Estructurales que se plantea, el cual establece que los factores de Déficit en Habilidades de Afrontamiento, Resiliencia

y Comportamiento Suicida se encuentran relacionados entre sí de forma significativa, comprobándose de esta manera la primera de las hipótesis que se propusieron en este proyecto.

La correlación existente entre el Déficit en Habilidades de Afrontamiento y el Comportamiento Suicida es positiva, por lo cual se puede señalar que aquellos adolescentes que afrontan las situaciones que perciben como estresantes en su vida de forma ineficiente mediante el empleo de estrategias enfocadas en la emoción y de evitación, tendrán una mayor tendencia a desarrollar comportamientos suicidas en cualquiera de sus formas (ideación, planeación, autolesiones y/o intento suicida). Esto, a su vez, comprueba la segunda hipótesis que se planteó.

Por su parte, la correlación que se presenta entre la Resiliencia y el Comportamiento Suicida es negativa, lo cual permite determinar que, si el adolescente carece de características propias de la resiliencia como confianza en sí mismo, competencias sociales, estructura y apoyo tanto en su entorno familiar como en su contexto social, va a presentar una mayor propensión a la manifestación de comportamientos suicidas. Por el contrario, un adolescente que es resiliente, incrementará su probabilidad de no presentar comportamientos suicidas de ningún tipo en su desarrollo vital. Esto comprueba la tercera hipótesis propuesta.

Por otro lado, la correlación que hay entre el Déficit en Habilidades de Afrontamiento y la Resiliencia también es negativo, es decir, un adolescente resiliente no carece de habilidades para afrontar las situaciones estresantes que se le presenten, sino que les hace frente de forma adecuada, mediante estrategias de afrontamiento activo. Esto concuerda con lo planteado por Tapia et. al. (2016), quienes señalaron la existencia de esta relación entre ambos factores.

Así, los resultados arrojados por esta investigación evidencian que las estrategias de afrontamiento y la resiliencia constituyen factores de suma importancia para prevenir el desarrollo del comportamiento suicida en adolescentes. Esto coincide con los resultados presentados por

investigaciones previas en población adolescente de otras regiones geográficas, que también determinaron que un adolescente que emplea estrategias de afrontamiento adecuadas (enfocadas en el problema/activas) será menos propenso a presentar comportamientos suicidas en su vida, al igual que aquellos que presentan características resilientes (Quintanilla et. al., 2005; Kirchner et. al., 2011, Fidan et. al., 2011; Konkan, et. al., 2014; Mahapatra et. al., 2016; Kumar y Biju, 2013; Lingeswaran, 2016).

Estos resultados muestran la importancia que tiene el desarrollo de programas de intervención que busquen fortalecer las habilidades de afrontamiento con las que cuentan los adolescentes de la ciudad de Nogales, Sonora, así como propiciar el desarrollo de características resilientes en los mismos, de manera tal que esto permita prevenir la futura incidencia de conductas suicidas por parte de ellos.

## Referencias

- Albores, L., Méndez, J., García, A., Delgadillo, Y., Chávez, C. y Martínez, O. (2014). *Autolesiones sin Intención Suicida en una Muestra de Niños y Adolescentes de la Ciudad de México*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Andrade, J. (2012). *Aspectos Psicosociales del Comportamiento Suicida en Adolescentes*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15(2), 688-721. Recuperado de [www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/32373/29770](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/32373/29770)
- Angulo, V. (2014). *Temperamentos Afectivos, Dimensiones Emocionales y Estilos de Afrontamiento en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Bipolar con Riesgo Suicida*. Universidad Nacional Autónoma de México (Tesis para obtener la especialidad en psiquiatría).
- Badilla, H. (2009). *Para Comprender el Concepto de Resiliencia*. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf>
- Baeza, J. (2011). *Ir de Mal en Peor, Ansiedad, Afrontamiento Contraproducente*. Bubok Publishing: España.
- Barranco, C. (2009). *Trabajo Social, Calidad de Vida y Estrategias Resilientes*. *Portularia*, 9(2), 133-145. Recuperado de: <file:///C:/Users/C%C3%A9sar/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialCalidadDeVidaYEstrategiasResilientes-3125050.pdf>
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/4024/3878>

- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). *Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Depresión y Trastorno de Conducta Disocial como Patologías más Frecuentes*. Arch. Argent. Pediatr. 108(2), 124-129. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n2a06.pdf>
- Blankstein, K., Lumley, C. y Crawford, A. (2007). *Perfectionism, Hoplessness, and Suicide Ideation: Revisions to Diathesis-Stress and Specific Vulnerability Models*. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 25(4), 279-319.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). *Suicidio y Conductas Suicidas en México: Retrospectiva y Situación Actual*. Salud Pública de México, 52(4), 291-304.
- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). *Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Actas Españolas de Psiquiatría, 35(1), 29-39. Recuperado de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32140003/INTRUMENTO\\_DE\\_AFRONTAMIENTO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479371400&Signature=cTQpLUloW0c2JLsjXBvwrLILD2M%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSpanish\\_version\\_of\\_the\\_Coping\\_Strategies.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32140003/INTRUMENTO_DE_AFRONTAMIENTO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479371400&Signature=cTQpLUloW0c2JLsjXBvwrLILD2M%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSpanish_version_of_the_Coping_Strategies.pdf)
- Carretero, R. (2010). *Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales*. Nómadas, (27). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757004>
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989) *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283. Recuperado de <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>
- Castaño, E. y del Barco, B. (2010). *Estrategias de Afrontamiento del Estrés y Estilos de Conducta Interpersonal*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 10(2), 245-

257. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estrés-ES.pdf>
- Casullo, M. (2005). *Ideaciones y Comportamientos Suicidas en Adolescentes: Una Urgencia Social*. XII Anuario de Investigaciones, 173-182.
- Chapman, P. y Mullis, R. (1999). *Adolescents Coping Strategies and Self-Esteem*. Academic OneFile, 29(1), 69.
- Cheng, Y., Kuan, F., Li, C. y Ken, Y. (2010). *A Comparisson Between the Effect of Emotional Certainty and Uncertainty on Coping Strategies*. Social Behavior and Personality, 38(1), 53-60. DOI: 10.2224/sbp.2010-38.1.53
- Cordini, M. (2005). *La Resiliencia en Adolescentes del Brasil*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 3(1), 1-18.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Cuamba, N. (2011). *Factores Psicosociales Asociados al Comportamiento Suicida en Adolescentes de 12 a 17 años*. Universidad de Sonora, (Tesis Maestría en Ciencias de la Salud). Recuperado de <http://www.bidi.uson.mx/TesisIndice.aspx?tesis=22616>
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E. y Galaviz, A. (2012). *Depresión y Comportamiento Suicida en Estudiantes de Educación Media-Superior en Sonora*. Salud Mental, 35(1), 45-50.
- Dumontheil, I. (2015). *Development of the Social Brain during Adolescence*. Psicología Educativa, 21, 117-124. DOI: 10.1016/j.pse.2015.08.001
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la Vida*. México: Pearson Educación.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2002). *Adolescencia: Una Etapa Fundamental*. Recuperado de [http://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)

- Fidan, T., Ceyhun, H. y Kirpinar, I. (2011). *Coping Strategies and Family Functionality in Youths with or without Suicide Attempts*. Archives of Neuropsychiatry, 48, 195-200. DOI: 10.4274/Npa.Y5785.
- García, M. y Domínguez, E. (2013). *Desarrollo Teórico de la Resiliencia y su Aplicación en Situaciones Adversas: una revisión analítica*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 11, Núm. 1. Pp. 63-77. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a04>
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. México: Pearson Educación.
- Ghazinour, M., Mofidi, N. y Richter, J. (2009). *Continuity from Suicidal Ideations to Suicide Attempts? An Investigation in 18-55 Years Old Adult Iranian Kurds*. Soc. Psychiatric Epidemiology.
- Góngora, E. (2011). *El Enfrentamiento a los Problemas de la Vida. Una Visión Integral*. En De la Rubia, J., Valdéz, J. y González-Arratia, N. (Eds., 2011). *Psicología y Salud*. México: CUMEX. 193-213.
- González-Arratia, N., Gil, M., Valdez, J. y Mira, D. (2016). *Resiliencia y Fortalezas Personales en Adolescentes Mexicanos*. En Soler, J., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E. y Rodríguez, A. (Coords.) *Inteligencia Emocional y Bienestar II. Reflexiones, Experiencias Profesionales e Investigaciones*. 528-538.
- González-Arratia, N., Valdez, J. y Zavala, Y. (2008). *Resiliencia en Adolescentes Mexicanos*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 13(1), 41-52. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/38866/Resiliencia%20en%20adolescentes%20mexicanos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- González, J. (2008). *Los Suicidios*. Centro de Referencia contra la Violencia. Recuperado de [http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/51788/Suicidios\(1\).pdf2000.pdf/43af9583-3b12-49f2-8929-c65e0d43360d](http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/51788/Suicidios(1).pdf2000.pdf/43af9583-3b12-49f2-8929-c65e0d43360d)
- González, N., Nieto, D. y Valdez, J. (2011). *Resiliencia en Madres e Hijos con Cáncer*. *Psicooncología*, 8(1), 113-123. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1111120113A/35037>
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). *El Suicidio, Conceptos Actuales*. *Salud Mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Gutiérrez, J. (2009) *La Respuesta Positiva ante la Adversidad: Resiliencia*. *Quadernos de Criminología: Revista de Criminología y Ciencias Forenses*, (7), 7-12.
- Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B. y Petrak, P. (2008). *Childhood Adversities and Suicide Attempts: a Retrospective Study*. *Journal of Family Violence*, 23, 713-718.
- Henderson, E. (2001). *Nuevas Tendencias en Resiliencia*. En Melillo y Suárez (Eds., 2001). *Resiliencia. Descubriendo las Propias Fortalezas*.
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2007). *Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes. Manual Versión 1.0.2*.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill, quinta edición. Pág. 81.
- Hidaka, Y., Operario, D., Takenaka, M., Omori, S., Ichikawa, S. y Shirasaka, T. (2008). *Attempted Suicide and Associated Risk Factors Among Youth in Urban Japan*. *Soc. Psychiatry, Psychiatry Epidemiol.*, 43, 752-757.
- Hoyos, C. (2011). *Análisis Descriptivo del Comportamiento Suicida en Adolescentes de 12 a 17 Años Atendidos en un Centro Especializado para Adolescentes*. (Tesis de Licenciatura),

Universidad de Sonora. Recuperado de  
<http://www.bidi.uson.mx/TesisIndice.aspx?tesis=21996>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Datos Nacionales*. Recuperado de  
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

Isaak, C., Campeau, M., Katz, L., Enns, M., Elias, B. y Sareen, J. (2009). *Community-Based Suicide Prevention Research in Remote On-Reserve First Nations Communities*. Int. Journal Mental Health Addiction.

James, L. y Taylor, J. (2008). *Associations Between Symptoms of Borderline Personality Disorder, Externalizing Disorders and Suicide-Related Behaviors*. Psychopathology Behavior Assess. 30, 1-9.

Jiménez, A., Mondragón, L. y González-Forteza, C. (2007). *Self-Esteem, Depressive Symptomatology and Suicidal Ideation in Adolescents: Results of Three Studies*. Salud Mental, 30(5), 20-26.

Kail, R. y Cavanaugh, J. (2011). *Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo Vital*. México: Cengage Learning.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. y Zanini, D. (2011). *Conducta Autolesiva e Ideación Suicida en Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de Género y Relación con Estrategias de Afrontamiento*. Actas Esp. Psiquiatr., 39(4), 226-235. Recuperado de  
<http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>

- Konkan, R., Erkus, G., Senormanci, Ö., Aydin, E., Ülgen, M. y Sungur, M. (2014). *Coping Strategies in Patients who had Suicide Attempts*. Archives of Neuropsychiatry, 51, 46-51.  
DOI: 10.4274/npa.y6578.
- Kposowa, A. y D'Auria, S. (2009). *Association of Temporal Factors and Suicides in the United States, 2000-2004*. Soc. Psychiat. Epidemiol.
- Kumar, P. y Biju, G. (2013). *Life Events, Social Support, Coping Strategies and Quality of Life in Attempted Suicide: A Case-Control Study*. Indian Journal of Psychiatry, 55(1), 46.  
Recuperado de [go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=fondoconacyt&v=2.1&id=GALE%7CA317516946&it=r&asid=a112496ac24b8174ed7116d329358912](http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=fondoconacyt&v=2.1&id=GALE%7CA317516946&it=r&asid=a112496ac24b8174ed7116d329358912)
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1987) *Transactional Theory and Research on Emotions and Coping*. European Journal of Personality, 1, 141-169.
- Legido, T. (2012). *Clasificación de la Conducta Suicida utilizando Cuestionarios Psicométricos*. Tesis de Doctorado. Universidad de Alcalá. Recuperado de [http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS\\_2012\\_TERESA\\_LEGIDO.pdf?sequence=1](http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1)
- Lim, M., Lee, S. y Park, J. (2014). *Difference in Suicide Methods used between Suicide Attempters and Suicide Completers*. International Journal of Mental Health Systems, 8(54).
- Lima, D. (2011). *Mecanismos de Afrontamiento y Factores de Riesgo Asociados a Desesperanza e Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios*. Universidad Nacional Autónoma de México (Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud). Recuperado de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/YFIEBYEUQSNP6CX89U1UY297A5S52YBJ4EDJC>

YXJHK1UF582MH-51578?func=find-

b&request=Mecanismos+de+afrontamiento+y+factores+de+riesgo+asociados+a+desesperanza+e+ideaci%C3%B3n+suicida+en+estudiantes+universitarios&find\_code=WRD&adjacent=N&local\_base=TES01&x=0&y=0&filter\_code\_2=WYR&filter\_request\_2=&filter\_code\_3=WYR&filter\_request\_3=

Lingeswaran, A. (2016). *Profile of Young Suicide Attempt Survivors in a Tertiary Care Hospital in Puducherry*. Indian Journal of Psychological Medicine, 38(6), 533-539. DOI: 10.4103/0253-7176.194909

Lizardi, D. y Gearing, R. (2010). *Religion and Suicide: Buddhism, Native American and African Religions, Atheism and Agnosticism*. Journal of Religion and Health, 49(3), 377-384. DOI: 10.1007/s10943-009-9248-8.

López, A. y López, M. (2015). *Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes Gallegos*. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, Extr. (5), DOI: 10.17979/reipe.2015.0.05.167

Lozano, C., Huertas, A., Martínez, C., Ezquiaga, E., García-Camba, E. y Rodríguez, F. (2004). *Estudio Descriptivo del Parasuicidio en las Urgencias Psiquiátricas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (91), 11-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019659002.pdf>

Mahapatra, J., Samantaray, N. y Mishra, A. (2016). *Personality Profile and Coping Strategies of Suicidal Attempted Individuals*. SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health, 23, 96-101.

Malakouti, S., Nojomi, M., Bolhari, J., Hakimshooshtari, M., Poshtmashhadi, M. y De Leo, D. (2008). *Prevalence of Suicide Thoughts, Plans and Attempts in a Community Sample from Karaj, Iran*. Community Mental Health Journal, 45, 37-41.

- Martínez, A., Moracén, I., Madrigal, M. y Almenares, M. (1998). *Comportamiento de la Conducta Suicida Infanto-Juvenil*. Revista Cubana de Medicina General Integr. 14(6), 54-559.  
Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi08698.pdf>
- Mateu, R., García, M., Gil, J. y Caballer, A. (2009). *¿Qué es la Resiliencia? Hacia un Modelo Integrador*. Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume.
- Meadows, L., Kaslow, N., Thompson, M. y Jurkovic, G. (2005). *Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence*. American Journal of Community Psychology, 36(1), 109-121.
- Meléndez, J., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. (2012). *Coping Strategies: Gender Differences and Development throughout Life Span*. The Spanish Journal of Psychology, 15(3), 1089-1098.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). *Ideación Suicida en Población Escolarizada Infantil: Factores Psicológicos Asociados*. Salud Mental, 32(6), 495-502.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F. y Wasserman, D. (2008). *Familial Clustering of Suicidal Behaviour and Psychopathology in Young Suicide Attempters. A Register-Based Nested Case Control Study*. Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol. 43, 28-36.
- Müggenburg, M. y Pérez, Í. (2007). *Tipos de Estudio en el Enfoque de Investigación cuantitativa*. Revista Enfermería Universitaria, ENEO-UNAM. Vol. 4, Núm. 1, pp. 35-38.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). *Ideación Suicida y Cohesión Familiar en Estudiantes Preuniversitarios entre 15 y 24 Años, Lima, 2005*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, 23(4), 239-246. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf>

- Nava, C., Ollua, P., Vega, C. y Soria, R. (2010). *Inventario de Estrategias de Afrontamiento: Una Replicación*. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
- Nock, M. (2009). *Why do People Hurt Themselves? New Insights into the Nature and Functions of Self-Injury*. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. DOI 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guns, Knives and Pesticides: Reducing Access to Lethal Means. (Series of Briefings on Violence Prevention: The Evidence)*.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Suicidio. Nota Descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). *Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M)*. *INTERDISCIPLINARIA*, 2010, 27(1), 7-22.
- Paniagua, R., González, C. y Rueda, S. (2014). *Orientación al Suicidio en Adolescentes en una Zona de Medellín, Colombia*. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 314-321.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). *Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de Educación Media-Superior de la República Mexicana*. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Pérez, S. (1999). *El Suicidio, Comportamiento y Prevención*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)

- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. y González, J. (2005). *Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Tentativa Suicida*. Medigraphic Artemisa en Línea, 7(2), 112-116. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053g.pdf>
- Quintanilla, R., Valadez, I., Vega, J. y Flores, L. (2006). *Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en Sujetos con Tentativa Suicida*. Psicología y Salud, 16(2), 139-147.
- Randell, B., Wang, W., Herting, J. y Eggert, L. (2006). *Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk*. Journal of Child and Family Studies. 15(3), 255-270.
- Rutter, M. (1999). *Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy*. Journal of Family Therapy (1999), 21: pp. 119-144.
- Sánchez, F., Serrano, R. y Márquez, M. (2015). *Suicidios en Menores de 20 Años. México 1998-2011*. Salud Mental, 38(5), 379-389. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.051
- Serrano, M. y Flores, M. (2005). *Estrés, Respuestas de Afrontamiento e Ideación Suicida en Adolescentes*. Psicología y Salud, 15(002), 221-230.
- Sheu, H. y Sedlacek, W. (2004). *An Exploratory Study of Help-Seeking Attitudes and Coping Strategies Among College Students by Race and Gender*. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 37, 130-143.
- Tafari, R., Chiesa, G., Caminati, R. y Gaspio, N. (2013). *Factores de Riesgo y Determinantes de la Salud*. Revista de Salud Pública, XVII(4), 53-68. Recuperado de [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_5\\_09\\_art%206.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf)
- Tapia, J., Rodríguez, R., Garrido, H., Ruiz, M. y Nieto, C. (2016). *Coping Assessment from the Perspective of the Person-Situation Interaction: Development and Validation of the Situated Coping Questionnaire for Adults (SCQA)*. Psicothema, 28(4), 479-486. DOI: 10.7334/psicothema2016.19

- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003). *Modelo Procesual del Estrés en la Dispepsia Funcional: Implicaciones para la Evaluación y el Tratamiento*. Rev. De Psicopatología y Psicología Clínica, 9(2), 81-98. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/01.2004\(2\).Tobon-Vinaccia-Sandin.pdf](http://www.aepp.net/arc/01.2004(2).Tobon-Vinaccia-Sandin.pdf)
- Trepal, H., Wester, K. y Merchant, E. (2015). *A Cross-Sectional Matched Sample Study of Nonsuicidal Self-Injury among Young Adults: Support for Interpersonal and Intrapersonal Factors, with Implications for Coping Strategies*. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 9-36. DOI 10.1186/s13034-015-0070-7.
- Tsokos, M. (Ed.). (2005). *Forensic Pathology Review*. Humana Press Inc.: Totowa, NJ. Recuperado de <https://link.springer.com/chapter/10.1385%2F1-59259-872-2%3A127>
- Uriarte, J. (2006). *Construir la Resiliencia en la Escuela*. Revista de Psicodidáctica, 11(1), 7-23. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17514747002>
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). *Estrategias de Afrontamiento*. En Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds. 2000). *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson. 31, 425-446. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf)
- Veloso, C., Caqueo, W., Caqueo, A., Muñoz, Z. y Villegas, F. (2010). *Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes*. Fractal: Revista de Psicología, 22(1), 23-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n1/v22n1a03.pdf>
- Villalba, C. (2003). *El Concepto de Resiliencia Individual y Familiar. Aplicaciones en la Intervención Social*. Intervención Psicosocial. Vol. 12, Núm. 3. Pp. 283-299. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049003>



- Vinaccia, S., Quiceno, J. y Moreno, E. (2007). *Resiliencia en Adolescentes*. Revista Colombiana de Psicología, (16), 139-146.
- Yang, J., Yang, Y., Liu, X., Tian, J., Zhu, X. y Miao, D. (2010). *Self-Efficacy, Social Support and Coping Strategies of Adolescent Earthquake Survivors in China*. Social Behavior and Personality, 38(9), 1219-1228. DOI 10.2224/sbp.2010.38.9.1219
- Zimmerman, M. (2013). *Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health*. Health Educational Behavior, 40(4), 381-383. DOI: 10.1177/1090198113493782
- Zimmerman, M., Steinman, K. y Rowe, K. (1998). *Violence among Urban African American Adolescents: The Protective Effects of Parental Support*. En Arriaga, X. y Oskamp, S. (Eds.), *Adressing Community Problems: Psychological Research and Interventions*. Estados Unidos: Sage.

## Anexos

### Anexo 1. Batería de Instrumentos.

#### Escala de Habilidades de Afrontamiento ACS

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

Estas son las posibles respuestas: **Nunca lo hago (NH)**; **Lo hago raras veces (RV)**; **Lo hago algunas veces (AV)**; **Lo hago a menudo (HM)**, **Lo hago con mucha frecuencia (MF)**.

TÓPICO	NH	RV	AV	HM	MF
Me dedico a resolver lo que está provocando el problema					
Hablo con otros para apoyarnos mutuamente					
Busco ánimo en otras personas					
Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.					
Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas					
Ignoro el problema					
Decido ignorar conscientemente el problema					
Saco el problema de mi mente					
Cuando tengo problemas, me aísló para poder evitarlos					
Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada					
Espero que un milagro resuelva mis problemas					
Espero que el problema se resuelva por sí solo					
Sueño despierto que las cosas van a mejorar					
Me imagino que las cosas van a ir mejor					

**Escala de Resiliencia RESI.M**

*Instrucciones:* A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Respuestas: **Totalmente en Desacuerdo (TD); En desacuerdo (ED); De acuerdo (DA); Totalmente de Acuerdo (TA)**

	TD	ED	DA	TA
Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
Sé dónde buscar ayuda.				
Soy una persona fuerte.				
Sé muy bien lo que quiero.				
Tengo el control de mi vida.				
Me gustan los retos.				
Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
Estoy orgulloso de mis logros.				
Sé que tengo habilidades.				
Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles				
Creo que voy a tener éxito.				
Sé cómo lograr mis objetivos.				
Pase lo que pase siempre encontraré una solución				
Mi futuro pinta bien.				
Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
Estoy satisfecho conmigo mismo.				
Tengo planes realistas para el futuro.				
Confío en mis decisiones.				
Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores				
Me siento cómodo con otras personas.				
Me es fácil establecer contacto con nuevas personas				
Me es fácil hacer nuevos amigos.				
Es fácil para mí tener un buen tema de conversación				

Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
Es fácil para mi hacer reír a otras personas.				
Disfruto de estar con otras personas.				
Sé cómo comenzar una conversación.				
Tengo una buena relación con mi familia.				
Disfruto de estar con mi familia.				
En nuestra familia somos leales entre nosotros				
En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos				
Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro				
En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importantes en la vida				
Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mi				
Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan				
Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito				
Tengo algunos amigos / familiares que me alientan				
Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil				
Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
Prefiero planear mis actividades.				
Trabajo mejor cuando tengo metas.				
Soy bueno para organizar mi tiempo.				

### Reactivos Comportamiento Suicida

Instrucciones.

Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que tú piensas sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Todas tus respuestas son confidenciales y no se mostrarán ni a tus maestros ni a tus padres. Contesta con sinceridad a todas las preguntas aun cuando consideres que no es tu caso marcando con una X. Externa cualquier duda o pregunta que tengas sobre las oraciones con toda confianza.

Las respuestas son: **Todo el tiempo (TT)**; **Casi Siempre (CS)**; **Algunas Veces (AV)**; **Rara Vez (RV)**; **Nunca(N)**

	TT	CS	AV	RV	N
He pensado en suicidarme.					
Me he hecho heridas sin intención de quitarme la vida, pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.					
He planeado mi propia muerte.					
He intentado quitarme la vida.	4 <sup>+</sup>	3V	2V	1V	N

## Inventario de Datos Sociodemográficos

ID \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

### Marca con una X

¿Quiénes integran tu familia en este momento? (Marca con una "X" por cada opción que corresponda a personas que viven en tu hogar)

- Mi mamá
- Mi papá
- Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
- Pareja de mi madre (conviviente, compañera estable)
- Uno a más de mis abuelos
- Uno a más de mis tíos
- Otras personas ajenas a mi familia (especifica quien: \_\_\_\_\_)

- Número de integrantes en tu familia: \_\_\_\_\_
- Mi familia está: Unida  Separada
- ¿Tienes papá?: Si tengo ( ) No tengo ( ) Lo sustituye algún familiar ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Tienes mamá? Si tengo ( ) No tengo ( ) Lo sustituye algún familiar ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Quiénes viven en tu casa actualmente? Papá/ sustituto ( ) Mamá/ Sustituto ( ) Hermanos ( ) Otros Familiares ( ) Amigos ( ) Otro ( )
- Indica la presencia de tus padres en tu casa cuando te educaron: Ambos padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otro ( )
- Escolaridad del padre: ( ) Ninguno ( ) Primario ( ) Secundario ( ) Técnico ( ) Universitario ( ) Otros
- Mi padre está: Empleado  Desempleado  - Profesión: \_\_\_\_\_
- Escolaridad de la madre: ( ) Ninguno ( ) Primario ( ) Secundario ( ) Técnico ( ) Universitario ( ) Otros
- Mi madre está: Empleada  Desempleada  - Profesión: \_\_\_\_\_
- Aproximadamente, ¿cuál es el ingreso mensual de tu familia? ( ) < 5000 ( ) > 5000 y < 10000 ( ) > 10000
- La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante? Si  No  - De medio tiempo ( ) De tiempo completo ( )
- La mayor parte del año pasado ¿trabajaste recibiendo sueldo?

No trabajé ( ) Si trabaje medio tiempo, 4 horas diarias ( ) Si trabaje tiempo completo, 8 horas ( )

- ¿Has consumido drogas ilícitas? Si  No  - ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_
- ¿Has consumido alcohol? Si  No  - ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_
- ¿Pertenece a alguna religión? Si  No  - En caso que si:Cuál \_\_\_\_\_