



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSTGRADOS

TEMA:

HABILIDADES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA.

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología
Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes.**

Línea de Investigación:

Integral, determinación social y desarrollo humano.

Autor:

Digna Elizabeth Moreno Arrobo

Director:

Dra. Evelin Salame

Ambato – Ecuador

Diciembre -2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

HABILIDADES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA.

Línea de Investigación:

Integral, determinación social y desarrollo humano.

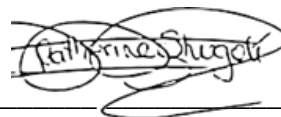
Autor:

Digna Elizabeth Moreno Arrobo.

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Mg. Ps. Cl.

CALIFICADOR

f.



María Isabel Ramos Noboa, Mg. Ps. Cl.

CALIFICADOR

f.



Evelyn Dayanara Salame Ortiz, Esp. Dra.

CALIFICADOR

f.

EvelynSalame.O.

Padre Juan Carlos Acosta, PhD.

COORDINADOR DE LA OFICINA DE POSGRADOS

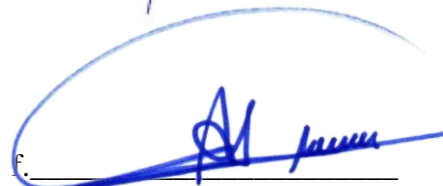
f.



Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.



Ambato – Ecuador

Diciembre – 2021


DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **DIGNA ELIZABETH MORENO ARROBO**, con CC. 1719852509, autora del trabajo de graduación intitulado: **HABILIDADES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN LATACUNGA** previo a la obtención del título profesional de la **MAESTRIA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

PS. CI Elizabeth Moreno
PSICOLÓGICA CLÍNICA
1719852509



Ambato, noviembre 2021

DIGNA ELIZABETH MORENO ARROBO

CC: 1719852509

AGRADECIMIENTO

A la vida, por permitirme finalizar un ciclo más en mi vida, por brindarme los momentos y experiencias necesarias para adquirir la destreza suficiente, para estar al servicio de los demás.

A mi familia, que, a pesar de la distancia, fueron ese aliento para seguir adelante e impulso para cumplir cada meta propuesta, gracias, no solo por estar en este momento, si no por acompañarme en cada paso para ser un mejor ser humano.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, por la oportunidad al abrirme las puertas para fortalecer mis conocimientos a través de su planta docente y directivos.

A mi querida tutora, Dra. Evelin Salame por su conocimiento impartido para la ejecución de mi proyecto y apoyarme durante este proceso de formación académica.

A mis maestros, quienes supieron impartirnos sus conocimientos y experiencias para formarnos como personas y profesionales al servicio de la comunidad.

DEDICATORIA

A mi madre, Sra. Consuelo Arrobo, dedico este trabajo y cada día de mi vida, que, sin su esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional para alcanzar mis metas, hoy, no sería posible culminar con éxito esta etapa, eres la persona que me ha enseñado que, a pesar de todos los obstáculos, de todas las caídas, levantarse y seguir, es la única opción para cumplir cada sueño. Eres el motor que me impulsa a ser mejor cada día.

RESUMEN

La presente investigación pretende establecer los elementos de asociación en medio de las habilidades sociales y los intentos de suicidio en la población infanto-juvenil atendida en los establecimientos de salud del cantón Latacunga. Se realizó el análisis y recolección información sobre las habilidades sociales, intentos de suicidio, factores de riesgo, elementos protectores, programas para entrenar las habilidades sociales para respaldar y asimilar técnicamente las variables de estudios. Para el logro de esta investigación, la población seleccionada son 100 participantes de edades comprendidas entre los 10 a 19 años, de los cuales, se estableció un grupo de control y un grupo de estudio que ha presentado intentos autolíticos. Para identificar la presencia de las variables, se eligió emplear el instrumento psicométrico, el Cuestionario de Habilidades Sociales de Interacción Social (CHIS). Al finalizar el estudio en los resultados obtenidos, se identifica un mayor déficit en las habilidades de solución de problemas interpersonales, seguida de las habilidades relacionadas con los sentimientos y las emociones, y las habilidades básicas de interacción social. Por lo tanto, se concluye que la adquisición de las habilidades sociales es determinante en el desarrollo psicosocial del ciclo de vida del adolescente, convirtiéndolo en un individuo capaz de afrontar acontecimientos conflictivos que surgen en las diferentes etapas de vida, lo que disminuye así, la probabilidad de presentar ideas e intentos de suicidio.

Palabras clave: Habilidades sociales, intentos de suicidio, adolescentes.

ABSTRACT

This research intends to relate the association elements of the social skills and suicide attempts in the early-childhood and adolescent population which are treated in the different health care centers in Latacunga. The analysis and collection of data about social skills, suicide attempts, risk factors, protective elements, and social skills training programs was carried out to support and technically assimilate the variables which were studied. To carried out this research, 100 people between 10 and 19 years old were selected, divided into a control and a study group, and who were assessed by using The Psychometric Instrument and the Social Interaction Social Skills Questionnaire (CHIS). These instruments helped us to conclude that people face a greater deficit in the interpersonal problem-solving skills, followed by skills related to feelings and emotions, and the basic social interaction skill. Therefore, it is concluded that the acquisition of social skills is a determining aspect in the psychosocial development of the adolescent's life cycle due to it makes him/her a person capable of facing conflictive events that arise in the different stages of life, thus decreasing the probability of presenting suicidal ideas and attempts.

Key words: Social skills, suicide attempts, adolescents.

INDICE

PREMILINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	3
1.1. Antecedentes.....	3
1.1.1. Antecedentes teóricos y prácticos	3
1.2. Justificación.....	8
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos	9
1.4. Revisión de la literatura.....	10
1.4.1. Aprendizaje Social	10
1.4.2. Psicología Social	10
1.4.3. Orígenes y desarrollo de las habilidades sociales	11
1.4.4. Habilidades Sociales:	12
1.4.4.1. Términos relacionados con las habilidades sociales	13
1.4.4.2. Definición.....	13
1.4.4.3. Aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales	15
1.4.4.4. Habilidades Sociales, y su importancia.....	16
1.4.4.5. Las habilidades sociales y sus características	16
1.4.4.6. Habilidades Sociales, nivel de análisis.....	16
1.4.5. Psicopatología	20
1.4.5.1. Trastornos Mentales Infantiles	21
1.4.5.2. Los trastornos mentales y su prevalencia.....	21
1.4.5.3. Comorbilidades	21
1.4.5.4. Suicidio - Intento de suicidio.....	22
1.4.5.4.1. Antecedentes.....	22
1.4.5.4.2. Prevalencia del suicidio.....	23
1.4.5.4.3. Intentos suicidas en ecuador.....	23
1.4.5.4.4. Delimitación conceptual de la conducta suicida- suicidio	24
1.4.5.4.5. Modelos psicológicos de la conducta suicida.	25
1.4.5.4.6. Evaluación de la conducta suicida.	26
1.4.5.4.7. Elementos de riesgo en la conducta suicida.....	27

1.4.5.4.8. Factores Protectores Para El Suicidio Y Comportamientos Suicidas	29
1.4.5.4.9. Clasificación del riesgo suicida	30
1.4.5.4.10. Acciones para los pacientes con esta patología.....	30
1.4.5.4.11. Atención en emergencias.	31
1.4.5.4.12. Tratamiento.	31
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
2.1. Metodología y Tipo de Estudio	32
2.1.1. Métodos utilizados	32
2.1.2. Herramientas para la recopilación de datos.....	32
2.1.3. Muestra y población	33
2.1.4. Aspectos legales	34
2.1.5. Determinación de la muestra.....	34
2.2. Metodología para fase aplicación del instrumento.....	34
2.2.1. Fase de planeación	34
2.2.2. Fase de selección.....	35
2.2.3. Fase de aplicación del instrumento	36
2.2.4. Fase de tabulación	36
CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. Caracterización de la población de estudio.....	37
3.2. Análisis de significancia	42
3.3. Discusión.....	46
3.4. Propuesta.....	50
3.4.1. Tema:.....	50
3.4.2. Objetivos	50
3.4.3. Público objetivo:.....	50
3.4.4. Tiempo:	50
3.4.5. Introducción.....	50
3.4.6. Consideraciones generales	51
3.4.7. Metodología.....	51
3.4.8. Desarrollo del Plan para la prevención del suicidio	52
3.4.8.1. Habilidades de interacción social básicas	52
3.5. Conclusiones y recomendaciones.....	79
3.5.1. Conclusiones	79
3.5.2. Recomendaciones	80
BIBLIOGRAFÍA.....	82

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Poner nombre.....	25
Gráfico 2.	Factores protectores.....	29
Gráfico 3.	Población de estudio por sexo.....	37
Gráfico 4.	Tipos de lesiones por edad.....	37

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Instrumentos psicométricos.....	26
Tabla 2.	Factores que determinan riesgo suicida.....	27
Tabla 3.	Clasificación de los factores de riesgo.....	27
Tabla 4.	Factores precipitantes y protectores.....	29
Tabla 5.	El riesgo suicida.....	30
Tabla 6.	Riesgo y conducta, que a seguir.....	30
Tabla 7.	Método de suicidio en relación con el sexo.....	38
Tabla 8.	Método de suicidio por grupos de edad.....	40
Tabla 9.	Edad agrupada e intento suicidio.....	40
Tabla 10.	Estadísticos descriptivos con relación a las habilidades sociales.....	41
Tabla 11.	Prueba de normalidad de Kolmorov-Smirnov.....	42

INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas y el suicidio en adolescentes, ha generado un gran impacto en la sociedad actual, según estimaciones alrededor de 800.000 individuos fallecen por esta causa, así, también, tras una persona que, se suicidó, probablemente desearon suicidarse más de 20 individuos (Cortés, Suárez, & Serra, 2019). Identificar las características de la conducta suicida es complejo, debido a que estas son la consecuencia de la interacción de factores situacionales que generan cambios conductuales y emocionales en un individuo; entre ellos, factores psicológicos, sociales, ambientales, familiares y biológicos. Estas experiencias que vive el ser humano le resultan en ocasiones difíciles de sobrellevar, a ello, se acompaña una carencia de recursos para enfrentarlas. De ahí, que el utilizar adecuadamente las emociones, mejora la capacidad de resolver problemas, saber decidir, normalizar las conductas, permite alcanzar logros individuales y profesionales, tener triunfos en el rendimiento social y emocional lo que, se considerarían como factores protectores para disminuir esta problemática en los adolescentes (Pérez, 2016).

La conducta suicida en los adolescentes, son consideradas como visualizaciones e ideas de quitarse la vida, la cual, atraviesa por diferentes etapas, que van, desde el pensamiento suicida, vislumbrar el propio suicidio, organizar su ejecución y el suicidio consumado. La prevalencia del intento suicida presenta características respecto a la edad de ocurrencia del único/último intento de suicidio; la causa del intento suicida, en donde, se identifica como principal motivo los problemas familiares y como segundo los sentimientos depresivos y, por último, el método empleado con mayor frecuencia por los jóvenes es cortarse con algún objeto punzocortante (Y. Suárez, Restrepo, & Caballero, 2016).

Esta problemática social, se indaga por la preocupación de identificar que habilidades sociales, se encuentran afectadas en adolescentes que ha presentado intentos de suicidio, un tema que tiende a evadirse, pues genera cierto impacto psicológico y una incuestionable resistencia de abordar el tema a nivel social y familiar, por desconocimiento o simplemente, se piensa que hablar del suicidio, se tiende a inducir las ganas de hacerlo, cabe mencionar lo sorprendente que es la carencia de estrategias que, se trasmite entre padres e hijos, para enfrentar las dificultades de la cotidianidad, lo cual, incide negativamente en la formación de su personalidad e identidad, que si no es abordada de forma adecuada, genera trastornos psicológicos en los adolescentes. De allí, el abordaje de esta temática.

Determinar cuáles son los factores biopsicosociales que predisponen y desencadenan que un adolescente atente contra su vida, genera un interés académico si, se considera que los intentos de suicidio parecen estar, también, asociados con los cambios neuroanatómicos del cerebro, de ahí la necesidad de incidir en el sector académico, para una adecuada preparación de los especialistas de la salud y así fortalecer la capacidad de respuesta frente a este problema social.

La presente investigación busca establecer las habilidades sociales y la correlación entre los intentos de suicidio en los jóvenes del cantón Latacunga. Es de tipo descriptivo, observacional, de campo, de enfoque mixto y de cohorte transversal. El estudio contiene cinco capítulos: en el primer capítulo: la introducción, que, se constituye en la presentación del trabajo y descripción del documento; el tema, los objetivos, la hipótesis y la justificación de la investigación. En el capítulo segundo, se intenta sustentar los referentes teóricos de las dos variables, las definiciones, antecedentes, clasificación de habilidades sociales y el análisis del estado de arte.

En el capítulo tercero, se presenta la metodología de investigación la que, se da desde el enfoque cognitivo conductual, porque permite identificar y analizar las variables del contexto, su influencia y formas de interpretar las vivencias sociales, y a su vez describe el proceso metodológico, las herramientas, estrategias, insumos, especifica elementos de la muestra, el análisis descriptivo y correlación entre las variables.

En el capítulo cuarto, se analiza los resultados alcanzados en relación con las diferentes variables para proponer un plan de intervención para este grupo vulnerable. En el capítulo quinto, se plantea exponer las conclusiones y las recomendaciones significativas con los fundamentos de los datos obtenidos. Y, por último, se sustenta la investigación en las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes teóricos y prácticos

Las conductas suicidas es una causa muy frecuente de atención en las emergencias psiquiátricas. El suicidio en adolescentes; así como en los diferentes grupos etarios, es una problemática que, se tiene que priorizar en el sistema de salud pública; cada año más de 800.000 individuos mueren a nivel mundial por esta causa. Las estrategias implementadas por los gobiernos no son suficientes para evitar el incremento de estas cifras, aproximadamente cada 40 segundos un ser humano muere en algún lugar del mundo por esta causa, y por cada una de ellas, se presume que hay 20 intentos de suicidio previos, los cuales, se reconocen como un factor de riesgo. Según estimaciones de la OMS, alrededor de 1,53 millones de individuo fallecerán para el 2020 (World Health Organization, 2014). La dificultad para identificar este comportamiento a menudo obstaculiza la detección y el manejo oportuno de estos casos (Levi, Gavish, Barzilay, Apter, & Vladimir, 2018).

Se deduce que la adolescencia es la etapa del desarrollo más conflictiva del sujeto, donde, se producen cambios significativos a nivel físico, emocional y social, entre los cuales están: buscar su identidad, necesidad de pertenencia al seno familiar, la relación con sus pares, sentimientos de soledad, confusión, pierden el respeto por las reglas y límites establecidos, estos, son posibles causas que repercuten para la presencia de los comportamientos suicidas que inician desde el pensamiento, la elaboración de un plan, seguida de la práctica y, por último, el acto mismo del suicidio, por ello, el aspecto emocional en el funcionamiento psicológico de un individuo en especial del adolescente es fundamental (E. García, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015).

En los últimos años, se han hecho algunos aportes sobre esta temática en los adolescentes, Pachecho & Peralta en su estudio sobre la conducta suicida y las condiciones de riesgo, establecen que este fenómeno está relacionado con las condiciones médicas, epidemiológicas y psiquiátricas; mismas que se ubican entre las 5 principales causas de morbilidad entre las edades comprendidas de 15 a 19 años. No obstante, los eventos estresantes individuales, familiares y sociales por los que atraviesa un adolescente, hace que este llegue a interpretar como única salida a sus problemas el suicidio (Pachecho & Peralta Lopez, 2016).

En la ciudad de Armenia, Colombia, se realiza la presente investigación sobre las habilidades sociales y riesgo suicida, participaron 115 jóvenes entre edades de 12 y 18 años a los que, se le aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck, y la prueba de Habilidades Sociales de Goldstein; donde, se identificó el vínculo entre las destrezas sociales y la presencia de conductas suicidas. Por ello, entre las estrategias de prevención, se ha sugerido las redes de apoyo, el vínculo familiar como elemento clave y fundamental, además, la adquisición de habilidades sociales, esto permitiría disminuir los factores de riesgo frente a las conductas suicidas. (Gonzales, Franco, Vasco, & Restrepo, 2018)

De ahí, que muchas investigaciones afirmen que reducir las ideas suicidas, así como, también, aprender y desaprender estrategias de adaptación para enfrentar hechos estresantes en un individuo, le permite a este, tener una mayor habilidad y ser capaz de reparar y regular sus emociones. Con lo mencionado, el suicidio, es un fenómeno a intervenir de forma urgente, existe la necesidad de reconocer los factores que protegen o representen un riesgo en los adolescentes.

Gómez de Giraudó en el 2015, menciona a una serie de factores que afecta la salud integral de los adolescentes; entre ellos: la historia personal, la capacidad de resolver conflictos infantiles, aspectos neurobiológicos, la presencia de mecanismos de defensa frente a situaciones problemáticas, así como, también, el manejo del impacto de las experiencias negativas vividas, la habilidad, el grado de capacidad y flexibilidad intelectual para resolver problemas, poseer o no redes de apoyo, el nivel de integración yoica; la capacidad para discernir y procesar la información de manera coherente.(E. García et al., 2015)

Para mejorar el desarrollo de estas competencias sociales y por ende mantener relaciones interpersonales estables es que, en Río de Janeiro, en el 2016, se implementa el programa para desarrollar las habilidades sociales, donde participaron 10 adolescentes de 13-17 años, durante 10 sesiones mismas que tenían una duración de aproximadamente 120 minutos. En la primera y última reunión, se aplicó el Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes, la Escala de Autoeficacia y la Escala de Valoración de Apoyo Social; segundo encuentro: Inicio y mantenimiento de una conversación, hacer y responder preguntas, elogiar y aceptar elogios; tercer encuentro: empatía y derechos humanos, cuarto encuentro: expresividad emocional y autocontrol; quinto encuentro: comportamiento asertivo, agresivo y pasivo; sexto encuentro: expresar sentimientos positivos, disgustos,

desacuerdo y pedir un cambio de comportamiento; séptimo encuentro: resolver problemas interpersonales; octavo encuentro: aprobación afectiva; noveno encuentro: *Afectivo aproACH* (decir lo que te gusta / disgusta en las relaciones amorosas, disculparse y admitir fallas, termina la relación de amor). Al finalizar el programa, se logró identificar que los adolescentes presentan una mayor preparación para enfrentar los problemas del día a día, con una menor sobrecarga socioemocional e interpersonal, así como también mayores habilidades sociales y un soporte adecuado por parte de los docentes. (Leme, Fernandes, Jovarini, Achkar, & Del Prette, 2016).

Establecer estos programas como alternativa para disminuir los índices del riesgo suicida en adolescentes, es primordial, se considerar que es un suceso complejo y multifactorial. No obstante, en el abordaje de estas conductas ya, se han identificado los factores de riesgo, sin embargo, las bases neurobiológicas del suicidio aún no, se determinan, pero cabe resaltar que, se ha evidenciado cierta relación entre las áreas cerebrales y los procesos emocionales que permitiría abordar de forma integral la salud física y emocional, así como, realizar un abordaje psicofarmacológico adecuado, que complemente los programas preventivos y terapéuticos enfocados en los pacientes que presentan intentos de suicidio (Dajas Méndez, 2016).

En relación con este tema, en el 2019, se hace un análisis bibliográfico, para precisar la asociación entre los componentes cognitivo, emocional, conductual del suicidio con la alteración de la neuroanatomía y la función neuronal, esta investigación, se basó en métodos tales como: resonancia magnética estructural, tomografía de positrones, tomografía computarizada por emisión de un solo fotón, imágenes funcionales en estado de reposo, e imágenes de resonancia magnética funcional. Uno de los primeros estudios, fue realizado por Bunney y Fawcett, quienes observaron en las muestras de orina de pacientes con antecedentes de intentos de suicidio que terminaron en un suicidio, niveles elevados de 17-hidroxycorticosteroide, un producto de la descomposición del cortisol. Entre los cambios estructurales, están, afectación en el área del sistema límbico, reducción del volumen de las estructuras cerebrales: la corteza cerebral, la ínsula, el hipocampo, la materia gris, la materia blanca, el núcleo lentiforme y el cuerpo calloso. Algunos estudios, también, han demostrado la reducción de la corteza cingulada anterior, el núcleo caudado y la reducción del volumen del globo pálido. Y, finalmente, fue encontrado en las víctimas

de suicidio, un bajo nivel de noradrenalina en el locus coeruleus (Halicka-Masłowska, Szewczuk-Bogusławska, Adamska, & Misiak, 2020).

En los países occidentales, el suicidio es considerado la segunda causa de morbilidad, mientras que, la prevalencia de la tentativa de suicidio en los adolescentes es del 17 al 18% y en los pacientes psiquiátricos hospitalizados es de un 40%. Los datos epidemiológicos confirman que entre los niños de 10 a 14 años, es la 4 causa de morbilidad; entre los 15 a 19 años es la tercera causa, así como, es la primera o segunda entre los individuos de 14 a 25 años y la segunda entre los sujetos de 25 a 34 años. Muchos factores psicológicos, psiquiátricos, genéticos y demográficos han sido estudiados, para determinar qué factores conducen a las conductas autolíticas en el individuo (Halicka-Masłowska et al., 2020).

La incidencia, cada vez mayor de intentos suicidas en la adolescencia a nivel mundial es alarmante, Ecuador, no deja de ser ajeno a esta problemática, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, al año las defunciones según el agrupamiento de causas, alcanzó durante el 2017, 1202 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), para el 2018, se presentó 1221 muertes por esta causa, y, finalmente, para el 2019 existieron 1195 casos. Se hace referencia a la información emitida por la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED), de la Provincia de Cotopaxi, para el 2019, se presentaron 58 suicidios, a lo que va del año 2020, se reportan alrededor de 56 (DINASED, 2020).

Por ello, las habilidades sociales, están asociadas con las conductas personales, en la que están inmersas las emociones, sensaciones y los pensamientos, que favorecen al sujeto en el mantenimiento de las relaciones sociales adecuadas, emociones de felicidad, cumplir objetivos y una adecuada comunicación, con ello, logra así un mejor ajuste emocional en relación consigo mismo y con el entorno (Carmona & López, 2015).

Con lo mencionado, para disminuir casos de suicidio, se incluye entre las propuestas, la ocupación positiva del tiempo libre, evitar traumas emocionales en la infancia, tales como malos tratos, abuso sexual, bulliing, prevención del consumo de sustancias, restringir el acceso a los métodos para consumar el suicidio, tales como el ahorcamiento, disparo, ingesta de fármacos, etc., si decide hacerlo en solitario o en otros casos hacerlo en un lugar público desde un edificio, lanzarse contra un auto en movimiento, puente, etc., así, también, brindar un asesoramiento familiar centrado en fortalecer el vínculo afectivo en el

niño, adolescente adulto y adulto mayor. El planteamiento de esta propuesta busca generar un crecimiento y empoderamiento del ser humano, para enfrentar las situaciones complicadas en el acontecer diario, donde resalta la importancia de las cualidades y las características positivas de las personas, para lograr una adecuada salud física y mental. Sin embargo, queda claro, que no hay una intervención específica, para prevenir el suicidio, ni tratamientos que muestren reducir o prevenir el pensamiento, el comportamiento o las muertes relacionadas con el suicidio (Cruz Morales, Valdayo Rosado, & Martín Almenta, 2017).

Con ello, es interesante comprender desde la casuística individual, el por qué en una misma sociedad, un individuo, se suicida y otro no. Los estudios realizados en los sujetos que intentaron suicidarse favorecen el abordaje individual, el diagnóstico, la prevención y tratamiento más directo sobre sus posibles causas. Entre los inconvenientes para el abordaje del suicidio, es pasar por alto los factores protectores tales como: un control de la salud física y mental, el acceso al sistema de salud mental pública o privada, un fuerte apoyo social y familiar, uso de técnicas para resolver problemas y habilidades de afrontamiento, la capacidad para adaptarse al cambio, autoestima, filosofía de la vida, creencias culturales, religiosas. (Sher, 2019)

De allí, que para instaurar la conexión que tiene las destrezas sociales en un adolescente con intentos de suicidio, se identifica la funcionalidad que tiene este, para adaptarse al entorno familiar y social, con un amplio repertorio de habilidades que le permita comprender, autocontrolar sus emociones y el de las personas que están a su alrededor, para fortalecer las relaciones interpersonales y su adaptación (Gonzales et al., 2018).

Por esta razón, establecer el déficit de destrezas sociales en los adolescentes con conductas suicidas, que son atendidos en el sistema de salud del cantón Latacunga, por medio de instrumentos psicométricos, lo que permite establecer estrategias para abordar esta importante problemática de salud pública. Para ello, se indaga los referentes bibliográficos, y, se establece la relación entre las distintas variables por medio de la implementación del Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS), y una vez identificado el déficit, se plantea una propuesta para el abordaje de los adolescentes con intentos de suicidio.

1.2. Justificación

El suicidio e intentos de suicidio, es una problemática que trascienden las diferentes clases sociales, se calcula que aproximadamente cada año 800.000 personas, se suicidan, este fenómeno forma parte de las 10 causas de mortalidad a nivel mundial, lo que genera grandes costos al sistema de salud y al sistema social, de ahí, la razón que estos hechos sean considerados un problema de salud pública, donde están inmersos, factores individuales, familiares, sociales y biológicos, como consecuencia de esto, nace el requerimiento para el desarrollo de este trabajo investigativo, el mismo que pretende, identificar los desencadenantes de la conducta suicida en el adolescente que están relacionados con la capacidad que tiene este, para controlar sus sentimientos, emociones, conductas, y por ende, lograr un bienestar a nivel físico y mental.

Para lograr este bienestar, es necesario establecer estrategias que permitan la prevención del suicidio e intentos de suicidio esto, se logra con la promoción de la salud mental, manejo de emociones, autoestima, habilidades sociales, ocupación del tiempo libre, entre otros; en la que están inmersos no solo los profesionales de la salud, sino, también, la familia, amigos y porque no decirlo la comunidad también es la encargada de permitir la reinserción de los individuos que presentan estos problemas.

Dentro de este marco, el presente trabajo permite a través del enfoque biopsicosocial, comprender al adolescente del porqué, en su desarrollo presenta conductas que atentan contra su vida, entre ellas los intentos de suicidio, después de todo, es en esta etapa del ser humano donde, se presentan importantes modificaciones en lo físico, cognitivo, emocional y ambiental. En este contexto, la prevención de estas conductas autolíticas y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar o social, son las mejores estrategias para este grupo de riesgo.

Por lo antes expuesto, se considera conveniente que, una vez identificados los factores precipitantes o protectores de la conducta suicida, a través de esta investigación, se establezca formas de intervención para los adolescentes con estas características, por lo tanto, es fundamental adquirir habilidades para solucionar los problemas de la mejor manera, no sólo en la adolescencia sino a lo largo de toda la vida. En consecuencia, se propone un modelo de intervención como un aporte sustancial para esta población, al empezar con el estudio y reaprendizaje de estas habilidades.

Este plan de intervención es pertinente, porque busca dar respuesta a un problema que sobresale en el contexto y en la actualidad, pues al aspecto emocional en cada ser humano, se prescinde su importancia, a pesar de conocer que el desarrollo de estas habilidades le permite al individuo integrarse y relacionarse con su entorno de manera positiva; que si bien es cierto, por los avances tecnológicos, el involucrarse la mujer en el ámbito laboral, delegar la crianza de los hijos a terceras personas, etc., como consecuencia de ello, el manejo de las relaciones interpersonales, se ha limitado, lo que genera dificultades de convivencia en la población, por lo tanto, en el desarrollo de la adolescencia es donde, se empieza aprender y adquirir conductas que permite formar adultos emocionalmente estables.

Ciertamente, es a través de las habilidades sociales que un individuo aprende nuevas conductas y modifica otras para mejorar su competencia social, es por ello, que la elaboración de este plan de intervención beneficiará, no solo, a los adolescentes que han presentado intentos de suicidio, sino, también, a los expertos de la salud, ofreciéndoles las herramientas psicológicas necesarias para intervenir en esta población.

Por esta razón, el presente trabajo investigativo nace de la reflexión realizada para identificar las habilidades sociales en jóvenes con intentos de suicidio para, finalmente, elaborar un plan de intervención que permita desarrollarlas, y con ello aportar a la formación de un adulto con un éxito individual y social.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Indagar el déficit de habilidades sociales en los jóvenes con conductas autolíticas que son atendidos en los establecimientos de salud del cantón Latacunga.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Indagar la literatura existente sobre las variables de estudio.
2. Aplicar reactivos psicológicos que evalúen las habilidades sociales en adolescentes con intentos de suicidio.
3. Realizar un análisis sobre las habilidades sociales y su relación con las conductas autolíticas presentadas en los adolescentes.

4. Presentar un plan que permita fortalecer las habilidades sociales en los adolescentes con intentos suicidas.

1.4. Revisión de la literatura

1.4.1. Aprendizaje Social

Albert Bandura, realiza valiosos aportes sobre esta temática, en la que están inmersos aspectos como los refuerzos y la observación. En sus inicios fue denominada, teoría del aprendizaje social, posteriormente fue denominada Teoría Cognitiva Social, en ella, se incluye el enfoque cognitivo que le permita a la persona determinar si lo que divisa es imitable o no, en esta respuesta socialmente competente influyen factores ambientales, personales y la interacción de los dos, de esta interacción, es que un individuo adquiere más habilidad que otro, y por ende, se genera una determinada conducta normal o patológica (LACAL, 2009).

Toma relevancia que, para dilucidar el actuar del ser humano y los rasgos de personalidad, se hace referencia a esta teoría. Bandura (1987), describe, que el desempeño psicológico, se da mediante una permanente y mutua relación entre los aspectos ambientales e individuales, los mismos que son regulados por reglas de contingencia, que guían su conducta en una situación determinada, según lo menciona Mischel (1968, 1973). De ahí, que conseguir estas destrezas sociales sea la consecuencia de algunos procesos de enseñanza, refuerzos positivos, consecuencias de las experiencias vividas o retroalimentación. (José León, Medina, Cantero, & Gil, 2017).

1.4.2. Psicología Social

Para el desarrollo del ser humano, el factor psicológico es considerado trascendental, de ahí el abordaje de las habilidades sociales, dado que, son a través de ellas, que adquirimos la capacidad de aprender ciertas funciones, así como, determinar la capacidad de respuesta de cada individuo en su entorno social (Contini de González, 2009).

En la preparación de estas destrezas sociales, se reconoce la relación entre la psicología clínica, la cual, estudia las destrezas sociales que hay que entrenar en un individuo; y la psicología social, que aborda el manejo de las relaciones interpersonales inadecuadas; de ahí, que las alteraciones psicológicas y de conducta, se estimen que son el resultado de una deficiencia en las destrezas personales y sociales. Carrobles (1988), menciona: “Por más

simple o complejo que sea un problema psicológico, la persona que lo presenta va a tener dificultades para relacionarse de manera adecuada con los demás”. Es importante citar que, en el estudio de la psicología social, según Zigler y Phillips (1960, 1961), las relaciones interpersonales y el apoyo social son de vital importancia para mejorar los trastornos psiquiátricos. (Bernal, 1990).

1.4.3. Orígenes y desarrollo de las habilidades sociales

Varios autores han realizado aportes, sin embargo, no, se ha logrado una definición exacta, sobre a que, denominamos habilidades sociales, pero, se hace mención que su origen, se remonta a los estudios realizados por Thorndike (1920), quien hace referencia al término inteligencia social, como la destreza que tiene el individuo para comprender y dirigir prudentemente su conducta durante las relaciones interpersonales. (Zavala, Valadez, & Vargas, 2008). De ahí, la importancia de desarrollarla en los adolescentes pues, se considera como una herramienta necesaria para enfrentar los problemas presentados en las diferentes etapas: niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor. Caballo (1993), menciona que a lo largo de la vida el niño asimila conductas habilidosas, y la aptitud para responder una situación determinada, depende de las conductas aprendidas en el ambiente social y familiar (Ortega V., 2012).

Entre los investigadores sobre las habilidades sociales está: Phillips 1985, quien analiza la conducta social que presentaban los niños, y para ello, toma como referente los trabajos realizados por: Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935). Se considera tres fuentes de origen: la primera sustentada por Salter (1949) denominada Conditioned reflex therapy (Terapia de Reflejos condicionados), este trabajo lo continuó Wolpe (1958) quien utilizó el término “Asertivo”. La segunda, está relacionada con Zigler y Phillips (1960, 1961) denominada “Competencia Social” de cada individuo. De los avances realizados tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, acerca de las habilidades sociales, Argyle; (1967; 1969), Argyle, Trower y Bryant, (1974), hacen referencia al hombre máquina, para mencionar el significado de habilidad. Finalmente, hay una tercera fuente denominada “Terapia de aprendizaje estructurado” misma que no toma importancia a lo largo de los años. (Vicente E. Caballo, 2007).

1.4.4. Habilidades Sociales:

Para establecer una definición, Caballo (2002) sostiene que es complejo debido a 3 problemas:

1. Se usa terminología diferente en la mayoría de investigaciones realizadas.
2. Es imposible desarrollar una sola definición, debido a que, en ella están inmersos factores sociales e individuales.
3. En las definiciones, muchas, se centran en los contenidos, las consecuencias, y otras lo hacen en los procedimientos.(Vicente E. Caballo, 2007)

Es importante considerar que algunos factores intervienen en las habilidades sociales entre ellos: la cultura, la edad, estatus social, nivel educativo, el sexo, a eso, le agregamos, que cada individuo es un ente biopsicosocial cargado de creencias, valores o actitudes (Vicente E. Caballo, 2007). Es así que, en el ser humano en especial en la niñez, el autoestima, los roles, la autorregulación, la conducta y el rendimiento académico, están influenciados por el proceso de enseñanza de estas habilidades (Lacunza & Contini de González, 2011)

Es necesario recalcar que para mantener conductas positivas y por ende mantener relaciones sociales adecuadas, especialmente entre los niños y sus pares, está determinada por el conjunto de competencias conductuales, las cuales, le permite afrontar de forma efectiva y adaptativa, las exigencias de su entorno, lo que contribuye por un lado, a la aceptación entre sus pares, y por otro al ajuste y adaptación social. Con ello, somos conscientes que estas destrezas sociales, se interiorizan para disminuir las conductas suicidas, y por otra parte, se fortalece los efectos de los factores protectores que poseen los adolescentes y los niños (Orts, 2014).

Por otro lado, las habilidades sociales desempeñarían ciertos principios, entre ellos: conocer la conducta, saber observarla y ejecutarla en una situación determinada, tener referencia sobre lo positivo o no de esa conducta ejecutada, mantener los beneficios conseguidos y, por último, que las conductas adquiridas, se implementen de forma habitual en el convivir social. Por ello, se considera una conducta socialmente incompetente por las siguientes razones: el sujeto carece de conductas adecuadas ya sea por un déficit o por falta de experiencia social; y por un retraimiento de las conductas en un momento determinada, ocasionada por estímulos externos negativos. (Josè León et al., 2017)

1.4.4.1. Términos relacionados con las habilidades sociales

Entre los términos más citados sobre las habilidades sociales están: habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades interpersonales, habilidades de relación interpersonal, habilidades para la relación interpersonal, destrezas sociales, habilidades de intercambio social, conducta interactiva, conducta interpersonal, relaciones interpersonales, conducta socio interactiva, intercambios sociales, entre otras (Orts, 2014). Cabe destacar los siguientes términos: (Torres, 2014):

1.4.4.1.1. Competencia social.

McFall (1982), indica que es la apreciación elaborada, sobre la calidad de la conducta social de una persona en un momento determinado, que es realizada por un miembro de su contexto, que emite un juicio de valor de forma informal. Ahora bien, para que una conducta sea admitida como idónea, solo tiene que ser adecuada. Esta, se fortalece y enseña a través de la interacción social con el medio ambiente, aprendizaje por observación, de forma verbal, por feedback, y por experiencia directa.

1.4.4.1.2. Conducta adaptativa.

Es la capacidad que tiene cada persona para obrar de una forma independiente en el ámbito social, donde están las habilidades de autonomía, conductas para interactuar en la comunidad, aspectos vocacionales y las habilidades sociales.

1.4.4.1.3. La asertividad.

Para Wolpe (1958), es la perfecta manifestación emocional positiva realizada a otro individuo. Mientras que según Caballo (1983, 1993), considera que “es la suma de varias conductas transmitidas por el individuo en una situación determinada, quien, se manifiesta por medio de sus emociones, sentimientos, conductas o derechos de manera adecuada a las circunstancias, tolera el comportamiento de los otros, resuelve los problemas en un instante, mientras subestima la posibilidad de problemas futuros”.

1.4.4.2. Definición

La amplitud que conlleva la revisión de la literatura en relación a que, se denomina habilidades sociales, varios autores tratan de definirla, sin llegar a un consenso universal. (Monjas, 1998).

Entre las definiciones más destacadas resalta: Goldstein, menciona “están conformadas, por un cúmulo de conductas que son efectuadas por el ser humano en eventos determinados, las cuales, le permiten encarar de forma positiva los problemas u obstáculos cotidianos, de ahí, que las habilidades sociales, tenga la siguiente clasificación: habilidades básicas, avanzadas, destrezas para expresar emociones, control de la agresión y control del estrés (Mendoza González & Maldonado Ramírez, 2017).

“Son actitudes que le permiten al individuo comportarse según sus beneficios, luchar por sus ideas sin crisis de ansiedad, transmitir sus emociones, hacer respetar sus derechos sin ofender a los demás” Alberti y Emmons, (1978)

“La capacidad que tiene el sujeto para comunicarse con su círculo social, para satisfacer sus necesidades de forma adecuada y sin ocasionar daño o afectación a los derechos de terceras personas” (Phillips, 1978).

“Comportamientos sociales destinado para un fin, los mismos que están bajo control del individuo para instruirse” (Hargie, Saunders y Dickson, 1981)

“Habilidad para transmitir una respuesta que optimice la carga emocional personal y los factores estresantes de la sociedad, y al mismo tiempo permite optimizar ganancias y disminuir las pérdidas en las relaciones interpersonales, logrado un adecuado ajuste emocional” (Linehan, 1984).

Para Monjas (1993), son comportamientos requeridos al momento de interactuar con los demás individuos, forma satisfactoria y segura. Por ello, se considera que es, la capacidad o destreza social necesaria para mantener actividades interpersonales, conductas que son aprendidas previamente. Entre sus ejemplos están: aprender a decir no, hacer peticiones, saludar, resolver problemas con una amiga, a expresar un cumplido a los demás (Orts, 2014).

Para Prette (2005), en cambio, es el repertorio de conductas de un individuo de las diferentes clases sociales, que a través de una relación sana y productiva, aporta a la competencia social, para ello, propone seis pasos para alcanzarlas: la empatía; el autocontrol, la civilidad, la asertividad, el enfoque afectivo y el ingenio social, con el cual, se pretende contribuir al desarrollo psicoafectivo del adolescente, y que este, adquiera

habilidades para resolver los problemas, aprenda a controlar sus sentimientos, afrontar la presión entre sus pares y sepa distinguir en las relaciones interpersonales la seguridad emocional adecuada. (Leme et al., 2016).

Así, también, Collel, (2017), señala que durante la época escolar es determinante desarrollar estas destrezas sociales, pues ello, ayuda a disminuir el impacto de los hechos estresantes en el salón de estudio, entre ellos violencia entre pares, retraimiento, falta de empatía, lo que en muchas ocasiones en el niño desmotivación, que es la causante para el fracaso escolar (Mendoza González & Maldonado Ramírez, 2017).

A pesar de estas definiciones, resulta difícil precisar su significado de forma clara y objetiva, sin embargo, una conducta adecuada, tiene tres componentes: 1. Consenso social, la conducta es considerada apropiada para unos e inapropiada para otros, 2. Práctica, la conducta es habilidosa si permite obtener lo que el individuo, se propone, y 3. Circunstancial, una conducta es conveniente frente a una situación, pero no para otra (Contini de González, 2009).

1.4.4.3. Aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales

Frente a las exigencias del medio ambiente, el individuo desarrolla estrategias conductuales que facilitan su adaptación, entre ellas: la autonomía, independencia personal o la capacidad de relacionarse. Por ello, el desenvolvimiento infantil, el funcionamiento psicológico, académico y social durante el trascurso de la vida, es primordial para favorecer el crecimiento personal y permite la aprendizaje de algunas habilidades propias de la edad (Monjas, 1998).

Por lo tanto, la formación del vínculo afectivo entre el sujeto de apego y el niño en la primera infancia, la relación entre pares durante la adolescencia generan emociones que afecta el desenvolvimiento social, familiar, académico del ser humano (Sol Aubone, Franco, & Mustaca, 2020). Con lo mencionado, se reafirma la presencia de una estrecha relación entre las destrezas aprendidas en la infancia y el funcionamiento psicosocial de la vida adulta (Cohen, Esterkind, Lacunza, Caballero, & Martinenghi, 2010). Por ello, la familia, las figuras de apego, las compañeras y compañeros, los profesores y las redes de apoyo cumplen un rol trascendental en la vida del niño para perfeccionar estas competencias. Echeburúa (1993), refiere que el apoyo que brindan los padres a través de la

estimulación social, influye en el desenvolvimiento normal de los niños y adolescentes, de ahí, que mientras más experiencias adquieran, tendrán un mayor repertorio de habilidades (Monjas, 1998).

1.4.4.4. Habilidades Sociales, y su importancia.

Todo individuo es un ente psicosocial y está en continua interacción con el medio ambiente que le rodea, donde comparte costumbres, normas, valores, hábitos, tradiciones con sus semejantes, entonces nace la importancia de establecer y mantener redes sociales positivas, las mismas que van a generar relaciones interpersonales estables, se fortalece de esta manera la salud a nivel físico y mental, para contribuir de forma positiva a la sociedad. Con ello, la interacción social y las experiencias en las relaciones sociales, permite fortalecer el desarrollo del autoestima y bienestar psicosocial; lo que contribuye efectivamente en la competencia personal, por ello, en la actualidad para hablar del éxito personal, se considera primero abordar las relaciones interpersonales y habilidades sociales que mantiene el individuo, antes que sus habilidades cognitivas y conductuales (Profile, 2020a).

1.4.4.5. Las habilidades sociales y sus características

En la conceptualización las características a resaltar según Monjas, (2002), están: son comportamientos adquiridos a través del aprendizaje, están formadas por componentes motores, emocionales, afectivos y cognitivos, son respuestas específicas en un momento determinado, y serán aplicadas en contextos interpersonales (Torres, 2014).

1.4.4.6. Habilidades Sociales, nivel de análisis

Se identifica los siguientes niveles:

- a) **Nivel molecular.-** son determinados elementos conductuales y observables que, se miden para lograr así evaluaciones objetivas y fiables, tales como el número de movimientos de las piernas, brazos, su postura, vocabulario manifestado, etc.
- b) **Nivel molar.-** hace referencia a varios elementos de las habilidades sociales y la interacción entre los mismos, para proceder de forma efectiva en una situación específica, por ejemplo, la defensa de los propios derechos humanos, una entrevista laboral, etc.

c) **Nivel intermedio.-** se centra en la interacción del nivel molecular y molar, se centra con mayor importancia a ciertas respuestas o conductas en relación a otras en una evaluación especificativa (J. León & Median, n.d.).

1.4.4.7. Dimensiones de las habilidades sociales.- Según Lang, (1968), manifiesta que la diferencia entre un individuo socialmente habilidoso y otro no habilidoso, están relacionado con aspectos conductuales, cognitivos y fisiológicos; los mismos que, se interrelación entre sí, de ahí que Evans (1986), sugiere identificar en una persona cuál de estos aspectos, se encuentra menos desarrollado.(Eceiza, Arrieta, & Goñi, 2008). Para determinar a que, se llama conducta socialmente habilidosa, se necesita abordar las tres dimensiones o componentes (Vicente E. Caballo, 2007):

1.4.4.7.1. Elemento conductual, en él, se incluye:

- **Elementos no verbales.-** contacto ocular, expresión facial, mirada, la sonrisa, postura, expresión corporal, movimientos de piernas brazos, y demás conductas corporales que trasmite el sujeto.
- **Elementos paralingüísticos,** la voz, su tono, fluidez.
- **Elementos verbales,** solicitar un cambio de conducta, expresar emociones, cumplidos, recibir cariño, rehusarse a ciertas solicitudes, abordar, conservar y finalizar una conversación.
- **Elementos mixtos,** hace referencia a las demostraciones afecto, comportamientos adecuados, ceder el turno, identificar el momento apropiado para tomar la palabra, los silencios, etc.

1.4.4.7.2 Componente cognitivo.- está relacionado con la presencia de autoverbalizaciones o pensamientos negativos, elemento básico para una actuación social oportuna, y son la frecuencia de estos pensamientos lo que diferencia a un individuo de otro (Eceiza et al., 2008).

1.4.4.7.3. Componente fisiológico.- los más investigados son: frecuencia cardiaca, presión arterial, respiración, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales y electromiograficas (Vicente E. Caballo, 2007).

1.4.4.8. Evaluación de las habilidades sociales.- una vez evaluada la dimensión conductual, cognitiva, fisiológica o afectiva, se pretende determinar el déficit y el área afectada, para establecer el tipo de intervención (José León et al., 2017). Para lograr recabar esa información, son necesarios varios procedimientos tanto cualitativos como cuantitativos. Entre las técnicas más utilizadas están: a) autoinformes: en la que constan cuestionarios, escalas e inventarios preguntas o afirmaciones que recogen la información conductual o cognitiva de las personas evaluadas, b) entrevista: es un instrumento que permite obtener información de un individuo en relación con su interacción con sus relaciones sociales, la misma que, se aplica al sujeto como a su familia y amigos. (Torres, 2014). c) Técnica de autorregistro, permite anotar de forma sistemática al individuo, cada conducta en el momento que ocurre, d) Técnica de observación, está, se realiza a un familiar o terapeuta, mediante escalas de observación o medios audiovisuales en un ambiente determinado (José León et al., 2017)

1.4.4.9 Plan para adiestras las habilidades sociales

Para adoptar una nueva conducta, es necesario buscar toda la información sobre la misma, en caso de ser necesario recurrir a expertos o alguien con el suficiente conocimiento, que permita despejar dudas e inquietudes, y de esta manera lograr adquirir o corregir una acción u conducta planteada, proceso que, se llama retroalimentación. Como resultado de ello, al tener avances en las conductas planteadas, las personas que están alrededor notarán el progreso y serán quienes motivarán a la perseverancia del nuevo aprendizaje (José León et al., 2017).

En este sentido, estas habilidades, se aprenden, enseñan y, se modifican, a través de algunas técnicas como el entrenamiento de las habilidades sociales, el cual, pretende enseñar destrezas a las persona, con el fin de fortalecer su competencias en momentos cruciales de la vida. Este plan es de utilidad para el sistema de salud, a nivel clínico, pacientes con trastornos mentales graves, problemas de pareja, depresión, personas víctimas de violencia, y como una herramienta para la difusión de las destrezas personales y profesiones. Entre los planes más representativos está el Programa PEHIS, conformado por 30 destrezas distribuidas en 6 áreas. (Monjas, 1998).

1. **Habilidad básica para la interacción social**, dentro de ellas esta: reír, sonreír, el saludo, la presentación hacer favores, actuar con amabilidad y cortesía.

2. **Habilidad para entablar amistades**, entre ellas esta: decir piropos, expresar emociones, iniciar una conversación, pertenecer a un grupo, etc.
3. **Habilidades para conversar**, se refiere al momento de iniciar una charla como, se la mantienen como, se termina de conversar con un individuo, etc.
4. **Habilidades para expresar emociones y sentimientos**, en esta área están: las autoverbalizaciones, la protección de los derechos e ideas, demostraciones de afecto.
5. **Habilidad para resolver problemas**, esta técnica buscar soluciones, seleccionar la mejor opción, y comprobar las hipótesis planteadas.
6. **Habilidad para vincularse con los adultos**, finalmente, con esta destreza, se busca mejorar la relación con los adultos.

Existen varios programas para entrenar las habilidades sociales entre los más destacados, se tiene: (Monjas, 1998),

- Habilidades de Interacción Social, por Álvarez, Álvarez-Pillado, Cañas, Jiménez, Ramírez y Petit, 1990.
- Vivir con otros, por Arón y Milicic, 1996.
- Aprendizaje Estructurado, por Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1983
- Programa de Enseñanza de las Habilidades de Interacción Social (PEHIS), por Monjas, 1993, 1999.
- Programa de Educación social y afectiva, por Trianes, 1996.
- Programa de Habilidades Sociales, por Verdugo, 1997

1.4.4.9.1 Plan de entrenamiento básico para entrenar las habilidades, El esquema es el siguiente, instrucción, modelado, juego de roles, retroalimentación, refuerzo y tareas a casa. (M. García, 2011).

1.4.4.9.2 Características del Programa de Entrenamiento

Para entrenar estas destrezas, entre sus características esta: ser un programa cognitivo - conductual, es un modelo de entrenamiento e instrucciones, sistematizado y planificado, que implica desarrollar ejercicios dirigidos al logro de objetivos, c) Utiliza técnicas y procedimientos de aprendizaje sencillos para su dominio y aplicación (Monjas, 1998).

1.4.4.9.3 Elementos para el entrenamiento en Habilidades Sociales

El programa tiene 2 elementos: 1.- El entrenamiento de estas destrezas, el mismo que instruye sobre determinadas conductas hasta lograr su incorporación en el proceder del sujeto; y el 2.- El entrenamiento en la resolución de conflictos (Vicente E. Caballo, 2007).

1.4.4.9.4 Contraindicaciones al Programa de Entrenamiento

Según Curran (1985), entre las contraindicaciones están: el contexto del sujeto no tolera e impide mejorar las conductas, la existencia de métodos más fáciles para cambiar las conductas en el individuo, y la motivación o inteligencia emocional del individuo, quien es el único beneficiado del entrenamiento (Vicente E. Caballo, 2007).

1.4.5. Psicopatología

En el año 1900, se da inicio al estudio y evaluación de los niños y los adolescentes que presentaban alteraciones conductuales, emocionales y de aprendizaje, tanto en el área académica, como clínica. Con el fin de, comprender estas alteraciones en los infantes están, existen estudios como los realizados por: Cicchetti y Cohén, 1995a, 1995b; Mash y Barkley, 1996, 1998; Mash y Wolfe, 1999; Ollendick y Hersen, 1989. En la antigüedad, se consideraba que el tratamiento aplicado en adultos, era óptimo para ser aplicado en niños y adolescentes, sin pensar que estos tienen su propio desarrollo, en el que están inmersos factores emocionales y conductuales, de ahí que, en la actualidad surge ya la necesidad de abordar estos factores (Caballo V & Simon M, 2001).

Para abordar la salud mental infantil, se ha identificado tres aspectos: primero, los problemas infantiles son muy frecuentes, se estima que el 14 al 22% de niños presentan alguna alteración a nivel conductual, emocional o del desarrollo; mientras que del 8 al 10% presentan trastornos mentales graves, sin embargo, es preciso recalcar, que la mayoría de casos no llegan a ser diagnosticados, lo que ocasiona afectaciones posteriores; segundo, muchos niños no logran superar las alteraciones presentadas durante su infancia, lo que genera complicaciones en la edad adulta, a nivel individual, familiar, social o laboral; y tercero, existe la influencia del contexto social, por el que atraviesa el infante, entre ellos: la pobreza, disfunción familiar, la falta de hogar, las familias inmigrantes, etc. (Caballo V & Simon M, 2001).

La psicopatología es la encargada de estudiar los fenómenos psíquicos anormales, su creador el psiquiatra belga Joseph Guisan, en 1852. Según Sroufe y Rutter (1984, p. 18), considera que es el análisis del ciclo evolutivo de los patrones individuales desadaptativos,

desde su inicio, las causas, el progreso, y el curso de las manifestaciones conductuales (Lemos, 2003).

1.4.5.1. Trastornos Mentales Infantiles

En la antigüedad, se mantenían la idea errónea que los niños solo sentían felicidad, aparentemente ellos no presentaban problemas emocionales pues, se consideraba que estos, al no mantener responsabilidades, no vivían sentimientos de culpa, episodios de tristeza o preocupación, y si lo presentaban eran leves y pasajeros, tales creencias, se quedan en mitos y deseos. Sin embargo, en los últimos años, se empieza abordar la depresión infantil, al evidenciar cambios emocionales y en la conducta en edades tempranas. Estas patologías infantiles, se descubren, como transformaciones, que generan un declive en el funcionamiento biopsicosocial del infante. Para considerar la presencia de un trastorno, se identifica si existe un deterioro o disminución que impida su normal crecimiento tanto a nivel físico como emocional, y ser la consecuencia de un alteración interna para realizar su función natural. (Caballo V & Simon M, 2001).

1.4.5.2. Los trastornos mentales y su prevalencia

En la población infanto-juvenil, las alteraciones psicológicas oscilan entre el 10 y el 20%, para estos índices, influye factores como: la naturaleza del trastorno, la clase social, la raza, entre otros. Un 20% de los niños con estatus socioeconómico bajo, presentan alteraciones en el contexto académico, conductual y social. Finalmente, se identifica que el sexo y la edad, también, llegan a generar alteraciones emocionales en la infancia, como la hiperactividad, ansiedad, trastorno disociales, entre los más relevantes, las condiciones comórbidas, la ansiedad, problemas de la alimentación, depresión o mutismo selectivo es mayor en las mujeres (Martín, Seguí, & Antón, 2016).

1.4.5.3. Comorbilidades

Establecer una causa única, del porqué, se suicida el ser humano es imposible, muchos suicidios son ejecutados impulsivamente, y en algunos el acceso a los métodos es fácil. Los antecedentes sociales, psicológicos, culturales influirán para presentar este comportamiento, sin embargo, el estigma que mantiene la población sobre los trastornos mentales y las conductas suicidas y el suicidio, imposibilita que el individuo pida ayuda. Se estima que detrás de los suicidios hay una enfermedad mental, es así que la depresión provoca cerca del 60 % de los mismo, seguido por el consumo de sustancias, conflictos de pareja o familiares (World Health Organization, 2014). También, están los trastornos de

personalidad, la esquizofrenia, la bipolaridad, distimia y trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), a pesar que estas muertes son evitables, el tema tiene escasa prioridad para los gobiernos y las instancias competentes (Mosquera, 2016).

1.4.5.4. Suicidio - Intento de suicidio

1.4.5.4.1. Antecedentes

A lo largo de la historia, el estudio del suicidio toma importancia, especialmente para la psiquiatría, la psicología, la sociología y la filosofía, quienes, en miras de explicar su origen y repercusión, buscan alternativas para su prevención. Trabajar con los individuos que han intentado poner fin a su vida, y con las familias de las personas que lograron concretar su suicidio, es sin duda un trabajo crucial, pero necesario para establecer formas de intervención más acertadas en la población vulnerable (Lara, 2010). Se hacen varios aportes sobre el suicidio, la Grecia antigua, es quien empieza abordar la temática, hace un análisis sociológico, filosófico y político, de ahí, que en esta cultura el suicidio era considerado, como una forma de supervivencia de la colectividad, se desamparaba a un miembro de la comunidad a la intemperie, con el fin de garantizar el alimento para los demás miembros de la sociedad (Amador Rivera, 2015).

Autores como Platón, abordan la temática del suicidio, el mantiene la teoría que si es prudente inclinarse por el suicidio, si la existencia no, se ajusta a las manifestaciones del mundo terrenal (Valdivieso, 2017); mientras que los postulados de Aristóteles, se muestran en contra del suicidio, pues lo considera como un atentado contra la propia vida, una deshonra personal, una manifestación de cobardía y una desgracia para la ciudad (Baquedano-Jer, 2017). Por el contrario, Marx considera que el suicidio es una consecuencia de un sistema social injusto y desigual, que genera desórdenes psiquiátricos o un aumento de personas indigentes por la situación económica (Valdivieso, 2017). Durante la Edad Media, también, emergen apartados sobre el suicidio, entre sus exponentes están: Dante Allighieri (1265-1321), expone que las “almas nobles” de los individuos que, se suicidaron irán al Limbo, mientras que los otros, serán condenados al infierno; Erasmo (1466-1536), considera que el suicidio es una manera de poner fin al sufrimiento por hechos estresantes de la vida (Amador Rivera, 2015).

1.4.5.4.2. Prevalencia del suicidio

A nivel mundial, cerca de 800.000 individuos, se suicidan al año, y por cada una de ellas, se conoce que, se cometen hasta 20 intentos de suicidio, lo que representa una muerte cada 40 segundos. Aparentemente, para el 2020 según la OMS, habrían fallecido 1,53 personas por este fenómeno, de ahí que la morbilidad ajustada a la discapacidad por años de vida es el 1,14%, por ello, para identificar una conducta suicida, están inmersos factores culturales y personales, así como, los estigmas y tabús. Según Gore (2011), en algunos países, la primera causa de morbilidad en el individuo es el suicidio, por supuesto, la población entre los 15-24 años es la más afectada. (Fonseca-Pedrero & de Albéniz, 2020).

De ahí que, en la región de las Américas, también, se presentan datos interesantes en relación con el tema, se estima que, se reporta un alto índice de mortalidad, de 7,3 por 100.000 habitantes durante el 2005-2009, lo que alcanza 65.000 defunciones anuales por este fenómeno, América del Norte y el Caribe no hispano, están entre las regiones que, se evidencia los índices más elevados, mientras que, los más bajos están en América Central, Caribe hispano, México y América del Sur (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Con base, el informe sobre el suicidio de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2009, en el Ecuador, los índices sobre el suicidio demuestran un porcentaje de 7.5/100.000 en los adolescentes de 10 a 19 años; mientras que, entre los 15 a 24 años alcanzan un 13.6 por 100.000 habitantes. Así, también, se ha evidenciado altos porcentajes en la población de la Sierra (mayor incidencia de población indígena, migración, abuso de sustancias alcohol o drogas) y en la Amazonía, a diferencia de la Costa y la Región Insular. La zona urbana es más frecuente los métodos por ahorcamiento y el envenenamiento con pesticidas, sin embargo, hay marcadas diferencias entre el sexo: en las mujeres el método más frecuente es el envenenamiento, en los hombres, se da el ahorcamiento, envenenamiento con plaguicidas y disparos. En relación con la etnia, se observó que los mestizos tenían mayor porcentaje, seguida por los indígenas y población afroecuatoriana. (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffé, & Kestel, 2018).

1.4.5.4.3. Intentos suicidas en Ecuador

En el Ecuador, los registros sobre los intentos de suicidio son deficientes, debido a que, en los servicios de emergencia u hospitalización, no reportan las causas como “lesión

autoinfligida”, más bien lo hacen como causa directa, envenenamiento, salto de alturas, cortes, intoxicación, entre otros. A pesar de ello, se cuenta con reportes del Centro de Intoxicaciones (CIATOX), el cual, consiste en una cabina anclada al ECU-911 donde, se brinda información a los usuarios que han presentado algún tipo de envenenamiento, información que es brindada por profesionales con formación toxicológica. Es así como para el año 2018, este sistema reportó 3.447 intoxicaciones intencionales, y en el 2019, se registraron 3154 de los cuales, el 4% (127) falleció. Como referencia la edad, se observa que entre los 10 a 14 años son frecuentes los envenenamientos intencionales; por sexo, se registra que más de medio millar de adolescentes mujeres han ingerido sustancias tóxicas, mientras que en la edad adulta lo superan los hombres. Por regiones se, reporta altos índices en los cantones de la Amazonía y la Sierra. Finalmente, el costo psicológico y social, para el Ministerio de Salud Pública (2018), calcula un impacto económico por el tratamiento de intentos de suicidio en al menos USD 5’215.590 anuales, el cual, llegaría a triplicarse si, se considera cada internación por intoxicaciones agudas con paraquat (un plaguicida usado frecuentemente para el suicidio), cuyo costo esta alrededor de USD 10.000 (Operativos, De, Salud, & Operativos, 2021).

1.4.5.4.4. Delimitación conceptual de la conducta suicida- suicidio

Llegar a establecer a que, se denomina conducta suicida es complejo, pues para su evaluación, tratamiento y prevención, están inmersos factores multidimensionales y multicausales, así como aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que van a variar de un individuo a otro y, se requiere del apoyo familiar y social. (Fonseca-Pedrero & de Albéniz, 2020). Las cogniciones o interpretaciones erradas que realiza el sujeto, se considera como ideas suicidas, en ellas están los pensamientos efímeros, fantasías autodestructivas, amenazas y planes para suicidarse (Mosquera, 2016).

En los lineamientos para la depresión establecidos por el Ministerio de Sanidad de España, clasifica la conducta suicida en: suicidio frustrado, durante el hecho, se presentan situaciones imprevistas que frenan la conducta suicida; amenaza de suicidio, son expresiones que indican la intención de realizarlo, la conducta autolítica: son autolesiones que provocan un daño corporal sin arriesgar la vida del individuo. Este fenómeno, se presenta desde una ideación suicida, advertencias, intentos hasta llegar a concretar el suicidio (Mazaira, Triñanes, & Atienza, 2018).

También, se hace referencia al parasuicidio, que son conductas aparentemente suicidas en las que no, se busca la muerte, sino un cambio de conductas en el entorno. El suicidio para la Organización Mundial de la Salud (1986), es el comienzo y la finalización de un hecho por parte de un individuo que conoce y desea concretar su idea de muerte, mediante el cual, también, conseguirán ciertos beneficios (Mosquera, 2016).

Etimológicamente suicidio proviene del Ssui: “Si mismo” y Caedere: “Matar”; entonces el suicidio es el acto de provocarse a sí mismo de forma intencional la muerte. Algunos autores, hacen relación al penacidio, matar la pena o matar el sufrimiento, o psicalgia, sufrimiento psicológico que afecta a la persona y le conduce a planificar el suicidio (Fonseca-Pedrero & de Albéniz, 2020). También, es importante mencionar a Silverman, quién clasifica a los intentos suicidas en: pensamientos, manifestaciones y comportamientos suicidas, en el que están inmersos las autolesiones, los múltiples intentos y, finalmente, el suicidio (Luz Yolanda Toro Suarez, 2015).

Gráfico 1. Conducta suicida



1.4.5.4.5. Modelos psicológicos de la conducta suicida.

La compleja interacción entre los acontecimientos psicológicos, biológicos y sociales que, se manifiesta en un individuo y su entorno, hace que sea imposible comprender la conducta humana, la misma que en su complejidad y diversidad, requiere de una perspectiva individual, multidimensional, multifactorial, adaptativa, dinámica y contextual.

Se hacen varias aseveraciones en relación a la conducta suicida: a) la conducta humana mantiene una relación entre lo biológico, neurológico, social y cultural; b) la conducta humana es multicausal, no mono causal; c) se asume que dos personas desarrollan la misma conducta suicida mediante mecanismos etiológicos diferentes (denominado equifinalidad), así como estos mecanismos causales, también, darán lugar a diferentes tipos de conductas suicidas (denominado multifinalidad); d) existen un sin número de posibles causas que subyacen a la conducta suicida; e) se considera que cada ser humano presentaría o no, un determinado tipo de conducta suicida, en función de la interacción social y la predisposición o grado de resiliencia; y, por último, f) para la comprensión de la conducta suicida es importante reconocer la presencia de factores de riesgo y factores de protección. (Fonseca-Pedrero & de Albéniz, 2020).

1.4.5.4.6. Evaluación de la conducta suicida.

Para obtener una evaluación, un diagnóstico, y un tratamiento psicológico pertinente para cada ser humano, basado en los principios de brindar una atención con calidad y calidez, no solo al usuario si no a su familia, es necesario identificar y detectar el nivel de riesgo suicida. Para lograr, esta evaluación es importante la experticia del profesional de psicología clínica, sobre conductas suicidas; la utilización de baterías psicológicas validadas; y un abordaje multidisciplinario individual. Al mismo tiempo, se considera las posibles causas de riesgo, elementos de protección y factores precipitantes así como, el estado de salud mental de la persona, y, por último, es trascendental su monitoreo y seguimiento. En la Tabla 1, se recopila algunos instrumentos psicométricos para evaluar los comportamientos suicidas (Fonseca-Pedrero & de Albéniz, 2020).

Tabla 1. Baterías psicológicas

Instrumento	Autor
Cuestionario de Riesgo suicida (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)	Horowitz, Wang, Koocher y Burr (2001)
Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)	Horowitz et al. (2001)
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)	Beck (1961)
Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)	Beck, Weissman y Lester (1974)
Escala de Intencionalidad Suicida (Suicidal Intent Scale, SIS)	Beck, Weissman y Lester (1974)

1.4.5.4.7. Elementos de riesgo en la conducta suicida.

En una conducta suicida, se considera varios factores que llegarían a ser los detonantes de esta, que al, no ser abordados de forma inmediata el sujeto recurre a métodos más drásticos. En la Tabla 2, se observa factores que determinan la conducta suicida (Luz Yolanda Toro Suarez, 2015).

Tabla 2. Elementos incrementan la idea autolítica

En relación con el suicidio	En relación con el contexto	Otros
Conductas autolíticas previas.	Enfermedad psiquiátrica en los familiares	Violencia intrafamiliar o abuso sexual
Antecedentes familiares de autolesión.	Perdida de familiares, aislamiento	Comorbilidades psicológicas
Intimidación sobre suicidarse	Problemas labores y económicos	Acceso fácil a los métodos para planificar el suicidio
Manifestación de pensamientos sobre ejecutar el suicidio	Familiares con enfermedades: catastrófica, enfermedad terminal o paliativa.	Enfermedades físicas (cáncer, sida) o discapacidad
Aparentemente calma después de una conducta suicida	Religión	Trastornos mentales
Pensamientos negativos	Consumo problemático de sustancias	LGBTIQ
	Plan de vida ausente	Bullying
	Síndrome del cuidador	Ingesta de medicamentos
	Estado civil	

Tabla 3. Clasificación de los elementos de riesgo (Mosquera, 2016).

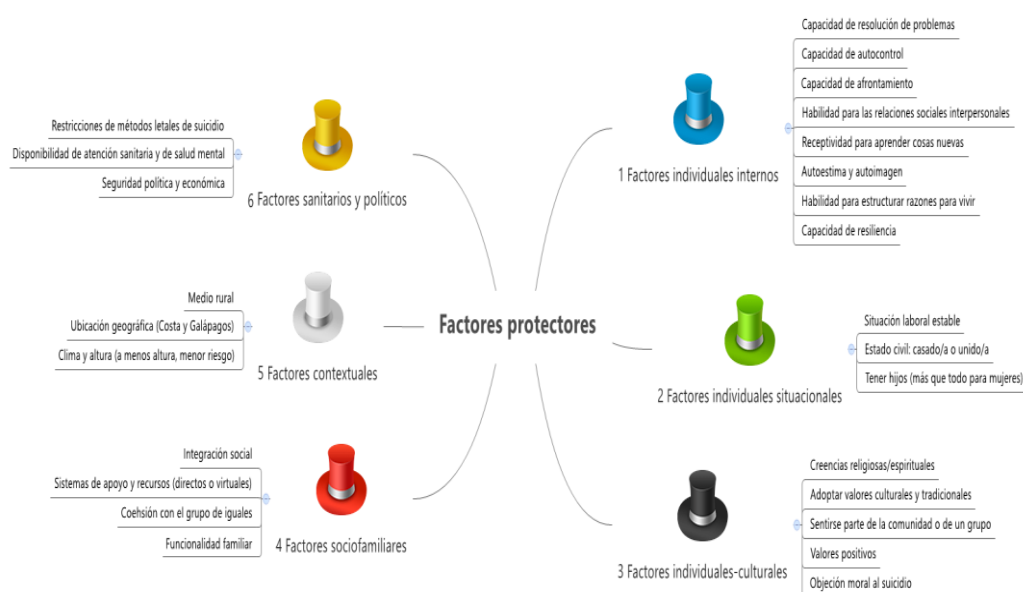
Elementos de riesgo familiar y de contexto	Elementos de riesgo personales	
Bajo estatus económico	Demográficos	Tercera edad y adolescentes Hombres Alumnos de secundaria Enfermedades: hipertensión arterial, diabetes y cáncer Estrato económico pobre Áreas urbanas Ateos y protestantes
Maltrato físico o abuso sexual	Biológicos	Disfunción serotoninérgica Disminución ácido homovalínico (precursor de dopamina) Disfunción dopaminérgica Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal Hipoxia crónica VIH
Falta de apoyo social	Genéticos	Polimorfos en el gen del triptófano hidroxilasa Marcadores GRIK2 y GRIA3
Acosos iguales (Bullying/ Cyberbullying)	Psicológicos y cognitivos	Impulsividad Perfeccionismo socialmente prescrito Pensamientos e ideas suicidas Rechazar su cuerpo Apego inseguro Déficit de habilidades de resolución de problemas

		Falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio. Agresividad Desesperanza Hostilidad Baja autoestima Sentimientos de fracaso Inhibición emocional Estrés agudo Dolor psicológico Déficit de la función ejecutiva Bajo nivel de la competencia
Bajo nivel educativo de los padres	Psiquiátricos	Intento de suicidio previo Trastorno bipolar Trastorno de personalidad Conducta alimentaria Trastorno de Déficit de atención por hiperactividad Enfermedades físicas incapacitantes, terminales, dolorosas Depresión Abuso de sustancias (alcohol y drogas) Esquizofrenia Trastornos de ansiedad Problemas de sueño Síndromes orgánicos cerebrales Distimia
Adopción	Otros	Orientación sexual (Homosexual) Aislamiento social Fracaso escolar Fácil acceso a los métodos de suicidio (armas de fuego, altas dosis de medicación)
Baja calidad de vida		
Disfunción familiar		
Dificultades sentimentales		
Amplia cobertura sobre el suicidio en periódicos y televisión		
Antecedentes familiares de conducta suicida o trastornos		
Psicopatología de los padres		
Familias monoparentales		
Vivir apartado de los padres		
Frecuentes mudanzas/ cambios residencia		
Relaciones pobres/deficitarias con iguales		
Pobre o mala comunicación entre padres e hijos		
Acontecimientos vitales estresantes		

A continuación, se presenta los factores identificados como precipitantes de una conducta suicida, así como los factores protectores en relación con el suicidio (Mosquera, 2016).

Tabla 4. Circunstancias precipitantes y protectoras

Factores precipitantes.	Factores protectores.
Situaciones estresantes	Cohesión familiar / con grupo de iguales
Ausencia de la comunicación nivel familiar	Nivel educativo
Intoxicación por consumo de sustancias aguda.	Autoconcepto positivo
Proceso de duelo	Autocontrol emocional
Castigos	Valores/actitudes positivas hacia suicidio
Conflictos intrafamiliares	Mujeres
Factores personales o psicológicos de la persona	Habilidades para formar razones para vivir.
Interacción con un familiar psicótico	Buena autoestima
Carencias de afecto y cohesión familiar	Apoyo familiar y comunitario
Imitación de algún modelo de fantasía	Buenas relaciones interpersonales
Pérdidas financieras	Estrategias de afrontamiento positivas
Fácil acceso a los métodos	Autorregulación y flexibilidad cognitiva
Exclusión social	Estilo atribucional positivo
Problemas en el grupo de iguales	Habilidades resolución problemas
Fracaso o dificultades escolares	Tener creencias religiosas y culturales
Exposición o contagio reciente de un suicidio	Apoyo dela comunidad.
Conflicto sentimental	Inteligencia
	Locus de control interno

1.4.5.4.8. Factores Protectores Para El Suicidio Y Comportamientos Suicidas**Gráfico 2.** Factores protectores

Fuente: (Operativos et al., 2021)

1.4.5.4.9. Clasificación del riesgo suicida

Una vez identificado el riesgo suicida en un individuo, se procede a clasificar este riesgo para brindar una atención adecuada (Luz Yolanda Toro Suarez, 2015).

Tabla 5. El riesgo y su descripción

DESCRIPCIÓN	RIESGO
Ausencia del plan para hacerse daño pero, se presentan ideas de autolíticas	LEVE
No hay conductas de suicidio evidentes	
El individuo modifica sus conductas y reconoce sus falencias.	
Antecedentes de intentos de suicidio previos, presencia de circunstancias de riesgo y la existencia de un propósito que incluye ideas autolíticas	MODERADO
Presencia de un plan de sin objetivos claros, así como varios elementos precipitantes y desencadenantes	
Elaboración específica para autolastimarse	GRAVE
Resistencia a recibir apoyo, negativa para corregir sus pensamientos, conductas autolíticas previas, manifestación de desánimo y presencia de varios elementos de riesgo.	
Sucesivas conductas autolíticas con varios elementos de riesgo; con exacerbación de las autoagresiones	EXTREMO

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos, 2017

1.4.5.4.10. Acciones para los pacientes con esta patología

Una vez que un individuo es evaluado por un intento suicida, se refiere a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria (Operativos et al., 2021).

Tabla 6. Acciones para ejecutar

RIESGO	CONDUCTA A SEGUIR
LEVE	Valoración integral por parte del equipo de salud mental (psiquiatría – psicología)
	Primeros auxilios psicológicos
	Activación de la red a través de la contrareferencia para seguimiento por primer nivel.
	Involucrar redes de apoyo familiar y social
MODERADO	Referencia para atención por especialidad de psiquiatría
	Contención farmacológica e intervención en crisis.
	Terapia familiar
	Activación de la red a través de la contrareferencia para seguimiento por primer nivel
GRAVE	Activar redes de apoyo familiar y social.
	Ingreso voluntario o involuntario, supervisión y control permanente por el equipo de salud para control de la medicación y registro de sus conductas.
	Ingreso al servicio de hospitalización si hay riesgo inminente.
	Observación en el servicio de emergencia para descartar algún riesgo.
EXTREMO	Sujeción mecánica y psicofarmacológica de forma inmediata en casos de agitación psicomotriz.
	Ingreso hospitalario de forma voluntaria o involuntaria con el respectivo seguimiento por los profesionales de la salud y las medidas de sujeción física y farmacológica.
	Elaboración de planes terapéuticos y control farmacológico.
	Activación de la red de salud para el seguimiento integral no menor a los 18 meses.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos, 2017

1.4.5.4.11. Atención en emergencias.

Previo a un suicidio e intento de suicidio las personas manifiestan señales de amenaza a sus familiares cercanos, amigos o a los profesionales, la exteriorización de estas conductas es un indicador para ser ingresados al servicio de emergencias de una unidad de salud, tras el examen clínico, el individuo permanecerán alejados de medicamentos, objetos contundentes, tóxicos, de armas o medicamentos, hasta lograr una valoración por equipo de salud mental (Luz Yolanda Toro Suarez, 2015).

Según los criterios del Sistema de Triage Manchester Modificado, el cual, permite clasificar y priorizar el tratamiento a brindarse en el servicio de emergencia, un paciente ingresa en Prioridad 1 con las siguientes características: pacientes con intoxicaciones más depresión respiratoria por consumos de sustancias alcohol o drogas, ingesta de órgano fosforado u otros envenenamientos, suicidios fallidos, conductas suicidas, crisis de agitación psicomotriz con conducta heteroagresiva. En la prioridad 2 están las siguientes patologías: usuarios con intoxicaciones por consumos de sustancias alcohol o drogas si depresión respiratoria, o en síndrome de abstinencia por estas sustancias, pacientes con pensamientos suicidas, usuarios con alteraciones de ansiedad, exacerbados cuadros psicóticos sin conducta suicida, conducta psicótica en paciente con demencia (Operativos et al., 2021).

1.4.5.4.12. Tratamiento.

El equipo de salud mental (médico psiquiatra y psicólogo clínico), son los profesionales encargados de brindar una atención especializada a los pacientes con ideas o conductas suicidas, en el tratamiento, se incluirá: (Luz Yolanda Toro Suarez, 2015):

- Abordaje psicoterapéutico
- Atención farmacológica

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología y Tipo de Estudio

2.1.1. Métodos utilizados

DEDUCTIVO. Se utilizó este método para obtener las conclusiones, las cuales, se consiguieron posteriores al análisis de los enunciados generales que facilitaron el razonamiento y abstracción de afirmaciones

INDUCTIVO. Este procedimiento permitió alcanzar generalidades de los casos conocidos y los resultados específicos conseguidos por el mismo. Durante el proceso investigativo, se verifico la información y los datos recolectados, de igual forma, se corroboro los datos para obtener conclusiones precisas.

SINTÉTICO. Este método permitió concertar y asociar información relacionada a las variables de estudio.

2.1.2. Herramientas para la recopilación de datos.

El proceso utilizado para recabar información durante la investigación está, entre las técnicas, la encuesta, y entre los instrumentos, test psicométricos.

Técnica: Encuesta. – es una herramienta de investigación que permitió recopilar datos de los participantes investigados en temas específicos, la cual, se realiza de acuerdo con los objetivos a conseguir en la investigación, y mediante el uso de procedimientos estandarizados.

Instrumento: Cuestionario. – es un instrumento (test psicométricos) que, se implementa para recolectar datos, que están estandarizados, tienen medición, fiabilidad y validez para su aplicación. El Cuestionario de Habilidades Sociales, fue diseñado en el año 1993, su autora es María Inés Monjas quien, se desenvuelve como docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valladolid. Esta herramienta está conformada por sesenta ítems, está construido por cinco opciones de respuesta, mismos que se elaboran mediante la escala Tipo Likert: las opciones son: siempre (5), muchas veces (4), bastantes veces (3), muy pocas veces (2), y nunca (1).

Entre las subescalas están: habilidades sociales básicas; para tener amigos; para mantener una conversación; para expresar emociones; para resolver problemas y habilidades para

relacionarse con los adultos. Los resultados máximos a obtenerse es 50 y, la mínima es de 10 puntos, la cual, se obtiene al sumar los ítems de cada escala. El porcentaje final de la herramienta se logra al sumar todas las escalas, donde su puntuación mínima es 60 y la máxima es 300. El cuestionario fue validado por constructo mediante un análisis de confiabilidad a través de un test/retest y la consistencia interna de fiabilidad con un alfa de Cronbach $\alpha=0,95$; donde, se evidencia su fiabilidad para evaluar las habilidades sociales en el Ecuador (Delgado & Moreta, 2005).

Para analizar los datos, se toma en cuenta los valores superiores donde indica las óptimas habilidades, sin embargo, los valores inferiores indican un deterioro en su desarrollo. Los ítems y las subescalas se refieren a los contenidos del «Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)».

2.1.3. Muestra y población

La población de estudio consistió en usuarios externos/adolescentes que asistieron al sistema de salud del Cantón Latacunga, y como criterios para la selección de la muestra de adolescentes, estuvieron:

- Usuarios externos, que cursan su adolescencia, considerada por la Organización Mundial de la Salud, desde los 10 los 19 años 11 meses 28 días.
- Adolescentes, que, tras su valoración clínica, presentaron conductas suicidas y, que al ingreso de servicio de emergencia, del sistema de salud sus cuadros de intoxicación autoinfligida fueron estabilizados.
- Autorización y rubrica en el consentimiento informado.

Para la investigación, también, se tomó en cuenta como criterios de exclusión:

- Usuarios que no llenaron el cuestionario en su totalidad.
- Usuarios externos que, se encuentren bajo tratamientos psiquiátricos.
- Por el tabú que gira en torno a su patología, no quisieron participar en la investigación voluntariamente.

2.1.4. Aspectos legales

Es importante mencionar, que debido a las disposiciones emitidas mediante: Acuerdo Ministerial 00126-2020, en su **Art. 1.-** Se declara el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y para prevenir un posible contagio masivo en la población (Ministerio de salud pública, 2020); y que mediante Decreto Ejecutivo 1017 de 16 de marzo de 2020, se declara estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y declaratorio de Pandemia COVID-19, por parte de la Organización Mundial de la Salud (Moreno Garcés, 2020), con lo antecedido, es importante mencionar, que para lograr tener acceso a la información, se realizó el seguimiento psicológico a los adolescentes mediante medios tecnológicos y video llamadas para confirmar su participación en el estudio.

Para efectos del análisis comparativo, se estimó un grupo de control con los siguientes criterios de selección: Adolescentes sin intento previo de suicidio.

2.1.5. Determinación de la muestra

Para realizar el presente estudio, se tomó en cuenta los criterios de exclusión y de inclusión y, se determinó una muestra de tipo intencional, no probabilística y por conveniencia con , la cual, se logró un total de 100 unidades experimentales, 50 unidades conforman el grupo de control, adolescentes sin intentos de suicidio, y 50 el grupo de estudio, adolescentes que presentaron conductas suicidas como principal variable de grupo.

2.2. Metodología para fase aplicación del instrumento.

2.2.1. Fase de planeación

La investigación nace tras un análisis y sistematización de los referentes bibliográficos donde, se ha recopilado la información relacionada con el tema. Para, finalmente, seleccionar las herramientas psicométricas con el fin de evaluar las variables de investigación.

A la revisión de la bibliografía sobre la temática del suicidio, se identifica que este, se encuentra entre las diez primeras causas de morbilidad, tanto en los adultos como en la población infanto-juvenil y, se afirma que un individuo de suicida cada 40 segundos, ello

conlleva a que una persona presente como 20 intentos de suicidio hasta conseguir su objetivo. Por lo mencionado, en las provincias de la sierra centro, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza que conforman administrativamente la Zona 3, se presenta indicadores de suicidio en adolescentes significativas, con base en los datos emitidos por la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) de la Provincia de Cotopaxi en el 2019, se presentaron 58 suicidios; a lo que va del año 2020, se reportan alrededor de 56.(DINASED, 2020)

Evidentemente, el suicidio en los diferentes grupos etarios, y en especial en los adolescentes, es una problemática que no solo le compete al sistema de salud pública si no a todas las instituciones, dado que, no solamente están implicados el abordaje clínico-médico, al mismo tiempo involucra las diferentes dimensiones psicosociales donde, se tiene como actores directos la pareja, familia, amigos, entre otros.

Por ello, es interesante establecer cuáles son las condiciones que, se presentan para una conducta suicida, entre ellas, se identifican dos características, que son necesarias para fortalecer al individuo y evitar que, se desencadenen estas conductas e ideas. La primera es la familia, en donde, se establece la aceptación y la implicación de los padres en una estrecha relación con sus hijos; y la segunda característica, se asocia con el aprendizaje y el fortalecimiento de estas destrezas (Gonzales et al., 2018).

Para ejecutar el proceso investigativo fue necesario la aceptación de las autoridades del establecimiento, y la orientación del responsable de la Unidad de Salud Mental Hospitalaria. Una vez aceptada la propuesta y el esquema del proyecto, se inició a recabar los datos a través de la aplicación de la herramienta.

2.2.2. Fase de selección

En el Hospital General de Latacunga durante el 2019, se presentaron 50 intentos de suicidio de los cuales, 30 fueron adolescentes 2020, se registró 55 intentos de suicidio, entre ellos 25 son adolescentes, en el 2021, hasta mayo del 2021, se presentaron 30 atenciones por intentos de suicidio, 10 fueron adolescentes, de ahí la preocupación de identificar las posibles causas, y los elementos circunstanciales que inciden en los adolescentes, para que estos atenten contra su vida.

2.2.3. Fase de aplicación del instrumento

A pesar de la emergencia sanitaria por la que atravesó la sociedad, en la que, se restringió el contacto físico a través del aislamiento social y, se implementó una nueva normalidad tras el COVID-19, se trabajó con 100 adolescentes que fueron abordados en el sistema de salud en el periodo marzo 2020 – mayo 2021, una vez estabilizados clínicamente su cuadro de intoxicación autoinfligida (intento de suicidio), se procedió a realizar contención emocional, y abordaje psicoterapéutico con los usuarios a los que se les brindó la información necesaria sobre el proceso de estudio y, se les requirió su participación a través del consentimiento informado. En la recopilación de los datos, se hizo uso del Cuestionario de Habilidades de Interacción Social, y la historia clínica, la cual, se realizó mediante 3 entrevistas individuales, lo que permitió entablar empatía, confianza con el adolescente para posteriormente realizarlo por medios digitales, por las medidas implementadas del distanciamiento social.

2.2.4. Fase de tabulación

Para sistematización de los datos recolectados, se procedió a utilizar el Programa SPSS.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

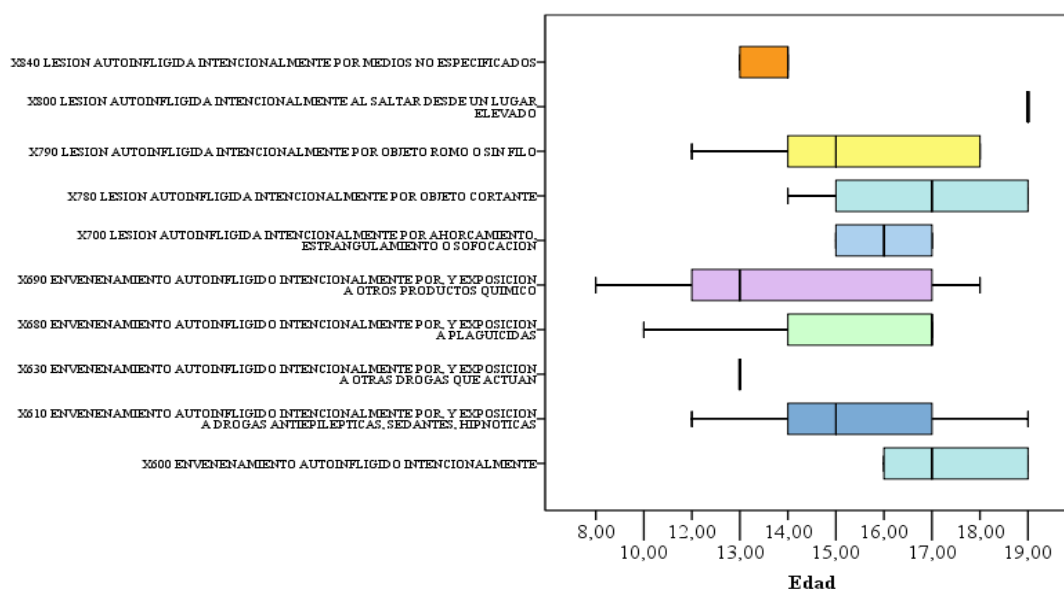
3.1. Caracterización de la población de estudio

Tabla 7. Población de estudio por sexo

Grupo		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Estudio	Recuento	21	29	50
	% dentro de Grupo	42,00%	58,00%	100,00%
Control	Recuento	23	27	50
	% dentro de Grupo	46,00%	54,00%	100,00%
Total	Recuento	44	56	100
	% dentro de Grupo	44,00%	56,00%	100,00%

Análisis: Para realizar la presente investigación, la población de estudio estuvo constituida por un 50% de adolescentes, que han presentado al menos un intento de suicidio de los cuales, la variable por sexo muestra una frecuencia del 42,00%, mientras que el 58,00% corresponde al sexo femenino; así, también, en relación con el grupo control el 46,00% fueron hombres y el 54,00% de mujeres.

Gráfico 3. Tipos de lesiones por edad



Análisis: Conforme a los datos alcanzados, referente a la variabilidad de lesiones de acuerdo a la edad, se observó que la lesión de envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y a los no especificados, ocurridos en una vivienda, están presentes en todos los grupos de edades; mientras que la lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo, en una vivienda, se da en adolescentes de 15 años, a ello, se identifica que la lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en una vivienda, se manifiesta entre los grupos de edades de 14 a 18 años, así mismo, se caracteriza la presencia de lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, en una vivienda, entre los 15 y 17 años. Se logra evidenciar que otra lesión recurrente entre los 10 a 17 años es el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, de igual forma el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas está entre los 12 a 19 años, y, finalmente, se evidencia que el envenenamiento autoinfligido intencionalmente, se muestra entre los 16 a 19 años.

Tabla 8. Método de suicidio en relación con el sexo

Método de intento de suicidio		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
X600 envenenamiento autoinfligido intencionalmente	f %	3 60,00%	2 40,00%	5 100,00%
X610 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas	f %	4 23,50%	13 76,50%	17 100,00%
X630 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan	f %	0 0,00%	1 100,00%	1 100,00%
X680 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	f %	0 0,00%	3 100,00%	3 100,00%
X690 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químico	f %	3 42,90%	4 57,10%	7 100,00%
X700 lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	f %	1 50,00%	1 50,00%	2 100,00%
X780 lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante	f %	3 50,00%	3 50,00%	6 100,00%
X790 lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo	f %	4 66,70%	2 33,30%	6 100,00%
X800 lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	f %	1 100,00%	0 0,00%	1 100,00%
X840 lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados	f %	2 100,00%	0 0,00%	2 100,00%
Sin intentos	f	23	27	50

	%	46,00%	54,00%	100,00%
Total	f	44	56	100
	%	44,00%	56,00%	100,00%

Análisis: De acuerdo al método de suicidio por sexo, el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, se observó una frecuencia de un total de 17 personas de estos en su mayor porcentaje son mujeres con un 76,50% y los hombres con el 25,50%; el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos, con aproximadamente 7 adolescentes que alcanzan un porcentaje del 42,90% en hombres y 57,10 en mujeres; las lesiones autoinfligidas intencionalmente por objeto cortante, se presentó en 6 personas de las cuales, el 50,00% son mujeres y 50,00% hombres; de la misma manera las lesiones autoinfligidas intencionalmente por objeto romo o sin filo, se identifica su presencia en aproximadamente 66,70% en hombres y 33,70% en mujeres de un total de 6 adolescentes. Es importante mencionar, también, que en relación a los envenenamientos autoinfligidos intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, ocurridos en una vivienda, se muestran en 5 adolescentes, entre ellos el 60,00% en hombres y el 40% en mujeres, finalmente, en menores porcentajes, pero no menos importantes, están los envenenamientos autoinfligidos intencionalmente por, y exposición a plaguicidas presentes en 3 adolescentes mujeres; las lesiones autoinfligidas intencionalmente por medios no especificados en 2 adolescentes hombres; en similares condiciones las lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, se observan en un adolescente hombre y en una mujer, finalmente, los envenenamientos autoinfligidos intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan está presentes en una adolescente mujer.

Tabla 9. Método de suicidio por grupos de edad

Método de intento de suicidio		Edad agrupada				Total
		<= 12	13 - 14	15 - 16	17+	
X600 envenenamiento autoinfligido intencionalmente	f	0	0	2	3	5
	%	0%	0%	40%	60%	100%
X610 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas	f	1	5	5	6	17
	%	5,9%	29,4%	29,4%	35,3%	100%
X630 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan	f	0	1	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	100%
X680 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	f	1	0	0	2	3
	%	33,3%	0%	0%	66,7%	100%
X690 envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos	f	3	1	1	2	7
	%	42,9%	14,3%	14%	28,6%	100%
X700 lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	f	0	0	1	1	2
	%	0%	0%	50%	50%	100%
X780 lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante	f	0	1	2	3	6
	%	0%	16,7%	33%	50%	100%
X790 lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo	f	1	2	1	2	6
	%	16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	100%
X800 lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	f	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	100%	100%
X840 lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados	f	0	2	0	0	2
	%	0%	100%	0%	0%	100%
Sin intentos	f	4	16	16	14	50
	%	8%	32%	32%	28%	100%
Total	f	10	28	28	34	100
	%	10%	28%	28%	34%	100%

Análisis: En relación a los grupos de edades, el método con mayor presencia, es el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, se muestra en el rango de edades de 17 a 19 años, 6 casos del total de los encuestados; 5 casos entre las edades de 15 a 16 años; 5 casos entre las edades de 13 a 14 años y, finalmente, el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos, se identifican 3 casos a los 12 años.

Tabla 10. Edad agrupada e intento suicidio

Intento suicidio		Edad agrupada				Total
		<= 12,00	13,00 - 14,00	15,00 - 16,00	17,00+	
Si	f	6	12	12	20	50
	%	12,00%	24,00%	24,00%	40,00%	100,00%

No	f	4	16	16	14	50
	%	8,00%	32,00%	32,00%	28,00%	100,00%
Total	f	10	28	28	34	100
	%	10,00%	28,00%	28,00%	34,00%	100,00%

Análisis: En cuanto a la variable, edad e intentos de suicidio, se identifica que, en el grupo de estudio, aproximadamente un 40,00%, de adolescentes comprendidos entre las edades de 17 a 19 años han presentado al menos un intento de suicidio; con el 24,00% los adolescentes comprendidos entre las edades de 13 a 16 años y mientras que los adolescentes de 12 años representan un 12,00%.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos con relación a las habilidades sociales

Subescalas	Grupo	Estadísticos		
		Media	Desviación estándar	CV
Habilidades sociales básicas	Estudio	37,32	±6,99	19%
	Control	40,02	±7,10	18%
Habilidades para hacer amigos	Estudio	33,24	±7,56	23%
	Control	35,52	±8,02	23%
Habilidades conversacionales	Estudio	35,66	±7,68	22%
	Control	37,30	±7,58	20%
Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos	Estudio	31,90	±7,18	23%
	Control	35,11	±8,32	24%
Habilidades de solución de problemas interpersonales	Estudio	31,44	±7,55	24%
	Control	35,68	±8,68	24%
Habilidades de relación con los adultos	Estudio	33,10	±7,45	23%
	Control	35,46	±6,99	20%

Análisis: Se observa que las habilidades sociales en sus diferentes subescalas, estimadas a partir de su promedio mostraron valores diferenciados, entre las que más, se destacan: las habilidades sociales básicas (Dif=2,7), las habilidades relacionadas con emociones y sentimientos (Dif=3,21), y las habilidades de solución de problemas interpersonales (Dif=4,24), como las tres de mayor diferencia respecto a lo reportado con el grupo de estudio la variación en las muestras no superó el 3% entre los grupos. Para determinar las Subescalas de habilidades sociales en el grupo de control y de estudio, se logra evidencia una diferencia significativa en la subescala de Habilidades sociales básicas con un 37,32 frente a 40,02 del grupo de control, así, también, habilidades relacionadas con emociones y

sentimientos con un 31,90; Habilidades de solución de problemas interpersonales con un 31,44 en relación con el grupo de control que presentan un 35,68.

3.2. Análisis de significancia

Para determinar la asociación o relación significativa entre las variables de estudio, se realizó las pruebas de normalidad para la variable cuantitativa (Subescalas de habilidades sociales)

Tabla 12. Prueba de normalidad de Kolmorov-Smirnov

	Estadístico	gl	Sig.
Subesc.1 Habilidades sociales básicas	0,128	100	0,00
Subesc.2. Habilidades para hacer amigos	0,073	100	,200*
Subesc.3 Habilidades conversacionales	0,072	100	,200*
Subesc.4 Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos	0,076	100	0,168
Subesc.5 Habilidades de solución de problemas interpersonales	0,078	100	0,143
Subesc.6 Habilidades de relación con los adultos.	0,086	100	0,068

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de significación de Lilliefors

Para distribución normal el valor de significancia es mayor a 0,05

Las pruebas de normalidad mostraron 4 subescalas con distribución normal ($p > 0,05$) y la subescala 1, se define como de distribución no normal; por tanto, para las subescalas 2, 3, 4, 5, 6, se aplicarán modelos de pruebas paramétricas y para las habilidades sociales básicas las pruebas no paramétricas, con las siguientes hipótesis.

Hipótesis 1 (H1)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de habilidades sociales básicas en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba

Subesc.1 Habilidades sociales básicas

U de Mann-Whitney	920,5
W de Wilcoxon	2195,5
Z	-2,275
Sig. asintótica (bilateral)	0,023

a Variable de agrupación: Intento suicidio

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,023$) por tanto, se rechaza H_0 y, se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de habilidades sociales básicas en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

Hipótesis 2 (H2)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades para hacer amigos en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba ANOVA H2

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subesc.2. Habilidades para hacer amigos	Entre grupos	129,96	1	129,96	2,139	0,147
	Dentro de grupos	5955,6	98	60,771		
	Total	6085,56	99			

Conclusión: El valor de significancia fue mayor a 0,05 ($p=0,147$) por tanto, se acepta H_0 y no existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades para hacer amigos en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio

Hipótesis 3 (H3)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades conversacionales en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba ANOVA H2

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subesc.3 Habilidades conversacionales	Entre grupos	67,24	1	67,24	1,154	0,285
	Dentro de grupos	5709,72	98	58,262		
	Total	5776,96	99			

Conclusión: El valor de significancia fue mayor a 0,05 ($p=0,285$) por tanto, se acepta H_0 y por tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades conversacionales en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

Hipótesis 4 (H4)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades relacionadas con emociones y sentimientos en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba ANOVA H4

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subesc.4 Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos	Entre grupos	262,44	1	262,44	4,341	0,04
	Dentro de grupos	5924,52	98	60,454		
	Total	6186,96	99			

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,04$) por tanto, se rechaza H_0 y, se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades relacionadas con emociones y sentimientos en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

Hipótesis 5 (H5)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades de solución de problemas interpersonales en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba ANOVA H5

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subesc.5 Habilidades de solución de problemas interpersonales	Entre grupos	449,44	1	449,44	6,63	0,012
	Dentro de grupos	6643,2	98	67,788		
	Total	7092,64	99			

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,012$) por tanto, se rechaza H_0 y, se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades de solución de problemas interpersonales en relación con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

Hipótesis 6 (H6)

H_0 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades de relación con los adultos con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

IC=95%

Error. 5%

Regla de decisión: Si p es menor a 0,05 rechazar H_0

Prueba ANOVA H5

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Subesc.6 Habilidades de relación con los adultos.	Entre grupos	139,24	1	139,24	2,666	0,106
	Dentro de grupos	5118,92	98	52,234		
	Total	5258,16	99			

Conclusión: El valor de significancia fue mayor a 0,05 ($p=0,106$) por tanto, se rechaza H_0 y, se afirma no existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las habilidades de relación con los adultos con los grupos de adolescentes que presentan o no intentos de suicidio.

3.3. Discusión

La ideación suicida y el suicidio es considerado una problemática de salud pública, que al no ser abordada a tiempo repercute en la calidad y expectativa de vida del ser humano, en especial la población infanto-juvenil (C. Suárez et al., 2016).

Al revisar la bibliografía referente a las variables de estudio, se evidencia un progreso en las investigaciones, tales como la realizada en España denominada: “Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos Psicológicos”, en la que, se identifica la prevalencia de vida del preadolescente es de 7.5-8%; en adolescentes es del 13-28%, y en los pacientes psiquiátricos es de un 20%. En el grupo de estudio utilizaban las autolesiones como un mecanismo de afrontamiento para la regulación emocional, el

autocastigo, la búsqueda de atención o simplemente era una conducta modelada como un factor de contagio social. Como resultado, se identifica que a los 11 y 15 años es la edad más frecuente para iniciar estas conductas suicidas, la media es a los 12.5 años, mientras que las reincidencias están en el 70-93%, repitiéndolas de 3 o más veces. (Mollà et al., 2015).

De la misma forma, en el estudio sobre la “Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador”, menciona que durante el año fallecen aproximadamente 800.000 personas por este motivo, las edades entre los 15 a 24 años es el grupo etario que más riesgo tiene, el Ecuador, no es ajeno a esta problemática, durante los últimos 20 años la morbilidad, se presentó en casi 300 individuos infanto juveniles de 10 a 24 años, lo que representó una tasa de 7,5 y 13,6 suicidios, por cada 100.000 habitantes (Gerstner et al., 2018).

Similares criterios, se mantienen en el documento la “Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos”, en el que manifiesta un aumento en los índices de suicidio en los jóvenes de 10 a 24 años durante los últimos 45 años, este grupo etario tienen mayores probabilidades de presentar conductas suicidas, de ahí, la necesidad de abordar la inteligencia emocional o el uso adecuado de las emociones, para un mejor desenvolvimiento y mayor satisfacción del ser humano (Y. Suárez et al., 2016).

La presente investigación encuentra en el documento “Habilidades sociales y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Armenia”, evidencia significativa, que cuanto mayor es el número de habilidades sociales, menores son las posibilidades de presentar riesgo suicida, así, también, la importancia de la interacción del adolescente con el entorno familiar y social, la cual, convierte al individuo en un ser independiente con capacidad para afrontar situaciones conflictivas, y resolverlas de la mejor manera (Gonzales et al., 2018)

Por otro lado, se compara los resultados obtenidos, con el hallazgo en el estudio realizado sobre la “Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío”, se expone que, los factores como: sufrimiento infantil, disgustos familiares, estilos de humillación, fracaso escolar, enfermedades graves, trastornos mentales, tomar decisiones acertadas, plan de vida, o el asumir a temprana edad difíciles responsabilidades que exacerban estas

conductas suicidas. En la población investigada, el factor que más influye para tener estas conductas, son las motivaciones emocionales, factores cognitivos, visión desfavorable de sí mismo, trastornos mentales, convirtiéndose en un factor precipitante para un suicidio o un parasuicidio (Gonzales-Portillo, Gil-Arévalo, Hernández-Botero, & Henao-Sánchez, 2016).

Varios estudios a nivel mundial, han generado espacios para analizar los orígenes o los factores que influyen en un adolescente para que intente suicidarse, en la investigación “Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida”, se ha identificado factores como: los problemas familiares, conflictos con los padres, problemas de pareja, trastornos mentales, entre otros, también, se identifica que los jóvenes que no han intentado suicidarse, tienen mayores recursos afectivos, cognitivos, circundantes y recursos materiales, así como un ambiente familiar adecuado, mayor unión y apoyo entre sus miembros, facilidad para expresar emociones, y dificultad para advertir las dificultades. Sin embargo, en la población que ha intentado suicidarse y aquellos que no han intentado, las habilidades sociales son semejantes (Elena & Heredia, 2006).

Con lo antecedido no, se evidencia una correlación directa entre las variable de estudio, sin embargo, en el artículo “Emotional intelligence and social skills in adolescents with high social acceptance”, se demuestra una asociación representativa entre las habilidades sociales y la inteligencia emocional, se considera que durante la adolescencia el individuo atraviesa por un proceso de desarrollo complejo tanto de forma individual y social, y es ahí donde, se presentan incomparables eventos psicosociales que llegan a generar complicaciones en su progreso. Por ello, el adquirir conductas adaptativas a través de la observación y el aprendizaje, es necesario (Zavala et al., 2008).

A través de la revisión realizada a las diferentes investigaciones, se logra evidenciar que no, se cuenta con datos exactos sobre las variables a estudiar, sin embargo, hay varios trabajos de pregrado y posgrados como: “Relación entre Inteligencia Emocional y Habilidades Sociales en Adolescentes de Bachillerato de una Unidad Educativa del Cantón Ambato” en él, se aplicó el test de inteligencia emocional y la Escala de Habilidades Sociales, en sus hallazgos esta un bajo nivel para identificar sus emociones en 52.9% adolescentes que no logran reconocer lo que realmente sienten, sin embargo, el 49,7% presentan un nivel adecuado para autocontrolar sus emociones, predominan pensamientos

y sentimientos positivos, que al presenciar un hecho conflictivo reaccionan y toman las mejores decisiones (ORBEA, 2019).

Diferentes estudios, hacen referencia a los planes para entrenar las habilidades sociales como estrategia para prevenir conductas suicidas y los trastornos mentales, en el trabajo investigativo, “El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia”, se plantea la elaboración de talleres para enseñar estas destrezas en los adolescentes, cuyo fin, es transformar el pensamiento, conductas, actitudes y generar una transformación en los comportamientos de riesgo mismos que producirían daños físicos o psicológicos, como: escasa comunicación familiar, intentos de suicidio, consumo de sustancias, falta de control emocional o violencia (Cacho Becerra, Silva Balarezo, & Yengle Ruíz, 2019).

Mientras que, en el trabajo denominado “Programa de habilidades sociales para adolescentes en preparación para el trabajo”, se visualiza los efectos que genera el programa en individuos que, se identifica inconvenientes en las relaciones sociales y que por su condición de vulnerabilidad social buscan espacios en el ámbito laboral. El estudio identificó que la intervención oportuna, promueve la superación de las dificultades interpersonales, principalmente en el autocontrol y abordaje socio sexual, además, se reconoce que genera un aprendizaje positivo no solo a nivel individual, social y laboral, sino, también, en la defensa de sus derechos (Pereira-Guizzo, Prette, Prette, & Leme, 2018).

Finalmente, es oportuno resaltar que algunos trabajos de grado y posgrado tales como: “Programa de entrenamiento en habilidades sociales para fomentar la mejora de relaciones interpersonales dirigido a un grupo de sexto grado de educación primaria”, hacen referencia que existen una gran variedad de programas de entrenamiento tales como: Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social para niños y niñas en edad escolar” de Monjas; “Currículo del Aprendizaje Estructurado” de Goldstein, Sprafkin Gershaw y Klein; “Programa de Entrenamiento de las Habilidades Sociales” de Kelly; “Programa de Habilidades Sociales” de Caballo; “Programas Conductuales Alternativos” de Verdugo, los cuales, requieren de una evaluación permanente, en el que, se identifica ventajas y desventajas del programa, para hacer posibles cambios que permitan una mejor aplicación en el individuo (Ortega V., 2012).

3.4. Propuesta

3.4.1. Tema:

Plan para la prevención del suicidio a través del entrenamiento de las habilidades sociales.

3.4.2. Objetivos

- Instruir a los adolescentes en la práctica de las destrezas sociales como instrumentos para obtener redes de apoyo satisfactorias.
- Brindar las herramientas necesarias a los adolescentes para enfrentar situaciones conflictivas de forma acertada.
- Fortalecer las competencias interpersonales identificadas en los adolescentes a través del desarrollo de habilidades sociales.

3.4.3. Público objetivo:

- Cada grupo de adolescentes está conformado de 8 a 12 adolescentes.

3.4.4. Tiempo:

- Se proponen 10 sesiones que duran aproximadamente 90 a 120 minutos.
- Las sesiones tendrán lugar una vez por semana, por un periodo de 10 semanas.

3.4.5. Introducción

A través de la promoción de las habilidades sociales, el adolescente adquiere destrezas para enfrentar los desafíos o dificultades que, se le presentan en su contexto individual y social de forma efectiva, así, también, le permiten promover un aprendizaje de competencias para un desarrollo saludable. El empleo del mismo, va a intervenir sobre los elementos que afectan la salud, en el ritmo de vida, es importante destacar sus beneficios entre los que están: la socialización, resolver problemas, el comunicarse, tomar decisiones, entre otros. (M. Gonzalo & Villanueva, 2012). En conclusión este entrenamiento sirve para: (Vicente E. Caballo, 2007):

1. Para un adecuado funcionamiento psicológico es muy importante las relaciones interpersonales.

2. Las disfunciones psicológicas, se presentan como producto de un desajuste emocional.
3. Ciertos comportamientos interpersonales son más adaptativos que otros, según el contexto social.
4. Estas herramientas psicológicas, se enseñan y, se aprenden.
5. Incorporado estos aprendizajes en el repertorio de conductas, la competencia social mejora.
6. Tener mejores habilidades interpersonales contribuye para un buen funcionamiento emocional.

Para la elaboración del programa de entrenamiento, se ha realizado una revisión bibliográfica, de los programas ya establecidos, y, se ha tomado uno, como base para la elaboración del mismo, que no solo pretende incrementar la deficiencia, si no fortalecer las conductas habilidosas en el adolescente, para mejorar su bienestar biopsicosocial, y por ende mejorar sus relaciones interpersonales, de ahí, que el aprendizaje de estas estrategias le servirán, en las diferentes etapas de su vida. (Vicente E. Caballo, 2007)

3.4.6. Consideraciones generales

- El programa es accesible a cambios, según las necesidades de cada adolescente.
- El programa establecido, es aplicado por profesionales en la salud, profesores, psicólogos, personal con la suficiente experticia en el tema.
- Después de cada sesión, se registra en la historia clínica personal la evolución de cada uno de los adolescentes, de esta manera, se verifica su progreso y, se trabaja en el déficit identificado en cada uno de ellos.

3.4.7. Metodología

Con el fin de frenar y disminuir los comportamientos de riesgo suicida, se plantea la realización de la siguiente propuesta de trabajo, para los adolescentes que presentan un déficit de habilidades sociales, la misma que, a través de talleres, pretende transformar el pensamiento y conductas en los adolescentes. Se toma como base el programa PEHIS

(programa de enseñanza de habilidades de interacción social) de María Inés Monjas, el cual, se desarrolla de la siguiente manera: (Profile, 2020b).

Sesión 1.

S1.1 Objetivo:

S1.2 Instrucción, Discusión y Diálogo

1.1. Concepto

a. Prólogo

b. Relevancia

c. Utilización

1.2. Instrucciones de la habilidad

S1.3 Modelado

S1.4 Entrenamiento

a. Juego de roles

b. Practica

S1.5 Retroalimentación

S1.6 Ejercicios a casa

S1.7 Consejos

3.4.8. Desarrollo del Plan para la prevención del suicidio a través del entrenamiento de las habilidades sociales.

3.4.8.1. Habilidades de interacción social básicas

Esta habilidad permite interactuar con los demás es, también, llamado Protocolo Social o habilidades de cortesía. Están: reír, realizar favores, el saludo, ser amable y cortes (De Miguel, 2014).

Sesión I:

SI. Área: Habilidades interacción social básicas.

SI. **Habilidad:** Reír y Sonreír

SI. **1: Objetivos:**

- ✓ Indagar la importancia que tienen en los adolescentes las habilidades sociales básicas para su desarrollo personal.
- ✓ Establecer el impacto que tiene sonreír y reír en los adolescentes para el desenvolvimiento social y clínico.
- ✓ Fomentar un ambiente amigable para el desarrollo de la sesión.

SI. **2: Instrucción Discusión y Diálogo**

1.1. **Concepto**

a. **Prólogo**

Reír-Sonreír: esta habilidad, transmite agradecimiento, aceptación, aprobación, disfrute del compartir con las personas. Aparece al inicio de cualquier interacción social, y acompaña en la relación que, se establece con los demás. La risa es ejecutada como un movimiento de la boca y algunas partes del rostro, es un fenómeno natural en el individuo, la cual, se exhibe desde los cuatro meses de edad y es un medio de comunicación relacionado con el lenguaje, el ritmo, el volumen y una duración, que es única, y distingue a cada sujeto (González & Carmona, 2015). A nivel orgánico, existe un centro coordinador de la risa que mantiene conexiones con el cerebelo, hipotálamo, tálamo, ganglios basales, lóbulos temporal y frontal. Es importante señalar que a medida que, se perfeccionan las habilidades humanas, la capacidad de reír, se reduce. Los niños la emplean como una estrategia de comunicación para posteriormente ser parte de su conducta, se estima que entre unas 300 a 400 veces al día, ríe un niño de 6 años, de 15 y 100 veces lo hace un adulto, mientras que un adulto mayor sonríe menos de 80 veces al día. Las personas menos alegres apenas ríen 15 veces al día y las más risueñas alcanzan 100 risas al día (González & Carmona, 2015).

b. **Relevancia.**

Al realizarla, se manifiesta aceptación y el individuo, se muestra agradable a otras personas, aparte de lo que, se expresa verbalmente, el cuerpo, también, emite señales a cada momento, tales como: estar contentos, tristes, enojados, estos estados emocionales

son identificados por otras personas. La risa tiene beneficios sociales, psicológicos y físicos que ayudan a mejorar la salud. (González & Carmona, 2015).

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes va a determinar en qué situaciones es pertinente o no, la utilización de esta habilidad. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en donde, se la utilizó y en cuales no.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Al interactuar con terceras personas en una determinada situación es importante aplicar esta habilidad. Se sugiere:

- Prestar atención a cada movimiento del cuerpo, esto permite auto conocernos y aprender a conocer a los demás, acentuar con una sonrisa la conversación.
- Acompaña la sonrisa con lenguaje verbal y no verbal.
- Identifica las emociones en los demás individuos.

SI. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

SI. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta habilidad.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes

SI. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos.

SI. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleo la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Aplicar la sonrisa con cada persona.
- Observar a algunos individuos que tengan la capacidad de sonreír. ¿Por qué lo hacen? ¿Qué ha pasado antes?, ¿Qué pasa después
- Observar cuantas veces al día los integrantes de la familia sonríen.

SI. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión.

Sesión 2.

S2. Área: Habilidades interacción social básicas.

S2. Habilidad: Saludar y Presentarse.

S2. 1: Objetivo:

- ✓ Comprender la importancia de saludar y presentarse como habilidades que le permiten a los adolescentes una mejor interacción social.
- ✓ Fortalecer en los adolescentes la habilidad de saludar y presentarse frente a sus pares o adultos a través de actividades lúdicas.
- ✓ Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente

S2. 2: Instrucción discusión y diálogo

1.1. Concepto

a. Prologo

Saludar-despedirse, comprenden conductas no verbales y verbales, que exteriorizan una actitud positiva hacia otras personas. Existen diferentes formas de saludar mismas que dependen de la cultura y sociedad. En el lenguaje no verbal, se incluye, fijar la mirada entre individuos, levantar siempre la frente, apretón de manos, etc. Al ingresar en un lugar, quien llega saluda y quién, se va le corresponde despedirse.

Presentación: Son actuaciones para hacerse conocer o hacer que, se conozcan otras personas. En este proceso interviene la comunicación no verbal, es decir, se presentan factores corporales como: la respiración y la distancia, la expresión facial, el contacto ocular, la articulación, la gesticulación de brazos y piernas, la postura, pero, también, aspectos como el volumen, el tono, la velocidad la resonancia, y el ritmo.

b. Relevancia

Saludar, es un gesto de cortesía y educación que, se ofrece al presentar a una persona. Es una conducta cotidiana y sencilla, la cual, encierra un gran valor para quien lo recibe, y una desagradable sensación para quien es ignorado, negar el saludo, se considera un acto prepotente y de mala educación, genera antipatía en la gente. El saludo hace más agradable la convivencia y nos ayuda a relacionarnos.

Presentarse o presentar a otra persona, le permite al individuo establecer nuevas relaciones sociales y hacer amistades, para ello es necesario aprender y practicar en diferentes escenarios.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes va a determinar en qué situaciones es pertinente o no, la utilización de esta habilidad. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en donde, se la utilizó y en, cual no.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Se aplica en un encuentro con un familiar, un amigo o al interactuar con otro ser humano, por ello, hay que aprender las normas sociales básicas, tener confianza y empatía, manejo del lenguaje verbal y lenguaje corporal, con el fin de evitar la afectación en la salud emocional. Se recomienda que los saludos sean libres y espontáneos, se comienza por algo sencillo, decir hola y adiós, en la llegada y despedida en una reunión.

S2. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

S2. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Práctica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S2. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se trasmitan autorrefuerzos

S2. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Cada adolescente asiste a varias reuniones con sus pares, y aplica el saludo - la despedida como habilidades sociales básicas, mientras observa qué ocurre, cómo reaccionan, cómo responden los asistentes.
- Observar discretamente si las personas a su alrededor tienen la habilidad para saludar y despedirse de un lugar determinado.
- Observar a los individuos que tengan habilidades para saludar. ¿Por qué lo hacen? ¿Qué ha pasado antes?, ¿Qué pasa después?

S2. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 3.

S3. Área: Habilidades interacción social básicas.

S3. Habilidad: Pedir y realizar favores

S3. 1: Objetivo:

- ✓ Indagar la importancia que tiene hacer o pedir favores para la interacción social en los participantes.
- ✓ Fortalecer las destrezas en los jóvenes para pedir y hacer favores a través de actividades lúdicas.
- ✓ Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S3. 2: Instrucción, discusión y diálogo

1.1. Concepto

a. Prólogo

Pedir favores: es la capacidad para solicitar de manera correcta algo a un individuo, en el que influye el tipo y tono de lenguaje que, se emplea, el cual, es respetuoso, cordial,

amigable, claro y preciso. Así, también, a la petición realizada es necesario tener en cuenta el lenguaje no verbal (Vicente E. Caballo, 2007).

Hacer favores: es la cualidad que posee cada personas para socorrer o realizar algo a otro individuo, esto requiere de tiempo y atención a la petición realizada (Vicente E. Caballo, 2007).

Desarrollar esta cualidad, permite solicitar abiertamente a otra persona el apoyo, o, se realiza el favor porque lo solicitan, mientras que, de forma implícita se, emite señales donde, se requiere la asistencia de los otros o que los demás requieren la ayuda. Las conductas para pedir favores son asertivas, pasivas y agresivas. De ahí, que el saber pedir, es una habilidad que necesita reconocer el momento que, se necesita algo, saber manejar los propios sentimientos, predecir la posible reacción de la persona que va a brindar la ayuda, evaluar la conveniencia de pedir en una situación determinada, y saber comunicar claramente las condiciones de lo que, se necesita. (Ruiz, Vega, & Poncelis, 2011).

b. Relevancia

Saber pedir un favor, o pedir algo que, se requiere, facilita el proceso de socialización del adolescente con sus pares, al realizarlo de forma inapropiada, se interpreta como una conducta egoísta, por parte del adolescente con los demás. También, hay que aprender a recibir una negativa como respuesta a la petición realizada, de ahí la importancia de exteriorizar deseos y necesidades de forma correcta y respetuosa.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes va a determinar en qué situaciones es pertinente o no, la utilización de esta habilidad. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en donde, se la utilizó y en qué situación no.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Para muchas personas a pesar de que tengan un círculo social amplio, les resulta difícil pedir, realizar un favor o les cuesta aceptar que necesitan ayuda. Por ello, hay que tener en cuenta: (Ruiz et al., 2011):

- Acercarse a los demás de forma empática, con lenguaje claro, amable, respetuoso, un lenguaje no verbal apropiado, evitar exigir y presionar.
- Para una respuesta hay dos alternativas: “Si” y “No”, la misma en la que interviene las opciones que tenga el sujeto a la, que, se le pide el favor, por supuesto que el individuo tiene la libertad de negar la ayuda, así como no sentirse obligado a realizarlo.
- Técnica del disco rayado, el individuo de forma clara repite por varias ocasiones su posición frente a una situación.

Ejemplos: “por favor.....”, “te parece bien si.....”o “necesito su ayuda en.....”.

S3. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan

S3. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S3. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S3. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Observar a algunos individuos que tienen desarrollada la habilidad para pedir favores.
¿Por qué lo hacen? ¿Qué ha pasado antes?, ¿Qué pasa después?
- Aplicar la habilidad de pedir favores a varias personas y observar su reacción.
- Realizar de peticiones escritas a sus pares o adultos.
- Cada participante solicitará a diez personas una petición verbal.

S3. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 4.

S4. Área: Habilidades interacción social básicas

S4. Habilidad: Amabilidad y cortesía

S4. 1: Objetivo:

- ✓ Indagar la importancia que tiene la cortesía y la amabilidad en la interacción social de los adolescentes.
- ✓ Fortalecer las habilidades en los jóvenes para actuar con cortesía y amabilidad a través de actividades lúdicas.
- ✓ Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S4. 2: Instrucción, discusión y diálogo

1.1. Concepto

a. Prólogo

Amabilidad-cortesía: son un conjunto de comportamiento, que pretenden mantener una relación cordial, agradable y amable con los demás, son un elemento clave para el éxito social de un individuo, y son reglas convencionales de la comunidad. Es una relación basada en el buen trato entre varios miembros de la sociedad, en lo cual, está inmersa la igualdad de derechos entre los mismos. El desajuste emocional es como el enojo, la ira, que dificulta el desarrollo de estas conductas (Ruiz et al., 2011).

b. Relevancia

Ser cortés y amable es una manera de manifestar el aprecio, respeto con los demás individuos que es necesario para interrelacionarse de forma adecuada y agradable.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes va a determinar en qué situaciones es pertinente o no, la utilización de esta habilidad. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en donde, se la utilizó y en cual no.

1.2. Instrucciones de la habilidad

En una situación determinada al momento que, se interactúa con otro individuo hay que manifestar cortesía y amabilidad para lograr aceptación o agrado. Para ello, hay que:

- Utilice palabras como: gracias, por favor, con su permiso, a la orden, practique el saludo, al despedirse mire a los ojos, sea puntual y exprese una sonrisa.
- Elogiar a los compañeros y a la familia, observar sus respuestas.
- Ejemplos de expresiones más utilizadas: “Es un gusto conocerlo”, “Me complace atenderlo”, “Gracias por su amable atención”.

S4. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las

conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan

S4. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S4. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se trasmitan autorrefuerzos

S4. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Dentro de los medios de transporte, durante la cena, el recreo aplicar las conductas aprendidas.
- Observar en los padres, hermanos, profesores, las normas de cortesía y amabilidad.

S4. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 5.

S5. Área: Habilidades para expresar emociones y sentimientos. - en esta área están: la capacidad para manifestar autoafirmaciones positivas, emociones, aceptar sentimientos, defender los derechos y opiniones propias. (De Miguel, 2014).

S5. Habilidad: Expresar autoafirmaciones positivas.

S5. 1: Objetivo:

- ✓ Indagar la importancia que tiene expresar autoafirmaciones positivas en el adolescente para tener una mejor interacción social.
- ✓ Identificar los pensamientos irracionales que provocan autoafirmaciones negativas e impiden un adecuado ajuste emocional en los jóvenes
- ✓ Fortalecer las destrezas en los participantes para expresar auto verbalizaciones positivas y negativas a través de actividades lúdicas.
- ✓ Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S5. 2: Instrucción discusión y diálogo

1.1. Concepto

a. Prólogo

Las verbalizaciones que, se hace sobre uno mismo ya sean estas negativas o positivas, es a lo que, se llama autoafirmación, para hablar de esta habilidad, es necesario reconocer la importancia del pensamiento, que se considera como, una serie de conocimientos, representaciones orientadas a un fin común, el cual, es manifestado a través del lenguaje o la acción. Para Ellis, el pensamiento irracional e incorrecto es el origen para una alteración psicológica que va a impedir el desenvolvimiento adecuado del individuo. Entre las auto verbalizaciones negativas están: lectura del pensamiento, error del adivino, la sobregeneralización, la personalización, el pensamiento dicotómico, el razonamiento emocional, la descalificación, la externalización de la propia valía, el perfeccionismo, la falacia del control y la comparación, entre otros. (Vicente E. Caballo, 2007)

Ejemplos: autoafirmaciones negativas: “Soy aburrido”, “Nunca sé que decir”, “No tengo esperanza”, y autoafirmaciones positivas: “Soy interesante”, “Pensar en algo”, “Voy a mejorar”, etc.

b. Relevancia

El significado que un individuo le otorga a una situación, simboliza una afirmación de las posibles causas y efectos del contenido real. Se genera durante la infancia y recibe una gran influencia de la retroalimentación que le brinda los progenitores. Es el pensamiento, el que influye en la forma como, se percibe la realidad de cada individuo, a partir de ahí, se empieza a desarrollar ideas irracionales que afectan la forma de relacionarse con los demás individuos, como, por ejemplo, si, se comete un error, se lo interpreta como “soy un inútil”, “no sirvo para nada”. Estas distorsiones cognitivas generan auto verbalizaciones negativas que afectan la autoestima. De ahí que, un adolescente necesita conocer y distinguir las autoverbalizaciones positivas o negativas (V.E. Caballo, 2007).

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes, van a identificar las auto verbalizaciones negativas y positivas, en qué situaciones, se presentan, y si es pertinente o no la utilización de esta habilidad. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos y su posible repercusión a nivel personal y social.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Al enfrenar una situación determinada hay que identificar las auto verbalizaciones positivas o negativas para demostrar agrado o aceptación. Para ello, hay que tener en cuenta: (Vicente E. Caballo, 2007):

- a.** Técnica del ABC, permite identificar pensamientos irracionales.
- b.** Identificar pensamientos negativos (distorsiones cognitivas).
- c.** Manejo de las Auto verbalizaciones.

S5. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos

(padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

S5. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S5. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S5. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Llevar un diario de autorregistro de auto verbalizaciones positivas y negativas.
- Buscar elementos tranquilizadores para generar verbalizaciones positivas.
- Jerarquía de autoafirmaciones positivas.

S5. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 6.

S6. Área: Habilidades para expresar emociones y sentimientos

S6. Habilidad: Aceptar y expresar los sentimientos

S6. 1: Objetivo:

- Indagar las distorsiones cognitivas que afectan la expresión y la recepción de emociones en los adolescentes para su interacción social.
- Fomentar en los adolescentes la expresión y la recepción de emociones en los diferentes entornos a través de actividades lúdicas.
- Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S6. 2: Instrucción, discusión y diálogo.

1.1. Concepto

a. Prólogo

Expresar emociones, son conductas que permite transmitir a otras personas los sentimientos, emociones e implica, también, hacer cumplidos sobre las particularidades de un individuo, los cuales, actúan como un reforzador social, y ayuda a mejorar la interacción con los demás. Muchos cumplidos son objeto de malas interpretaciones, de la sociedad o costumbres de un grupo (Vicente E. Caballo, 2007).

Recibir emociones, es la característica que tiene un individuo para corresponder de forma adecuada las emociones transmitidas de otras personas. (Vicente E. Caballo, 2007).

b. Relevancia

El saber expresar y recibir emociones, le permite al individuo tener la destreza para asimilar las emociones negativas y positivas de las personas que le rodean, evitar tener conflictos con terceras personas, lo que va a generar un mejor intercambio de sensaciones, emociones, y por ende su comunicación tiene los argumentos necesarios para mantener relaciones interpersonales estables. Según Galassi los cumplidos son importantes por: (Vicente E. Caballo, 2007):

1. Las personas disfrutan escuchar expresiones positivas sobre ellas.

2. Permite fortalecer las relaciones interpersonales.
3. El individuo, se sienten apreciados y queridos.
4. Expresar sentimientos negativos o defender los derechos, evita malas interpretaciones emocionales.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes determina si es pertinente su utilización o no. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en que momento, se presenta y sus posibles repercusiones a nivel personal y social.

1.2. Instrucciones de la habilidad

El aprender a mantener el control de las emociones para demostrar agrado o aceptación, se encuentran las siguientes técnicas (Vicente E. Caballo, 2007):

- a) Entrenamiento en relajación.
- b) Diario de actividades desagradables y agradables
- c) Técnica de respiración profunda. - consiste en respirar de forma lenta durante un tiempo determinado, que nos permite controlar las reacciones en el cuerpo frente a un hecho estresante. También, es considerada respiración abdominal. Para lo cual, se realiza lo siguiente: contar hasta 4 mientras, se inspira el aire, contenerlo en el cuerpo hasta contar 4, luego, se expulsa el aire en 8 tiempos, y, finalmente, repetir la técnica hasta lograr los beneficios necesarios (Pradas, 2019):
- d) Técnica: Entrenamiento Asertivo. – ante una situación conflictiva esta técnica permite responder de forma abierta y adecuada, sin perjudicar al otro. (V.E. Caballo, 2007).
- e) Mindfulness, es una técnica sobre la autorregulación de la atención, las emociones y el control de los pensamientos. (H. Gonzalo, Y, & S, 2016).

S6. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

S6. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S6. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S6. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión. Ejemplo de tareas sugeridas:

- Expresar halagos a los familiares, amigos, vecinos etc., identificar y registrar las reacciones emitidas. Agradecer y sonreír ante un elogio.
- Demostrar cariño por sus compañeros, a través de emisión de tres comentarios positivos.

S6. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 7.

S7. Área: Habilidades para expresar emociones y sentimientos.

S7. Habilidad: Proteger los propios derechos y defender las opiniones.

S7. 1: Objetivo:

- Indagar la importancia que tiene resguardar el derecho propio y las ideas para la interacción social de los adolescentes.
- Estimular a los adolescentes a través de actividades lúdicas el derecho a defender sus ideas y opiniones sin imponer su criterio
- Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S7. 2: Instrucción, discusión y diálogo.

1.1. Información conceptual

a. Prólogo

Esta destreza permite manifestar a otros individuos que no respeta la privacidad o los propios derechos de uno que se hace de una manera asertiva, en este sentido, se mantiene la idea que todos somos iguales, en sentido moral, trato e iguales privilegios. Dentro de los derechos humanos básicos, se contempla: derecho a ser, tener o hacer. Todo ser humano tiene derecho de expresar su opinión de forma pertinente, sin obligar a que acojan sus ideas (Vicente E. Caballo, 2007).

Se entiende por defender las ideas, al emitir a otro ser humano la opinión sobre un tema o acontecimiento específico, de manera positiva y cordial. Todos tienen derecho de expresar sus ideas de forma adecuada, sin presionar a que los demás acepten o las escuchen. Para desarrollar esta destreza es necesario considerar la comunicación pasiva, agresiva y asertiva (Vicente E. Caballo, 2007).

b. Relevancia

Su importancia parte de identificar los derechos asertivos, que permiten a las personas ser conscientes que todo individuo tiene derechos, que tiene que ser respetados, sin condición social, edad o sexo. Por ello, aprender a expresar y defender los derechos, permite mantener relaciones interpersonales funcionales, sin embargo, si son quebrantados, las demás personas, tienen la misma oportunidad de incumplirlos.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes determina si es pertinente su utilización o no. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en qué momento, se presenta y sus posibles repercusiones a nivel personal y social.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Hay que conocer los derechos asertivos para defenderlos y defender las opiniones, lo que va a permitir demostrar agrado o aceptación ante los demás. Para ello, hay ciertas técnicas como: el banco de niebla, técnica aserción negativa, técnica interrogación negativa. (Dongil, 2008).

S7. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

S7. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S7. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S7. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión.

S7. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 8.

S8. Área: Habilidades para resolver y enfrentar los problemas, hace referencia a: identificar, buscar, anticipar posibles consecuencias, seleccionar una solución para posteriormente probarla.

S8. Habilidad: Identificar problemas interpersonales

S8. 1: Objetivo:

- Indagar que conductas hace competentes a las relaciones interpersonales entre en los adolescentes y adultos para una interacción social adecuada.
- Fomentar en las adolescentes conductas que contribuyan a mantener relaciones sociales eficaces a través de actividades lúdicas.
- Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S8. 2: Instrucción, discusión y diálogo

1.1. Concepto

a. Prólogo

Las relaciones interpersonales, implica gestionar emociones positivas y negativas, lo que significa aprender a enfrentarse a situaciones desagradables y sucesos emocionantes, así como, aprender a intercambiar formas de vida y mejorar la interacción social, lo que va a permitir cumplirlas necesidades propias y de los demás. Para ello, es importante el control de las emociones, uso adecuado de las interpretaciones y conductas, que, si no logran ser controladas o, se reincide, se generan relaciones interpersonales insatisfechas. (Vicente E. Caballo, 2007):

b. Relevancia

Con esta habilidad, se logra una mejor relación con los individuos, permite un intercambio de ideas sobre diferentes puntos de vista, en el que están inmersos sentimientos y pensamientos, que hacen que la conversación sea agradable, se trasmite y adquiere conocimientos para evitar conflictos a futuro.

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes determina si es pertinente su utilización o no. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en qué momento, se presenta y sus posibles repercusiones a nivel personal y social.

1.2. Instrucciones de la habilidad

Aprender a reconocer si existen o no problemas en las relaciones interpersonales va a permitir demostrar agrado o aceptación ante los demás. Se presentan algunas estrategias para la apertura, sostenimiento, y para llevar a término el debate, a través de la elaboración de un guión. (Vicente E. Caballo, 2007):

S8. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las

conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan.

S8. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S8. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S8. 6: Ejercicios a casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión.

S8. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 9.

S9. Área: Habilidades para resolver y enfrentar los problemas.

S9. Habilidad: Indagar una solución, seleccionar y comprobar la posible solución para anticipar consecuencias

S9. 1: Objetivos:

- Entrenar a los adolescentes en la solución de problemas para generar respuestas eficaces entre sus compañeros y adultos.
- Promover en cada sesión un ambiente amigable para el adolescente.

S9. 2: Instrucción, discusión y diálogo.**1.1. Concepto****a. Prólogo**

La resolución de problemas permite al individuo solucionar de forma adecuada los problemas en las diferentes circunstancias, lo que va a permitir producir respuestas funcionales para alcanzar los objetivos personales. La finalidad de esta técnica es adoptar una visión más clara y objetiva de los problemas e implantar conductas para resolver problemas (Vicente E. Caballo, 2007).

Comprobación de hipótesis: Esta técnica hace uso de las hipótesis para encontrar posibles soluciones, y de esta manera mejorar efectividad de las respuestas. Consiste en organizar una lista por escrito o de forma verbal, los pros y los contras de una determinada situación, para identificar las alternativas más probables y llegar a una comparación entre las mismas para comprobarlas. Es importante recordar que, durante la aplicación de la técnica, los individuos por lo general presentan distorsiones cognitivas sobre las posibles consecuencias (V.E. Caballo, 2007).

Anticipar consecuencias: Esta técnica, se centra en predecir futuros conflictos en la ejecución de un plan y evitar así posibles inconvenientes. Es un procedimiento que se representa formas pertinentes y ciertas para enfrentar los acontecimientos problemáticos para cada individuo. Su fin, es remplazar respuestas desadaptativa por respuestas adaptativas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje (V.E. Caballo, 2007).

1.2. Relevancia

Su importancia radica, por la necesidad de enfrentar los acontecimientos o problemas de la vida diaria sin el estrés psicosocial. Por ello, se considera que los individuos que poseen esta habilidad de afrontamiento presentan mejor control en sus emociones, que aquellas

personas que no la tienen, lo que incrementa la probabilidad de sufrir problemas emocionales. De ahí la necesidad de establecer intervenciones que permita mejorar la capacidad para resolver problemas. Es una técnica que al ser aplicada en los diferentes contextos entrena al individuo con las mejores alternativas para solucionar un problema.

b. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes determina si es pertinente su utilización o no. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en qué momento, se presenta y sus posibles repercusiones a nivel personal y social.

1.3. Instrucciones de la habilidad

Para resolver un problema que, se da en el contexto laboral, social o familiar, hay ciertas técnicas que son de mucha utilidad como: la solución de problemas, que está formada por 5 pasos, la orientación, el establecimiento de posibles problemas, precisar las alternativas posibles, seleccionar la mejor decisión, para, finalmente, aplicar la alternativa preferida (Vicente E. Caballo, 2007).

S9. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador exhibe la habilidad en coordinación con los adolescentes que tengan más desarrollada esta habilidad. Se enfatiza las instrucciones mencionadas y la utilización de la misma en contextos adecuados. Cada adolescente realiza despacio las conductas solicitadas, las repite las veces que sean necesarias y con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros). El facilitador aprovecha las veces que los adolescentes practican la habilidad, e invita a los que no la disponen, a observar a sus compañeros que si la dominan

S9. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Practica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S9. 5: Retroalimentación

Terminada la práctica de los adolescentes, el facilitador refuerza las conductas perfectamente realizadas y rectifica las incorrectas, brinda sugerencias y pautas para mejorarla de forma verbal, individual o grupal. Durante toda la actividad el facilitador estimula a que los mismos adolescentes, se transmitan autorrefuerzos

S9. 6: Ejercicios en casa

Se solicita al adolescente mantener un registro de conductas en el momento que empleó la habilidad. El facilitador envía a cada miembro del grupo, a practicar en su entorno la conducta ensayada en la sesión.

S9. 7: Consejos

Una vez finalizada cada reunión, se ofrece un tiempo prudente para charlar y discutir las experiencias vividas entre los participantes. Se registra en la historia clínica o en el reporte diario de cada adolescente su conducta durante la sesión

Sesión 10.

S10. Área: Plan para la prevención del suicidio a través del entrenamiento de las habilidades sociales.

S10. Habilidad: Habilidades Sociales

S10. 1: Objetivo:

- Fortalecer la importancia de aprender destrezas sociales para la prevención del suicidio.
- Identificar las circunstancias en donde serán aplicadas las técnicas abordadas para un mejor desarrollo individual y social del adolescente.

S10. 2: Instrucción, discusión y diálogo

1.2. Concepto

a. Prólogo

Repaso de los contenidos abordados en las diferentes sesiones.

b. Relevancia

Difundir la importancia del aspecto emocional, y disminuir de esta manera la incidencia de los problemas mentales, para la implementación de un estilo de vida individual y social, que permitan un adecuado ajuste emocional del ser humano (Jané-llopis, 2004).

c. Utilización

El facilitador en conjunto con el grupo de adolescentes, determina si es pertinente su utilización o no. Así, también, en el grupo, se pondrán ejemplos en qué momento, se presenta y sus posibles repercusiones a nivel personal y social.

1.3. Instrucciones de la habilidad

Hay que recordar que cada persona, en algún momento presenta problemas que afectan su estado emocional por que es necesario practicar las técnicas conocidas.

S10. 3: Modelado

En el grupo, el facilitador hace hincapié en el modelo conductas positivas, fortalece las relaciones a nivel individual y social.

S10. 4: Entrenamiento

1.1. Juegos de roles: una vez observada la habilidad en varios modelos el adolescente ensaya y practica esta destreza.

1.2. Práctica: los adolescentes ejercerán la habilidad en lugares diferentes.

S10. 5: Retroalimentación



A través de la dinámica del árbol del conocimiento: Se entrega 3 tarjetas a los adolescentes, y, se solicita lo siguiente:

Tarjeta 1: Escriben lo que aprendieron en los talleres, se ubicada en la raíz del árbol.

Tarjeta 2: Escriben lo que sintieron, serán ubicadas en el tronco del árbol.

Tarjeta 3: Escriben lo que esperan (metas sueños), serán ubicadas en las hojas del árbol.

Al final el facilitador lee algunas tarjetas de forma aleatoria para compartir las experiencias con todos los participantes.

S10. 6: Cierre

- Proyección de un video de los acontecimientos y momentos significativos para todos, una galería de lo aprendido por parte de los adolescentes.
- Se realiza la entrega de un certificado de participación a cada uno de los adolescentes.
- Espacio para un compartir (refrigerio)

3.5. Conclusiones y recomendaciones

3.5.1. Conclusiones

- Los referentes teóricos analizados sobre las habilidades sociales y los intentos de suicidio en la población infanto-juvenil, permitió identificar que el suicidio es una temática que ha provocado gran impacto a nivel mundial, se presume que la mortalidad alcanzada por este fenómeno es alrededor de 800 000 personas al año, son los adolescentes el grupo que mayor riesgo tiene, se estima que hay de 8 a 10 intentos de suicidio, y de 5 a 8 personas lo han pensado realizar por cada suicidio. De ahí, que, se le considere al suicidio como una problemática de salud pública, que repercute en el ritmo de vida de cada persona, en especial los jóvenes. Entre los posibles factores están los niveles de autoestima, problemas de conducta, de pareja, familiares, déficit en las destrezas sociales, falta de control emocional, trastornos mentales y trastornos de personalidad.
- Con base, en los datos alcanzados en el estudio, se observa que por medio de la aplicación de las baterías psicológicas, se encontró semejanzas relevantes a nivel estadístico que asocian las habilidades sociales con los intentos de suicidio, se registra una carencia relevante en las subescalas de resolución de problemas, seguida de las habilidades para manifestar emociones y, por último, las habilidades

de interacción social básicas, de ahí que, el déficit de estas habilidades en un adolescente, le lleva a tener mayores probabilidades de presentar conductas suicidas.

- A través del análisis realizado a los diferentes estudios sobre las variables a ser estudiadas, se ha identificado que el adolescente atraviesa por un proceso de desarrollo tanto individual, familiar y social en, el cual, incorpora conductas, actitudes, ideas, creencias, etc, de su entorno, y que al vivir eventos psicosociales estresantes llegan afectar su desempeño social competente. Por ello, saber identificar los elementos que protegen y que colocan en riesgo al individuo, están relacionado con la autoestima, inteligencia emocional, habilidades sociales, trastornos mentales, familiares como: conflictos con los padres, problemas de pareja, violencia intrafamiliar y, también, sociales como, se destaca los desplazamientos migratorios y situaciones económicas. De ahí que, el abordaje de estos factores permite en el adolescente un mejor desenvolvimiento y una mayor satisfacción ante la vida.
- Poner en práctica un proyecto para entrenar las habilidades sociales, se fundamenta en la modificación del pensamiento, comportamientos y actitudes de un individuo, y que a partir de ese proceso, se reestructura positivamente las conductas de riesgo identificadas. En la presente investigación, las habilidades poco desarrolladas están: habilidades para resolver los problemas interpersonales, las habilidades para manifestar las emociones, habilidades las habilidades básicas. Por lo tanto, el proyecto investigativo propone enfocarse en el desarrollo de estas 3 habilidades que, se determinan como un diferenciador ante las conductas suicidas de los adolescentes investigados, en consecuencia, estas habilidades, se desarrollan con la propuesta presentada, los aspectos individuales y sociales, por ende, se disminuye las tendencias suicidas o de intento de suicidio.

3.5.2. Recomendaciones

Por medio de los resultados alcanzados, se logró exteriorizar la conexión de las habilidades sociales con las conductas autolíticas, mismas que es necesario que las autoridades a cargo de las instituciones públicas y privadas incrementen acciones para el abordaje y difusión de las destrezas como una estrategia para la prevención del suicidio.

Se sugiere implementar un programa didáctico, enfocado a los adolescentes, a los progenitores, padres de familia, planta docente, personal de salud, para que, de esta manera, conozcan los cambios biopsicosociales por los que atraviesa un adolescente, y así, tengan una mejor capacidad de respuesta, para brindarles una atención integral.

Al realizar investigaciones venideras acerca de la temática planteada, se sugiere expandir la población de estudio, para recolectar mayores datos de las variables, así como extender el periodo de tiempo con el fin de pulir los resultados del estudio.

La propuesta presentada, parte como un proceso de intervención para mejorar las falencias de las habilidades sociales en la población infanto-juvenil de 10 a 19 años, con conductas suicidas, la cual, está encaminada al desarrollo y aplicación en 10 sesiones por un periodo de 10 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador Rivera, G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91–98.
- Argumedos, C., Pérez, D., & Romero Acosta, K. (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. *Búsqueda*, 1(13), 68–61. <https://doi.org/10.21892/01239813.157>
- Baquadano-Jer, S. (2017). La naturaleza del suicidio. *Jurídicas*, 14(1), 131–144. <https://doi.org/10.17151/jurid.2017.14.1.10>
- Bernal, A. O. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*. Retrieved from <http://www.uniovi.es/~psicothema/reunido/index.php/PST/article/view/7046>
- Bosco, P. D. O. N. (2017). “DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DETERMINANTE DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PROYECTO DON BOSCO”.
- Caballo, V., Salazar, I., Olivares, P., Irurtia, M. J., Olivares, J., & Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Psicol. Conduct*, 22, 375–399.
- Caballo, V.E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual - 1 (Vol. 5). Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/55029260/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-vol-1.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DManual_para_el_tratamiento_cognitivo-con.pdf
- Caballo V, & Simón M. (2001). Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Editorial Pirámide, 2, 1–419.
- Caballo, Vicente E. (2007). Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales (Vicente E. Caballo) .pdf (p. 309). p. 309. Retrieved from

<https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluación-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>

- Cacho Becerra, Z. V., Silva Balarezo, M. G., & Yengle Ruíz, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*, 15(2), 186–205.
- Carmona, M. G., & López, J. E. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(2), 42–58.
- Cohen, S., Esterkind, A., Lacunza, A., Caballero, S., & Martinenghi, C. (2010). Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(29), 167–185.
- Contini de González, N. (2009). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 9(0), 45. <https://doi.org/10.18682/pd.v9i0.407>
- Cortés Alfaro, A., Suárez Medina, R., & Serra Larín, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.*, 35(4), 1–14.
- Cruz Morales, E. M., Valdayo Rosado, B., & Martín Almenta, R. (2017). Investigación Enfermera Sobre Las Manifestaciones Clínicas Y La Prevención En La Conducta Suicida En La Adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 221. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.934>
- Dajas Méndez, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 80(2), 83–110.
- De Miguel, P. (2014). Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17–26.

Delgado, J., & Moreta, C. (2005). ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ INTERNA DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL DE MONJAS EN UNA MUESTRA DE NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS.

DINASED. (2020). Reporte de casos de suicidio provincia Cotopaxi.

Dongil, E. (2008). Habilidades sociales: [manual]. Retrieved from https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf <https://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url&db=cat00378a&AN=bnav.b1803167&lang=es&site=eds-l>

Eceiza, M., Arrieta, M., & Goñi, A. (2008). Habilidades Sociales Y Contextos De La Conducta Social. *Revista de Psicodidáctica [revista de internet]* 2008 [acceso 1 de octubre del 2018]; 13 (1): 11-26. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 11–26. <https://doi.org/10.5944/educxx1.17.1.10708>

Elena, M., & Heredia, R. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23–40.

Fonseca-Pedrero, E., & de Albéniz, A. P. (2020). Assessment of suicidal behavior in adolescents: The paykel suicide scale. *Papeles Del Psicologo*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

García, E. R., Muñoz, N. R., Ramírez, K. G., & Mérida, R. A. H. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218–229.

García, M. (2011). *Habilidades Sociales En Niños y Niñas Con Discapacidad Intelectual*. In ISBN: 978-84-614-7610-7 Depósito legal: SE 1222-2011. Retrieved from <http://www.eduinnova.es/monografias2011/ene2011/habilidades.pdf>

Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–7. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.100>

- Gonzales-Portillo, J., Gil-Arévalo, J., Hernández-Botero, D., & Henao-Sánchez, L. M. (2016). Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío. *Duazary*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.21676/2389783x.1582>
- Gonzales, J., Franco, D., Vasco, J., & Restrepo, S. (2018). Social Skills and Suicide Risk in Adolescents of an Education Institute of the Armenia. 17(1), 18–33.
- González, L. M., & Carmona, M. P. (2015). La Risoterapia Como Complemento a Otras Terapias Médicas. *Revista Enfermería CyL*, 7(1), 73–79. Retrieved from <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/140>
- Gonzalo, H., Y, A., & S, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. 27, 115–124.
- Gonzalo, M., & Villanueva, R. (2012). Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares. 121.
- Halicka-Masłowska, J., Szewczuk-Bogusławska, M., Adamska, A., & Misiak, B. (2020). Neurobiology of the association between non-suicidal self-injury, suicidal behavior, and emotional intelligence: A review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 25–35. <https://doi.org/10.12740/APP/117705>
- Jané-llopis, E. (2004). LA EFICACIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (67), 67–77.
- Korkmaz, S., Danacı Keleş, D., Kazgan, A., Baykara, S., Gürkan Gürok, M., Feyzi Demir, C., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem-solving skills in individuals who attempted suicide. *Journal of Clinical Neuroscience*, 74(xxxx), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.02.023>
- LACAL, P. (2009). Teorías De Bandura Aplicadas al Aprendizaje. *Innovación y Experiencias Educativas*, 1(22), 1–8.

- Lacunza, A. B. (2010). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate*, 10(0), 231. <https://doi.org/10.18682/pd.v10i0.398>
- Lacunza, A. B., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos En Humanidades*, XII (23), 159–182.
- Lara, G. (2010). FUTURO IMPERFECTO: DIMENSIÓN HERMENÉUTICO-SIMBÓLICA DEL SUICIDIO EN LA OBRA DE JORGE SEMPRÚN. *Continental Airlines Plan estratégico Para Ir Adelante*, 1(1), 1–37. Retrieved from <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014520/014520.pdf>
- Leme, V. B. R., Fernández, L. de M., Jovarini, N. V., Achkar, A. M. El, & Del Prette, Z. A. P. (2016). Programa de Habilidades Sociais para Adolescentes de Contextos Sociais Vulneráveis. *Psico-USF*, 21(3), 595–608. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300595&lng=en&tlng=en
- Lemos, S. (2003). La Psicopatología De La Infancia Y La Adolescencia. 85, 19–28. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>
- León, J., & Median, S. (n.d.). Evaluación de habilidades para la vida en niños con ceguera congénita. 6(2), 3–33.
- León, José, Medina, S., Cantero, F., & Gil, F. (2017). Entrenamiento en Habilidades Sociales para los profesionales de la Salud (p. 11736). p. 11736.
- Levi Belz, Y., Gavish, T., Barzilay, S., Apter, A., & Vladimir, C. (2018). Psychosocial Factors Correlated with Undisclosed Suicide Attempts to Significant Others: Findings from the Adolescence SEYLE Study. *The Oficial Journal Of The American Association Of Suicidology*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/sltb.12475>
- Luz Yolanda Toro Suarez. (2015). Diagnóstico y tratamiento del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos.

- Martín, J. S., Seguí, J., & Antón, L. (2016). Prevalencia de los trastornos psicológicos en edad pediátrica. Efecto del sexo y la edad. 33–40.
- Mazaira, J., Triñanes, Y., & Atienza, G. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia: actualización. Guía de Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia y Adolescencia: Actualización. https://doi.org/10.46995/gpc_575
- Mendoza González, B., & Maldonado Ramírez, V. (2017). Acoso escolar y habilidades sociales en alumnado de educación básica. *CIENCIA Ergo sum*, 24(2), 109–116. <https://doi.org/10.30878/ces.v24n2a2>
- Ministerio de salud pública. (2020). Acuerdo No 00126 - 2020. Suplemento – Registro Oficial No 160, 4. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160_2020_03_12.pdf
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 20(1), 51–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Monjas, G. & C. (1998). Las habilidades sociales en el currículo. In 1998 (Vol. 146). Retrieved from <http://www.accionmagistral.org/programas-y-materiales/listado/348-las-habilidades-sociales-en-el-curriculo-cide-monjas-casares-mi-y-gonzalez-moreno-b-varios-autores>
- Moreno Garcés, L. (2020). Decreto presidencial No 1017 17-Marzo-2020.pdf (p. 6). p. 6. Retrieved from https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto_presidencial_No_1017_17-Marzo-2020.pdf
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9–18.

- Operativos, L., De, E. M., Salud, M. De, & Operativos, L. (2021). "Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador".
- Orbea, S. (2019). Relación entre inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes de bachillerato de una unidad educativa del cantón Ambato. *Αγαη*, 8(5), 55.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Retrieved from http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
- Ortega V. (2012). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para fomentar la mejora de relaciones interpersonales dirigido a un grupo de sexto grado de educación primaria. Retrieved from <http://200.23.113.51/pdf/28617.pdf>
- Orts, J. V. (2014). Las habilidades sociales en el aula. In Igarss 2014.
- Pacheco, B. E., & Peralta Lopez, P. (2016). La Conducta Suicida en la Adolescencia y sus Condiciones de Riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47–55. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Pereira-Guizzo, C. de S., Prette, A. Del, Prette, Z. A. P. Del, & Leme, V. B. R. (2018). Programa de habilidades sociais para adolescentes em preparação para o trabalho. *Psicología Escolar e Educacional*, 22(3), 573–581. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018035449>
- Pérez, M. (2016). Redalyc. Conducta suicida. protocolo de intervención.
- Pradas, C. (2019). 12 técnicas de control emocional. *Psicología Online*, 1–8. Retrieved from https://www.psicologia-online.com/12-tecnicas-de-control-emocional-2324.html#anchor_7
- Profile, S. E. E. (2020a). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. (January 1993).

- Profile, S. E. E. (2020b). Programa de enseñanza de habilidades de interacción sociales (PEHIS) para niños y niñas de edad escolar. (January 1993).
- Royo, J. (2002). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(SUPPL. 3), 97–103.
- Ruiz, M., Vega, L., & Poncelis, F. (2011). *Puentes para Crecer*.
- Runsén, C., Jianbo, L., Xiaolan, C., Suqian, D., Siyang, W., Simei, Z., Jianping, L. (2020). The relationship between mobile phone use and suicide-related behaviors among adolescents : The mediating role of depression and interpersonal problems. *Journal of Affective Disorders*, 269(November 2019), 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.128>
- Sher, L. (2019). From Research to Clinical Practice Resilience as a focus of suicide research and prevention. 169–180. <https://doi.org/10.1111/acps.13059>
- Sol Aubone, N., Franco, P., & Mustaca, A. E. (2020). Habilidades sociales en niños y su relación con el jardín maternal. *Revista Conciencia Epg*, 1(2), 57–85. <https://doi.org/10.32654/concienciaepg.1-2.10>
- Suárez, C., Yuly, P., Restrepo, C., Dayana, E., Caballero, D., & Carmen, C. (2016). Artículo Científico con la inteligencia emocional en. 48(4), 470–478.
- Suárez C, Y., Restrepo C, D. E., & Caballero D, C. C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de La Universidad Industrial de Santnader. Salud*, 48(4), 470–478. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
- Torres, M. (2014). Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria. 143. Retrieved from [http://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info_academica/trabajo_fin_de_maste_r/tfmhabilidades sociales/!](http://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info_academica/trabajo_fin_de_maste_r/tfmhabilidades sociales/)
- Valdivieso, V. (2017). El suicidio desde Platón y Karl Marx. Dos visiones distintas ante un mismo problema filosófico. *Versiones 2 Época*, 12, 50–61.

World Health Organization. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*.

Zavala, M. A., Valadez, M. D., & Vargas, M. C. (2008). Emotional intelligence and social skills in adolescents with high social acceptance. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 319–338.

Anexos:

Anexo A:

CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL
(versión autoinforme)
(Monjas, 1994)

Nombre.....	Apellido.....	Edad:.....	Sexo:
Centro.....	Curso.....	Fecha:	Teléfono:
Método.....			
.....			

INSTRUCCIONES:

Por favor, lee cuidadosamente cada enunciado y rodea con un círculo el número que mejor te describa, ten cuenta las siguientes calificaciones:

1. Significa que no hace la conducta **NUNCA**
2. Significa que no hace la conducta **CASI NUNCA**
3. Significa que hace la conducta **BASTANTES VECES**
4. Significa que hace la conducta **CASI SIEMPRE**
5. Significa que hace la conducta **SIEMPRE**

Sub. Escala	Ítems	1	2	3	4	5
6	1. Solucionó por mí mismo/a los conflictos, que, se me plantean con las personas adultas					
5	2. Al tener un problema con otros niños y niñas, después de poner en práctica la solución elegida, evaluó los resultados obtenidos					
4	3. Me digo a mí mismo/a cosas positivas					
6	4. Alabo y digo cosas positivas y agradables a las personas adultas					
4	5. Defiendo y reclamo mis derechos ante las y los demás					
1	6. Saludo de modo adecuado a otras personas.					
4	7. Expreso y defiendo adecuadamente mis opiniones					
5	8. Ante un problema con otros niños y niñas, elijo una solución efectiva y justa para las personas implicadas					
6	9. Respondo correctamente a las peticiones y sugerencias de las personas adultas					
4	10. Respondo adecuadamente a las emociones y sentimientos agradables y positivos de los y las demás (felicitaciones, alegría...).					
2	11. Ayudo a otros chicos y chicas en distintas ocasiones					
5	12. Cuando tengo un problema con otros niños y niñas, me pongo en su lugar y busco soluciones					

1	13. Me río con otras personas cuando es oportuno						
6	14. Cuando tengo un problema con un adulto, me pongo en su lugar y trato de solucionarlo						
2	15. Pido ayuda a otras personas cuando lo necesito						
6	16. Inicio y termino conversaciones con adultos						
3	17. Respondo adecuadamente cuando las personas con las que estoy hablando quieren terminar la conversación.						
6	18. Respondo correctamente cuando las personas mayores, se dirigen a mí de modo amable y educado.						
2	19. Hago alabanzas y digo cosas positivas a otros chicos y chicas.						
4	20. Respondo adecuadamente a las emociones y sentimientos desagradables y negativos de los demás (críticas, enfado, tristeza...)						
2	21. Respondo correctamente cuando otro/a niño/a me pide que juegue o realice alguna actividad con él/ella.						
1	22. Respondo adecuadamente cuando otros me saludan.						
6	23. Cuando me relaciono con los adultos, soy cortés y educado.						
1	24. Pido favores a otras personas cuando necesito algo.						
2	25. Coopero con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos (participo, animo, doy sugerencias, etc.).						
1	26. Sonrío a los demás en situaciones adecuadas.						
4	27. Expreso adecuadamente a las demás mis emociones y sentimientos agradables y positivos (felicidad, placer, alegría...)						
5	28. Cuando tengo un conflicto con otros niños y niñas preparo como voy a poner en práctica la solución elegida.						
6	29. Hago peticiones, sugerencias y quejas a los adultos.						
5	30. Cuando tengo un problema con otros niños y niñas pienso en las consecuencias de lo que, se hace para solucionarlo.						
2	31. Respondo adecuadamente cuando otras personas me hacen alabanzas, elogios y cumplidos.						
2	32. Comparto mis cosas con otros niños y niñas.						
6	33. tengo conversaciones con los adultos						
3	34. Cuando hablo con otra persona, escucho lo que me dice, respondo a lo que me pregunta y digo lo que yo pienso y siento.						
3	35. Cuando charlo con otros niños y niñas, termino la conversación de modo adecuado.						

1	36. Respondo adecuadamente cuando otros niños y niñas, se, dirigen a mí de modo amable y educado.						
2	37. Me junto con otros niños y niñas que están jugando o realizando una actividad.						
4	38. Expreso adecuadamente a los demás mis emociones y sentimientos desagradables y negativos (tristeza, enfado, fracaso...)						
3	39. Respondo adecuadamente cuando otros niños y niñas quieren entrar en la conversación.						
6	40. Soy sincero cuando alabo y elogio a los adultos.						
3	41. Respondo adecuadamente cuando otros niños y niñas quieren iniciar una conversación conmigo.						
5	42. Cuando quiero solucionar un problema que tengo con otros chicos y chicas, trato de elegir la mejor solución.						
1	43. Me presento ante otras personas cuando es necesario.						
2	44. Respondo de modo apropiado cuando otros chicos y chicas quieren unirse conmigo a jugar o a realizar una actividad.						
1	45. Hago favores a otras personas en distintas ocasiones.						
3	46. Me uno a la conversación que tienen otros niños y niñas.						
4	47. Respondo adecuadamente cuando otras personas defienden sus derechos.						
4	48. Expreso desacuerdo con otras personas cuando es oportuno.						
5	49. Cuando tengo un problema con otros niños y niñas, trato de buscar las causas que lo motivaron.						
3	50. Cuando tengo una conversación con otras personas, participé activamente (cambio de tema, intervengo en la conversación, etc....)						
5	51. Identifico los problemas que me surgen cuando me relaciono con otros chicos y chicas.						
5	52. Ante un problema con otros niños y niñas, busco muchas soluciones.						
3	53. Inicio conversaciones con otros niños y niñas.						
5	54. Cuando tengo un problema con otros niños y niñas, pienso en las consecuencias que los demás realizan para solucionarlo.						
2	55. Inicio juegos y otras actividades con otros niños y niñas						
4	56. Expreso cosas positivas de mí mismo/a ante otras personas.						
1	57. Presento a otras personas que no, se, conocen entre sí.						
3	58. Cuando hablo con un grupo de niños y niñas, participo de acuerdo con las normas establecidas.						
1	59. Cuando hablo con un grupo de niños y niñas, pido las cosas por favor, digo gracias, me disculpo, etc.						
3	60. Cuando tengo una conversación en grupo, intervengo cuando es necesario y lo hago de modo correcto.						

Subescalas del cuestionario de habilidades de interacción social.

Subesc. 1 habilidades sociales básicas	Subesc. 2. Habilidades para hacer amigos	Subesc. 3 habilidades conversacionales	Subesc.4 Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos	Subesc.5 Habilidades de solución de problemas interpersonales	Subesc.6 Habilidades de relación con los adultos.
6	11	17	3	2	1
13	15	34	5	8	4
22	19	35	7	12	9
24	21	39	10	28	14
26	25	41	20	30	16
36	1	46	27	42	18
43	32	50	38	49	23
45	37	53	47	51	29
57	44	58	48	52	33
59	55	60	56	54	40

Anexo B: Carta de consentimiento informado

Yo, _____, libre y voluntariamente acepto actuar como participante en la investigación de la tesis conducida por Psc. Cl. Elizabeth Moreno.

Manifiesto que he sido informado, sobre los objetivos y las razones de la investigación denominada “Habilidades sociales y su relación con los intentos de suicidio en los adolescentes del cantón Latacunga”. Además, se me informo sobre el instrumento psicométrico y demás procedimientos terapéuticos, que, se aplican, así como, también, mi participación es anónima. En cuanto a los resultados, estos no, se los entregara a nadie sin mi consentimiento.

Fecha: _____

Firma del representante

C.I.....

Investigadora Responsable

C.I.....

Anexo C:

Derechos humanos básicos

El derecho a mantener la dignidad y respeto, como una conducta habilidosa o conducta asertiva, incluso si la otra persona, se siente herida, mientras no, se viole los derechos humanos básicos de los demás.

El derecho hacer tratado con respeto y dignidad.

El derecho de sentir peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.

El derecho a expresar y experimentar sus propios derechos.

El derecho a detenerte y pensar luego de actuar.

El derecho a cambiar de opinión.

El derecho a pedir lo que quieres (recuerde que la otra persona tiene derecho a decir no).

El derecho de hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.

El derecho a ser independiente.

El derecho a decir que hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.

El derecho a ser independiente.

El derecho a cometer errores, y ser responsable de ellos.

El derecho de sentirse a gusto conmigo mismo.

El derecho de tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, se tiene el derecho a pedir (no exigir) a los demás que respondan a las necesidades y decir si, se satisface las necesidades de los demás.

El derecho a tener opiniones y expresarlas.

El derecho a decir si satisface las expectativas de la otra persona o si te comportas según tus intereses – siempre que no violes los derechos de los demás.

El derecho hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.

El derecho a obtener aquello por lo que pagas.

El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.

El derecho a tener derechos y defenderlos.

El derecho a ser escuchados y ser tomado en serio.

El derecho a estar solo sí lo escojo.

El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.