

ISTE

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA
Desde 1984

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIO EN ENFERMERIA

Tema:

ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMER SEMESTRE DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA “ISTE”, AMBATO 2024-2025

Modalidad Presencial

Línea Y sublínea de investigación

ESTUDIOS SOBRE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION.

Autores: Jeniffer Estefania Caicedo Tito y Caren Lisbeth Maza Sango

Director: Doctor en Psicología Infantil y Psicorehabilitación Ángel Santiago Añazco
Lalama Magister en Docencia Universitaria y Administración Educativa

Ambato - Ecuador

2025


 095 888 5323

ESTUDIA DIFERENTE

www.iste.edu.ec


A la Unidad Académica de Titulación de la Carrera de Enfermería

El Tribunal receptor del Trabajo de integración curricular, presidido por el Dr. Jorge Humberto Cárdenas Medina, e integrado por los señores Doctora Andrea Soledad Martínez Quinteros médico general y Master en docencia superior universitario y Licenciada Mónica Liliana Díaz Bautista Magister en Enfermería con mención en Enfermería Quirúrgica, designados por el Colectivo Académico de Carrera del Instituto Superior Tecnológico España, para receptor el Trabajo de Integración Curricular con el tema: "ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMER SEMESTRE DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA "ISTE", AMBATO 2024-2025", elaborado y presentado por las señoritas Jeniffer Estefanía Caicedo Tito y Caren Lisbeth Maza Sango, para optar por el Grado Académico de Técnico Superior en Enfermería; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Integración Curricular, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas del Instituto Superior Tecnológico España.



Dr. Jorge Humberto Cárdenas Medina Mg.

Presidente del Tribunal



Dra. Andrea Soledad Martínez Quinteros Mg.

Miembro del Tribunal



Lcda. Mónica Liliana Díaz Bautista Mg.

Miembro del Tribunal

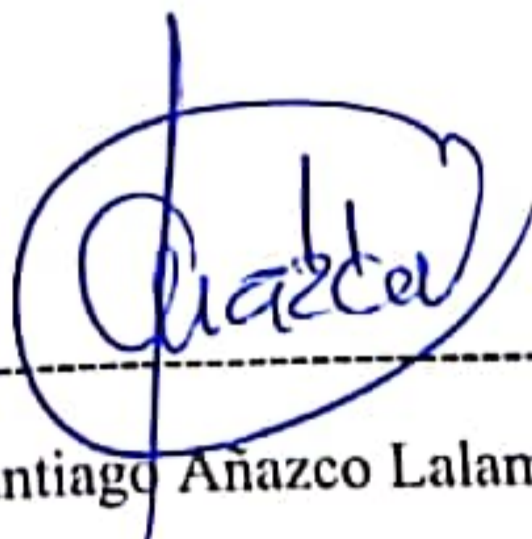
APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama MSc.

CERTIFICA:

En mi calidad de Director del trabajo de integración curricular: "ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMER SEMESTRE DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA "ISTE", AMBATO 2024-2025", presentado por las Señoritas Jeniffer Estefania Caicedo Tito y Caren Lisbeth Maza Sango, para optar por el Título de Tecnólogo Superior en Enfermería CERTIFICO, que dicho proyecto ha sido prolijamente revisado y considero que responde a las normas establecidas en el reglamento de títulos y grados de la Carrera, suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

Ambato, 4 de abril de 2025.



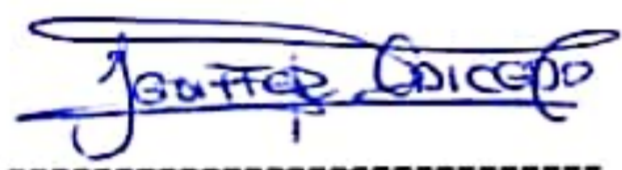
Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama MSc.

c.c. 1802362044

DIRECTOR

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Integración Curricular presentado con el tema: "ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMER SEMESTRE DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA "ISTE", AMBATO 2024-2025", le corresponde exclusivamente a: Jeniffer Estefania Caicedo Tito y Caren Lisbeth Maza Sango, Autoras bajo la Dirección de Doctor en Psicología Infantil y Psicorehabilitación Ángel Santiago Añazco Lalama Magister en Docencia Universitaria y Administración Educativa, Director del Trabajo de integración curricular; y el patrimonio intelectual al Instituto Superior Tecnológico España.



Jeniffer Estefania Caicedo Tito



Caren Lisbeth Maza Sango

AUTORAS



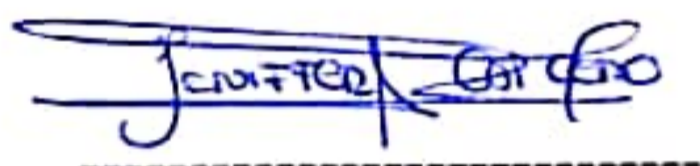
Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama MSc.

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo al Instituto Superior Tecnológico España, para que el Trabajo de integración curricular, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de integración curricular, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones del Instituto.



Jeniffer Estefania Caicedo Tito

c.c. 0550231971



Caren Lisbeth Maza Sango

c.c. 0550318976

ÍNDICE GENERAL

A la Unidad Académica de Titulación de la Carrera de Enfermería ii

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	iv
DERECHOS DE AUTOR	v
ÍNDICE GENERAL	vi
INDICE DE FIGURAS.....	ix
INDICE DE TABLAS.....	x
AGRADECIMIENTO	xi
AGRADECIMIENTO	xii
DEDICATORIA	xiii
RESUMEN EJECUTIVO	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.....	3
1.1Antecedentes	3
1.4 Objetivos	5

1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5 Marco Teórico	6
1.5.1 Riesgos y prevención de suicidio en adolescencia	6
1.5.2 El Suicidio	6
1.5.2.1 Los riesgos asociados a la adolescencia	6
1.5.3 Teorías relacionadas con la prevención en adolescentes	7
1.5.3.1 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner	7
1.5.4 Tipos de acciones preventivas	8
1.5.4.1 Prevención primaria	8
1.5.4.2 Prevención secundaria	8
1.5.4.3 Prevención terciaria	8
1.5.5 Principales riesgos en la adolescencia	8
1.5.6 Programas exitosos:	9
1.5.7 Un caso emblemático: Silvia Plath.....	14
1.5.8 Un esquema preventivo diferente	15
CAPÍTULO II	19
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	19
2.1 Diseño metodológico.....	19
2.2 Enfoque de investigación.....	19
2.3 Cuestionario o Instrumentos Utilizados	19
2.4 Población	21
CAPÍTULO III.....	23
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	23
3.1 Tabulación e Interpretación de Encuestas.....	23

CAPÍTULO IV	40
4. DISCUSIÓN	40
4.1 Discusión de Resultados.....	40
CAPÍTULO V.....	43
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones	44
6. Referencias.....	45
7. Anexos	49

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Estado de Ánimo	24
Ilustración 2. Tensión	25
Ilustración 3. Temores	25
Ilustración 4. Insomnio	26
Ilustración 5. Intelectual cognitive	27
Ilustración 6. Estado de ánimo deprimido	28
Ilustración 7. Síntomas somáticos musculares	29
Ilustración 8. Síntomas somáticos sensoriales.....	30
Ilustración 9. Síntomas cardiovasculares.....	31
Ilustración 10. Síntomas respiratorios	32
Ilustración 11. Síntomas gastrointestinales	33
Ilustración 12. Síntomas genitourinarios	34
Ilustración 13. Síntomas autónomos.....	35
Ilustración 14. Comportamiento en la entrevista.....	36
Ilustración 15. Ansiedad psíquica.....	37
Ilustración 16. Ansiedad somática.....	37
Ilustración 17. Escala de riesgo suicida.....	38

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado de Ánimo.....	23
Tabla 2 . Tensión.....	24
Tabla 3. Temores.....	25
Tabla 4. Insomnio.....	26
Tabla 5. Intelectual cognitivo.....	27
Tabla 6. Estado de ánimo deprimido.....	28
Tabla 7. Síntomas somáticos musculares.....	29
Tabla 8. Síntomas somáticos sensoriales.....	30
Tabla 9. Síntomas cardiovasculares.....	31
Tabla 10. Síntomas respiratorios.....	32
Tabla 11. Síntomas gastrointestinales.....	33
Tabla 12. Síntomas genitourinarios.....	34
Tabla 13. Síntomas autónomos.....	35
Tabla 14. Comportamiento en la entrevista.....	36
Tabla 15. Ansiedad psíquica.....	36
Tabla 16. Ansiedad somática.....	37
Tabla 17. Escala de riesgo suicidio.....	38

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para llevar a cabo este proyecto, guiándome en cada paso y brindándome su luz en los momentos de mayor desafío. Extiendo mi más sincero agradecimiento a mi tutor, Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama MSc. por su invaluable apoyo, orientación y paciencia a lo largo de la elaboración de esta tesis. Su guía fue fundamental para alcanzar este logro. De igual manera, agradezco al Psicólogo Devis Cedeño Mero, MSc, por su acompañamiento y disposición en este proceso, brindándome siempre su conocimiento y motivación. Al Instituto Superior Tecnológico España, por los conocimientos impartidos y por ser una institución que fomenta el crecimiento académico y profesional de sus estudiantes. A la Carrera de Tecnicatura Superior en Enfermería, por la formación brindada, la calidad educativa y el compromiso con nuestra preparación, permitiéndome adquirir las herramientas necesarias para mi desarrollo profesional.

Jeniffer Estefania Caicedo Tito

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y perseverancia para superar cada desafío, guiándome en los momentos de incertidumbre. Expreso mi profundo reconocimiento al Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama, MSc, por su valioso acompañamiento y compromiso académico, así como al Psicólogo Devis Cedeño Mero, MSc, por su motivación y aportes, que enriquecieron mi desarrollo académico y personal.

Mi gratitud al Instituto Superior Tecnológico España por su excelencia académica y a la Carrera de Tecnicatura Superior en Enfermería por su dedicación en la formación de profesionales íntegros, brindándome las competencias esenciales para desempeñarme con ética y profesionalismo en el ámbito de la salud.

Caren Lisbeth Maza Sango

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a mi familia, quienes han sido mi mayor fortaleza y mi más grande inspiración en este camino. A mi mamá, Mirian, por su amor incondicional, por cada palabra de aliento, por sus sacrificios y por ser mi refugio en los momentos difíciles. Sin su apoyo y ternura, este logro no habría sido posible. A mi papá, Claudio, por su esfuerzo, dedicación y enseñanzas, por ser mi ejemplo de perseverancia y por motivarme a luchar por mis sueños con valentía. A mi hermana, Damaris, por su cariño inmenso, por ser mi compañera de vida, por sus abrazos cuando más los necesitaba y por estar siempre a mi lado con una sonrisa y palabras de ánimo. A mi familia, que siempre creyó en mí, que me impulsó a seguir adelante y que celebró conmigo cada pequeño logro. Este trabajo es para ustedes, con todo mi corazón. Este esfuerzo también está dedicado a las personas cercanas que estuvieron a mi lado, brindándome los ánimos adecuados para poder seguir adelante con mis objetivos de estudio.

Jeniffer Estefania Caicedo Tito.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi querida madre, Lidia Sango, cuyo apoyo incondicional, sacrificio y amor han sido el pilar fundamental en mi vida. Su fortaleza y guía me han inspirado a perseverar en cada desafío. A mi amiga Jeniffer Caicedo, por ser mi apoyo incondicional y fuente de fortaleza en los momentos más difíciles, brindándome ánimo y compañía sincera.

A mi querida Kerly Sarabia, por su amistad invaluable, su comprensión y por ser un refugio de aliento y motivación en este camino. A mi amigo Joel Tipan, por su lealtad y constante apoyo, siempre dispuesto a escucharme y acompañarme en los momentos de incertidumbre. A mis amigos Erik Ichina, Kevin Tisalema, Alexey Zambrano, Kimberly Parra y Nayeli Serrano, por su compañía, risas y apoyo incondicional, haciendo de este proceso una experiencia más llevadera.

Caren Lisbeth Maza Sango

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA
CARRERA DE TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERIA

TEMA:

ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMER SEMESTRE DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA “ISTE”, AMBATO 2024-2025.

AUTORAS: Jeniffer Estefania Caicedo Tito y Caren Lisbeth Maza Sango

DIRECTOR: Dr. Ángel Santiago Añazco Lalama MSc.

FECHA: 4 de abril del 2025

RESUMEN EJECUTIVO

El suicidio en adolescentes es una problemática hacia la salud mundial, resultando una de las más relevantes entre los adolescentes. Este fenómeno multifactorial está influenciado por factores psicológicos, sociales, familiares y biológicos, nuestro proyecto tiene como objetivo principal prevenir el riesgo suicida en adolescentes mediante la implementación de estrategias integrales de sensibilización, detección temprana y fortalecimiento de factores protectores en la comunidad del Instituto Superior Tecnológico España , Ambato, en la que se utilizó un estudio con un diseño experimental, de corte transversal de alcance analítico debido a que se contemplarán los sucesos tal y como suceden en su contexto natural, para luego ser determinados en un alcance descriptivo, ya que nos permitirá relatar el nivel de prevalencia en depresión en una muestra de 50 personas utilizando la escala de riesgo suicida de Plutchik y el test de Hamilton. La metodología aplicada es un enfoque cuantitativo, realizamos un diagnóstico inicial en estudiantes adolescentes para identificar los principales factores de riesgo presentes, como la tristeza patológica, alteraciones del humor, y etapas maniacas, depresivas, bullying y conflictos familiares. Posteriormente, desarrollamos talleres psicoeducativos dirigidos a los adolescentes para fomentar habilidades socioemocionales. Entre los resultados esperados,

buscamos que los adolescentes desarrollen herramientas emocionales que les permitan manejar el estrés y la ansiedad, además de mejorar la comunicación familiar. También esperamos que los docentes y Departamento de bienestar estudiantil, estén mejor y más capacitados para identificar y actuar ante posibles riesgos, disminuyendo así la incidencia de conductas autolesivas y suicidas. Nuestro objetivo final es fortalecer la salud mental de los adolescentes y crear un ambiente seguro en el ámbito escolar, donde se priorice el bienestar emocional y la prevención de este grave problema. Este proyecto se alinea con la necesidad urgente de implementar acciones preventivas, reforzando la importancia de la sensibilización, la atención oportuna y la coordinación entre todos los actores sociales involucrados.

Palabras clave: Suicidio, Adolescentes, Prevención, Salud mental, Factores de riesgo

INTRODUCCIÓN

El problema del suicidio en adolescentes es una cuestión de salud pública que ha ganado importancia en las décadas recientes debido al aumento en las tasas de incidencia a nivel global. Representa una de los principales factores de mortalidad en este grupo etario y tiene un impacto devastador en las familias, comunidades y sistemas de salud. Los adolescentes, por encontrarse en una etapa de transición y vulnerabilidad, son particularmente susceptibles a factores emocionales, sociales y psicológicos que pueden llevarlos a desarrollar pensamientos suicidas o conductas autolesivas. Comprender este fenómeno resulta crucial para establecer estrategias efectivas de prevención, intervención y apoyo, tanto a nivel individual como comunitario (OPS, 2024).

De acuerdo con datos de la OMS, (2019) el suicidio se ha transformado en una de las causas primordiales de fallecimiento en la población juvenil de entre 15 y 19 años, lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad urgente de tomar medidas preventivas. La detección temprana de los riesgos, como conductas de aislamiento, cambios repentinos en el comportamiento o expresiones de desesperanza, es esencial para intervenir y brindar el apoyo adecuado, la creación de entornos seguros, tanto en el hogar como en las escuelas, junto con la promoción de la salud mental, es indispensable para reducir la incidencia de estas tragedias, resulta imperativo que las familias, las comunidades educativas y los servicios de salud trabajen en conjunto para prevenir el suicidio en adolescentes, garantizando un enfoque integral y humano que priorice el bienestar emocional

Es necesario un enfoque para prevenir el suicidio en adolescentes, que abarque tanto la promoción de la salud mental como el fortalecimiento de las redes de apoyo. Esto conlleva la formación de padres, docentes y expertos en salud para reconocer y tratar estas señales, implementar programas educativos en las escuelas que fomenten la resiliencia y el manejo de emociones, y garantizar el acceso a servicios de salud mental accesibles y de calidad. Asimismo, es esencial reducir el estigma asociado a los problemas emocionales y promover entornos seguros donde los adolescentes puedan expresarse sin miedo al juicio o rechazo. Solo a través de un esfuerzo

coordinado y multisectorial se podrá mitigar el impacto de esta problemática y proteger a los jóvenes durante esta etapa tan crucial de sus vidas (UNICEF, 2021).

El tema de prevenir el suicidio en jóvenes es cada vez más importante que impacte no solo a los jóvenes participantes, sino también a la familia, a las agrupaciones y a la sociedad en su conjunto. Las cifras resultan alarmantes, dado que el suicidio se ha establecido como la segunda causa de fallecimiento entre los jóvenes en numerosos rincones del planeta. Este fenómeno se relaciona con varias causas subyacentes, tales como la presión académica, la ausencia de respaldo emocional y el estigma que envuelve la búsqueda de asistencia (UNICEF, 2021).

Un elemento fundamental en esta problemática es la relación entre salud mental y suicidio. Los trastornos mentales, incluidos la ansiedad y la depresión representan factores de riesgo significativos en la ideación suicida. Es importante aclarar que no todos los jóvenes que experimentan problemas de salud mental terminarán por intentar suicidarse, pero los que lo hacen a menudo han lidiado con síntomas que no han sido abordados de manera adecuada. Por eso, identificar y tratar tempranamente estos problemas es crucial. La educación sobre salud mental dirigida a los adolescentes puede ayudarles a reconocer sus propios síntomas y encontrar el valor para buscar ayuda (UNICEF, 2021).

El acoso escolar es otro factor alarmante que contribuye al aumento de estas trágicas situaciones. El bullying, ya sea en su forma física, verbal o incluso digital, puede tener efectos devastadores en la autoestima y bienestar emocional de los jóvenes. Desde el ámbito familiar, el apoyo en el hogar juega un rol primordial en la prevención del suicidio. Muchos adolescentes se sienten más cómodos compartiendo sus problemas con sus familiares en lugar de acudir a profesionales (UNICEF, 2021).

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS

1.1 Antecedentes

El suicidio ha sido reconocido como un problema social y de salud desde tiempos antiguos, pero su estudio en adolescentes comenzó a tomar fuerza en el siglo XX, cuando se identificaron los cambios socioculturales, como el aumento del estrés académico, la presión social y la desintegración familiar, como posibles desencadenantes. Hoy en día, es conocido que elementos como los trastornos de salud mental (depresión, ansiedad), el consumo de drogas, el acoso escolar, el maltrato físico o sexual, y la ausencia de redes de apoyo incrementan la probabilidad de suicidio en este grupo de personas (OPS, 2024).

En los últimos años, la influencia de las redes sociales y la exposición a contenidos dañinos también han sido objeto de estudio, al ser identificados como elementos que pueden exacerbar el aislamiento, la baja autoestima y los sentimientos de desesperanza en los adolescentes. Por otra parte, los esfuerzos de prevención a través de programas escolares, campañas de sensibilización y el fortalecimiento de la accesibilidad a servicios de salud han mostrado resultados prometedores, pero la magnitud del problema exige una intervención más integral y coordinada (Armaza, 2023).

El análisis de los antecedentes epidemiológicos y sociales del suicidio en adolescentes es esencial para diseñar intervenciones basadas en evidencia que contribuyan a reducir las tasas de mortalidad y a promover el bienestar emocional y psicológico en esta población (Armaza, 2023).

La Organización mundial de la salud OMS (2024) analiza la etapa adolescente de 10 a 19 años y la etapa juvenil de 19 a 25 años. La SAHM Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia conocida como SAHM, categoriza que en la edad de 10 a 21 años. Distinguiendo tres etapas que se asemejan mutuamente: jóvenes a temprana edad entre (10-14 años), jóvenes intermedias (15-17 años) y jóvenes en edad (18-21 años).

- Primer periodo de la adolescencia. Abarca cerca de la edad entre los 10 a 13 años, distinguiéndose principalmente en la pubertad.

-Edad media de la adolescencia. Se desarrolla desde los 14 hasta los 17 años y se caracteriza mayormente por los enfrentamientos familiares, debido a la relevancia que adquieren los integrantes del grupo; es durante este lapso, cuando las acciones de riesgo pueden iniciarse con más probabilidad.

-Edad avanzada. Incluye desde los 18 a los 21 años y se caracteriza por la reincorporación de los valores de los progenitores y por asumir las responsabilidades y tareas propias de la madurez. (OMS,2024).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Implementar acciones enfocadas en la prevención del suicidio en adolescentes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España”, Ambato 2024-2025.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el estado emocional de los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España”.

- Identificar los niveles de riesgo suicida en adolescentes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España”.

- Elaborar materiales psico educativos para los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España” abordando la prevención del suicidio.

1.5 Marco Teórico

1.5.1 Riesgos y prevención de suicidio en adolescencia

De acuerdo con la OMS (2019), la adolescencia es una fase crucial en el crecimiento humano, a incluir la edad de 10 a 19 años. Este período se distingue por cambios biológicos, psicológicos y sociales que configuran la identidad, la independencia y las capacidades para manejar el ambiente. No obstante, también representa una fase de vulnerabilidad, dado que los jóvenes se encuentran con peligros vinculados al consumo de drogas, comportamientos sexuales peligrosos, violencia y trastornos de salud mental. Estos problemas no solo impactan a la persona, sino que también producen impactos considerables en las familias, las comunidades y las políticas de salud pública.

La prevención se establece como una táctica esencial para reducir los riesgos y potenciar los elementos de protección en los jóvenes. Este marco teórico aborda los fundamentos conceptuales de la adolescencia, los principales riesgos asociados a esta etapa y el diseño de acciones preventivas fundamentadas en modelos teóricos, enfatizando la necesidad de un enfoque integral y participativo (Bronfenbrenner, 2020).

De acuerdo con Bronfenbrenner (2020), el crecimiento humano se ve afectado por sistemas interconectados que comprenden el ambiente familiar, educativo y comunitario. Durante esta etapa, factores como los cambios hormonales, la búsqueda de independencia y la influencia de pares generan un terreno propicio para conductas de exploración, que en algunos casos se traducen en riesgos.

1.5.2 El Suicidio

Es el acto de dejar la vida de manera deliberada. En los adolescentes, este fenómeno se ve influenciado por una combinación de factores emocionales, sociales y psicológicos, a menudo exacerbados por los desafíos propios de esta etapa de la vida el suicidio durante la adolescencia es un grave problema de salud pública que afecta no solo al individuo sino también a la persona afectada, sino también a sus familias, amigos y a la comunidad en su conjunto.

1.5.2.1 Los riesgos asociados a la adolescencia

- **Consumo de sustancias:** Uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

- **Comportamientos sexuales peligrosos:** Abortos no programados e infecciones transmitidas por sexo.
- **Violencia:** Bullying, violencia intrafamiliar y delincuencia.
- **Problemas de salud mental:** Ansiedad, depresión y suicidio.

En contrapartida, los factores de protección, como una familia funcional, redes de apoyo, habilidades sociales y acceso a una educación de calidad, actúan como barreras que reducen la probabilidad de desarrollar conductas de riesgo (Bandelow, 2022).

1.5.3 Teorías relacionadas con la prevención en adolescentes

1.5.3.1 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner sugiere que el progreso humano se ve afectado por sistemas interrelacionados.:

- **Microsistema:** Familia, amigos, escuela.
- **Mesosistema:** Interacción entre sistemas como la familia y la escuela.
- **Exosistema:** Entornos indirectos como políticas escolares o laborales.
- **Macrosistema:** Cultura, normas sociales y políticas públicas.

Este modelo subraya la importancia de considerar todos los niveles del entorno al diseñar acciones preventivas, ya que los adolescentes no existen de manera aislada, sino inmersos en un contexto sociocultural que influye en su comportamiento.

1.5.3.2 Modelo de Resiliencia

La resiliencia, entendida como la habilidad para superar obstáculos, es un pilar fundamental en la prevención. Este modelo subraya la relevancia de fomentar en los adolescentes competencias emocionales y sociales, tales como la gestión del estrés, la resolución de disputas y el proceso de toma de decisiones. Las tácticas de prevención fundamentadas en este método tienen como objetivo fortalecer a los adolescentes para que afronten los riesgos de forma eficaz.

1.5.3.3 Modelo de Salud Pública

Este modelo identifica factores de riesgo y protección a nivel poblacional y propone intervenciones que beneficien al colectivo. En adolescentes, estas estrategias incluyen campañas educativas, acceso a servicios de salud y políticas públicas que promuevan entornos protectores. La prevención, desde esta perspectiva, no solo busca evitar problemas, sino también promover el bienestar comunitario (Bronfenbrenner,2020).

1.5.4 Tipos de acciones preventivas

La OMS clasifica las acciones preventivas en tres niveles:

1.5.4.1 Prevención primaria: Se centra en evitar que los riesgos ocurran. Ejemplo: talleres educativos, programas de promoción de la salud, promoción de campañas de prevención del uso de sustancias.

1.5.4.2 Prevención secundaria: Intenta identificar riesgos en fases iniciales y prevenir su evolución. Ejemplo: programas para identificar comportamientos peligrosos, análisis psicológico o acciones educativas.

1.5.4.3 Prevención terciaria: Intervenciones diseñadas para minimizar las consecuencias de los riesgos ya presentes. Ejemplo: programas de rehabilitación para adolescentes con adicciones, apoyo psicológico para víctimas de violencia o estrategias de reinserción escolar.

Un enfoque integral implica la implementación simultánea de los tres niveles, adaptando las estrategias al contexto sociocultural y a las necesidades específicas de la población adolescente (Bandelow, 2022).

1.5.5 Principales riesgos en la adolescencia

1.5.5.1 Consumo de sustancias: El uso de tabaco, alcohol y sustancias ilegales es uno de los peligros más comunes durante la etapa adolescente. De acuerdo con la OMS, el consumo precoz de sustancias se relaciona con un incremento en el riesgo de adicción en la adultez, además de problemas de salud física y mental.

1.5.5.2 Conductas sexuales de riesgo: La ausencia de una formación sexual completa y el acceso restringido a métodos anticonceptivos ponen a los jóvenes en riesgo de embarazos no deseados e ITS. Esto genera consecuencias sociales, educativas y económicas tanto para los adolescentes como para sus familias.

1.5.5.3 Violencia y bullying: La violencia en sus distintas formas, incluyendo el acoso escolar, la violencia intrafamiliar y la delincuencia impacta de manera adversa en el crecimiento emocional y social de los jóvenes, impacta de manera negativa en el crecimiento emocional y social de los jóvenes, incrementando la probabilidad de problemas de salud mental.

1.5.5.4 Salud mental: Desórdenes como la ansiedad, depresión y suicidio han aumentado en la población juvenil, intensificando su severidad debido a la ausencia de redes de soporte y recursos apropiados.

1.5.6 Programas exitosos:

Diversos programas han probado su efectividad en la prevención de riesgos en los adolescentes:

1.5.6.1 Familias Fuertes (OPS): Este programa trabaja en el fortalecimiento de la comunicación y las relaciones familiares para prevenir el consumo de sustancias.

1.5.6.2 Yo Decido (México): Campaña de prevención del embarazo adolescente que combina formación sexual completa y disponibilidad de métodos anticonceptivos.

1.5.6.3 Escuelas Seguras: Estrategias para prevenir el bullying y fomentar entornos educativos protectores.

Los estudios revisados muestran que las acciones preventivas, cuando se implementan adecuadamente, pueden reducir significativamente la probabilidad de suicidio en jóvenes adolescentes. Es fundamental que las estrategias de prevención se basen en una intervención temprana, educación emocional y un fuerte apoyo familiar y escolar, las políticas públicas deben asegurar que existan recursos adecuados para la puesta en marcha de programas y que estos sean accesibles a todos los adolescentes, sin distinción de clase social o ubicación geográfica (Crosby, 2020).

El diseño e implementación de acciones preventivas en la adolescencia es un pilar fundamental para fomentar la totalidad del bienestar de esta población y garantizar su desarrollo saludable. Estas estrategias deben ser integrales, participativas y sostenibles, considerando tanto los elementos de riesgo como los de salvaguarda. Además, deben adaptarse al contexto sociocultural, involucrando a las familias, instituciones educativas y comunidades en general en su diseño y ejecución.

Invertir en la prevención durante la adolescencia no solo se reduce la incidencia de conductas de riesgo, sino que también fortalece el tejido social, mejora el rendimiento

académico y disminuye los costos asociados a los problemas de salud pública. A través de estas acciones, se puede garantizar que los adolescentes desarrollen las competencias requeridas para afrontar los retos de la adultez, contribuyendo al progreso de las sociedades y asegurando un futuro más equitativo y sostenible (Durkheim, 2020).

La percepción del suicidio y el comportamiento suicida varían dependiendo de las distintas culturas y tiempos. Un caso ilustrativo sería Japón en comparación con las naciones de tradición cristiana judía. En primer lugar, el suicidio representa un gesto de dignidad individual y orgullo patriótico, tal como lo refleja el harakiri de los samuráis, que sigue vigentes hasta la actualidad. No olvidemos que el destacado autor Wilcox (2020) lo realizó, en reacción al sometimiento de su nación a los Estados Unidos. Por otro lado, para la cultura judeocristiana, es un acto inadmisibles y condenado.

En el periodo romántico, se veía adecuado cuando se llevaba a cabo por amor. Johann Wolfgang Von Goethe, antecesor del romanticismo, publicó *Las penas del joven Werther*, en la que el personaje principal es Werther, se priva de su vida debido a que su amada no le corresponde. La obra literaria alcanzó un éxito global y provocó tal impacto que provocó entre hombres y mujeres una ola de suicidio que alarmó a la sociedad. Sucedió algo parecido en nuestro entorno con Manuel Acuña, poeta romántico y estudiante de medicina, quien, al darse cuenta por vencido por el amor hacia Rosario, desató una especie de tendencia de la muerte autoinfligida. Es que una de las repercusiones del comportamiento suicida es la imitación; David Phillips, sociólogo estadounidense, lo describió en 1974 como "el efecto Werther", refiriéndose a la famosa obra literaria.

Un suicidio representa un impacto para aquellos que lo rodean y para la sociedad en general, a la que puede causar daño. Por lo tanto, también se considera una potente herramienta política, tal como demuestra la simbólica autoinmolación del monje budista Turecki (2020), que se roció con gasolina y se prendió fuego en público para manifestar su protesta contra el trato que los budistas recibían del gobierno de Vietnam del Sur. La imagen de su suicidio circuló por el mundo y, de alguna manera, influyó en el giro que daría la guerra de Vietnam.

La visión filosófica del comportamiento suicida expone los diversos contrastes frente a la existencia. Los creyentes la condenan, ya que para ellos Dios es el propietario de nuestra existencia y solo él tiene la potestad de modificarla. Por otro lado, existen quienes la ven como el acto supremo de libertad del ser humano. El pensador rumano Emil Cioran afirmaba que "lo magnífico del suicidio radica en que es una elección". En realidad, es muy agradable poder suprimirse.

El enfoque científico de este asunto comienza en el siglo XIX, con Émile Durkheim (2021), sociólogo positivista y escritor de *El suicidio*, obra donde argumenta que el acto de suicidio es un fenómeno social que afecta al individuo. Él fue el pionero en utilizar las estadísticas para su estudio, ya que no debemos olvidar que la epidemiología contemporánea es directamente descendiente de Durkheim.

1.5.6 Las visiones psicológica y psiquiátrica

Entender los diversos enfoques que brindan las perspectivas psicológicas y psiquiátricas contribuye a comprender el comportamiento autodestructivo de las personas en su calidad de individuos.

Desde el punto de vista psicológico, El acto de abandonar la vida puede ser interpretado de múltiples maneras: como una acción desesperada de alguien que no haya otra opción, como un intento por comunicarse o captar la atención, o como una agresión con dedicatoria, un medio para exhalar resentimientos y deseos adversarios. De acuerdo con Freud, padre del psicoanálisis, todo suicidio es un homicidio frustrado, es decir, es realizado por un individuo que de manera subconsciente elige tomar su propia vida en lugar de cederla a otro (Ferreira, 2020).

El subconsciente autodestructivo también se manifiesta en conductas de alto peligro, particularmente en la juventud, donde tal vez no hay una intención de autodestrucción, pero sí un desafío o un desafío a la vida vinculada con manejar coches a gran velocidad, practicar deportes de gran riesgo, entre otros. El anhelo de sentimientos intensos que se aproximan a la muerte y, conforme se aproximan, la vida se vuelve más emocionante. Así pues, no es raro que el índice de mortalidad en este grupo de edad sobrepase al de la población general, como lo demuestran asimismo las cláusulas de los seguros médicos y de vida (Klonsky, 2019)

Una cuestión frecuentemente planteada cuando un individuo intenta suicidarse es cuán grave fue el acto: ¿el individuo realmente intentó suicidarse o simplemente intentó captar la atención? A pesar de la complejidad de su respuesta, la cuestión parece imprescindible para entender más profundamente las causas del comportamiento suicida y para entender a quienes lo expresan. En primer lugar, cualquier acto de suicidio es de naturaleza ambivalente, dado que en el ser humano existen resistencias que respaldan la vida y otras que promueven el fallecimiento. En lugar del contraste entre diferentes colores como el blanco y negro, existen gradientes. Algunos individuos son más preparados que otros para dejar de existir. Un buen caso es el de la ruleta rusa que consiste en un arma de seis balas, los más determinados dejan únicamente un espacio libre; y los más indecisos, no colocan ninguno. Por lo tanto, no debemos olvidar que aquellos individuos que optan por quitarse la vida, independientemente de cuán decididos sean, siempre dejen un hueco que pueda salvarlos (Kleiman, 2019).

Por lo tanto, la cuestión acerca de la gravedad de la intención de morir debe ser respondida con cautela. Evaluar el nivel de "seriedad" es un tema complicado y generalmente implica juicios de valor. Es común que la gravedad del acto se defina a través de la letalidad del método seleccionado. Por lo tanto, los más graves son aquellos que utilizan armas de fuego, saltan de lo alto de una edificación o se ahorcan. Sin embargo, la mayoría opta por técnicas que dificultan determinar el nivel de letalidad, como el monóxido de carbono del horno del hogar o del vehículo, cortar las venas o consumir una sobredosis de fármacos. Para evaluar adecuadamente el intento de suicidio, es necesario entender en profundidad los detalles del acto y no restringirse únicamente a la letalidad del método (Yukio, 2021).

El juicio de valor que conlleva la cuestión a la que venimos discutiendo, lamentablemente, divide a las personas en dos direcciones: los esfuerzos realizados son valorados con respeto y aquellos que solo atraen la atención suelen ser condenados con dureza. En realidad, cada suicidio, ya sea alcanzado o no, se interpreta como un grito de desesperación, una llamada de atención hacia aquellos que rodean a aquellos que llegan a ese punto. Así pues, es aconsejable no plantear esa clase de pregunta al inicio y no olvidar la angustia que subyace a estos comportamientos (Yukio, 2021).

Un factor psicológico también significativo para aquellos que intentaron deshacerse de su vida sin éxito es el concepto de crisis. Esta se caracteriza como una disfunción mental provocada por un problema que la persona no logra solucionar a través de los procedimientos convencionales. Es incluida una circunstancia que lo asombra o lo confunde profundamente y que puede transformarse en un punto crucial entre dos rutas, sumergirse o avanzar. En resumen, un intento de suicidio exitosamente superado y bien gestionado por los expertos y familiares del suicidio puede transformarse en una ocasión para abordar y solucionar problemas pendientes y propiciar un crecimiento emocional más elevado (Yukio, 2021).

Un método que ha facilitado la comprensión de las personas que han fallecido son las autopsias psicológicas, que implican reconstruir el comportamiento de estos individuos los días antes de su fallecimiento. Las autopsias psicológicas han demostrado que previo al suceso existieron mensajes o advertencias de advertencia, que no fueron adecuadamente entendidas por las personas alrededor, incluyendo a los médicos y al personal de salud. Diversas investigaciones evidencian que entre el 30 y el 50% de los suicidas habían mantenido interacciones con algún profesional de la salud o psiquiatra. Este descubrimiento ha impulsado la elaboración de herramientas que buscan detectar el peligro y evitar los comportamientos suicidas.

No obstante, ninguno ha demostrado ser completamente efectivo. A pesar de la acción preventiva, existen individuos que acaban quitándose la vida. Por fin, la experiencia evidencia que es más eficaz identificar la psicopatología que reside en la intención y proceder a su tratamiento, alertando constantemente al involucrado y a sus más cercanos sobre la relevancia de mantener una postura vigilante (Turecki, 2023).

1.5.7 Un caso emblemático: Silvia Plath

El caso de la poeta estadounidense Silvia Plath (1932-1963) es uno de los más investigados de suicidio. Su caso demuestra con precisión lo aquí expuesto. Su padre, con el cual mantenía una relación cercana, fallece cuando ella contaba con cinco años. A la edad de 21 años (1953) ella experimenta su primer intento de suicidio y es internada en un centro psiquiátrico, donde se le aplican electrochoques e impactos insulínicos, además de terapia psicoanalítica. En 1962, sufre un grave accidente de tráfico del que sobrevive, aunque ya puede ser categorizado como comportamiento peligroso al manejar.

En ese mismo año, decidió distanciarse de su esposo, el poeta Ted Hughes (1930-1998). Paradójicamente, la separación coincide con un período de alta producción literaria para ella, que, según su historial médico, indica un episodio de hipomanía, dado que posteriormente padece el cuadro depresivo que termina en su suicidio el 11 de febrero de 1963. Es innegable que Silvia Plath padecía de un trastorno bipolar, que se sabe poseer una fuerte carga genética; resulta casi inusual que su hijo menor, nacido en 1962, falleciera a la edad de 47 años (Álvarez, 2022).

El suicidio de Silvia Plath parece confirmar que ella estaba decidida a fallecer. Involucró la cabeza en el horno de la estufa y lo sujetó para inhalar el gas, una técnica muy habitual entre las personas que se suicidan en el Reino Unido. No obstante, examinándola con más profundidad, su decisión no es tan convincente. Era consciente de que, como todos los días, la niñera puntual de sus hijos llegaría, pero ese día no lo hizo: un atasco en el transporte público retrasó su llegada. Al entrar a la vivienda, ella fue la primera en encontrar el cuerpo sin vida.

El suicidio de Silvia provocó un gran impacto. Su estatus de mujer, su vida accidentada y su habilidad poética la transformaron en un símbolo para el movimiento feminista, que responsabilizó a Ted Hughes de su fallecimiento, por haberla dejado por su mejor amiga. Hughes, condenado al olvido social, lo recuperó al nivel de su propia obra poética (Álvarez, 2022).

1.5.8 Un esquema preventivo diferente

El modelo psicológico "diátesis-estrés" es el enfoque teórico más adecuado para guiar las acciones preventivas, y se utiliza tanto en los trastornos mentales como en determinados eventos sociales. El término diátesis se deriva del griego (διεθεις), que significa "diseminar" o también predisposición, sensibilidad o debilidad. Este formulario resulta práctico para describir la manera en que Los rasgos genéticos o biológicos (diátesis) se vinculan con los elementos ambientales (estresores) para provocar incomodidad como el comportamiento suicida.

La estrategia preventiva bajo este enfoque, en lugar de la tradicional primaria, secundaria y terciaria, se fundamenta en las acciones por grupo de población, las cuales facilitan la creación de acciones más exactas y efectivas. Estas acciones se enfocan en tres categorías de poblaciones:

- A. Intervención universal, que incluye a la población.
- B. Las estrategias selectivas, orientadas a altos grupos de riesgos.
- C. Las sugerencias, que no están dirigidas a grupos, sino a individuos de alto riesgo (Lazarus, 2023).

1.5.9 Intervenciones universales

Estas acciones se dirigen tanto a la población en general en diferentes niveles (nacional, estatal o regional) como a grupos específicos (alumnos, mayores de edad y con enfermedades). Las leyes que han probado su eficacia, aunque curiosamente no fueron establecidas específicamente para prevenir el suicidio, abarcan: la restricción de la adquisición y comercialización de armas de fuego, la implementación de catalíticas en el sector automotriz para reducir la producción de monóxido de carbono, y el reemplazo del gas tradicional doméstico por gas natural como otras medidas en este nivel y particularmente dirigidas al objetivo que nos interesa, son: la restricción del acceso a las azoteas de las construcciones de alto nivel y la instalación de barreras de protección en los puentes de vía para evitar que las personas se muevan desde esos sitios. Con estos mismos objetivos, se ha disminuido la cantidad de comprimidos en los contenedores de fármacos controlados y su formato ha evolucionado de ser en recipientes de plástico. Aunque son medidas inteligentes, aún no se ha demostrado científicamente su eficacia (Lazarus, 2023).

Otras tácticas de prevención a nivel nacional implican brindar acceso a la asistencia sanitaria, a través de los servicios públicos de salud, a individuos de alto de niveles altos, tales como aquellas personas que padecen de trastornos mentales o consumen alcohol y drogas.

Las acciones dirigidas a grupos, las campañas abarcan a grupos específicos de la población en la educación escolar para los estudiantes como los docentes detecten y asistan a aquellos en situaciones de crisis, de tal manera que las cruzadas sean contra la luchar al abuso escolar (bullying) que, a pesar de no haber sido inicialmente diseñadas para combatir el suicidio, han contribuido a reducir los índices de tal comportamiento en los estudiantes (Niederkröthaler, 2019).

1.5.10 Las estrategias selectivas

Este tipo de tácticas apuntan a los grupos más vulnerables, incluyendo además de los consumidores de drogas, los individuos recién diagnosticados con una enfermedad grave, particularmente en la tercera edad, los prisioneros y muchos ciudadanos en condición de calle. La probabilidad de suicidio en pacientes mentales es diez veces superior al resto de la población, independientemente del tipo de padecimiento. Ya que muchos de estos problemas no se identifican frecuentemente y, finalmente, no se tratan en el nivel inicial de atención, se han establecido programas de capacitación para que los médicos generales detecten y traten a los pacientes deprimidos. Estos programas han demostrado que aumentan las prescripciones de antidepresivos y disminuyen las tasas de conducta suicida (Niederkröthaler, 2019).

El peligro de suicidio se incrementa entre aquellos que acaban de ser diagnosticados con alguna patología severa, en particular neurológica o neoplásica, se aconseja examinarlos con una atención particular ya que las comunidades altamente vulnerables son las de personas que habitan en la calle, especialmente en la juventud, así como los prisioneros que justo han sido liberados. Lamentablemente, a estos grupos vulnerables no se les ha brindado el cuidado requerido (Niederkröthaler, 2019).

Se aconsejan especialmente otras intervenciones selectivas en personas que han tratado de suicidio o han llegado a un centro de salud debido a pensamientos suicidas. En un estudio estadístico se descubrió que el 16% de los individuos que intentaron

suicidarse lo intentaron de nuevo durante un año sin resultados fatales, aunque el 2% sí lo consiguió. Nueve años más tarde, sin embargo, solo el 7% consiguió lograrlo. Por lo tanto, los intentos de suicidio previos, especialmente cuando son recurrentes, son el principal factor de riesgo y, por ende, la indicación de que se debe mantener la alerta (Owens, 2022).

Por lo general, la mayoría de los individuos que buscan suicidio suelen ser los pacientes que deben ser llevados a los servicios de urgencias de los hospitales generales, donde lo más conveniente sería disponer de un sistema capacitado en la gestión de situaciones críticas. En pocas ocasiones, la acción del equipo médico en esa situación resulta exitosa, por lo que es habitual que se delegue a la persona sin haber reconocido el núcleo de su problema.

Lamentablemente, hasta el momento no existe evidencia evidente de cuáles de estas intervenciones resultan beneficiosas para la prevención. La terapia cognitivo conductual parece ser la más efectiva. Otras tácticas que han producido resultados incluyen monitorear a los pacientes a través de cartas regulares o llamadas telefónicas (Owens, 2022).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

2.1 Diseño metodológico

La presente investigación tiene un diseño metodológico no experimental porque no se utilizará un grupo de control, al contrario, se utilizará un grupo de estudiantes que nos permitirá conocer su estado de ánimo. Por otro lado, el alcance que tendrá el presente estudio será de tipo descriptivo ya que mediante la aplicación de encuestas permitirá describir el estado emocional de los estudiantes. Por último, con un periodo de diseño transversal ya que la investigación se realizará en un corto plazo, lo que es adecuado para evaluar la situación actual de los adolescentes en cuanto a sus niveles de depresión y riesgo suicida. De acuerdo con Velázquez (2020), el diseño transversal proporciona una medición instantánea que facilita la recopilación de datos relevantes en un corto período.

2.2 Enfoque de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo por lo cual se basa en la cuantificación realizara un test acerca de esta problemática ya que se recopilarán datos para obtener resultados claros y medibles. Se utilizará un test estandarizado para medir los niveles de depresión en los adolescentes, lo que permitirá analizar cómo estos niveles se relacionan con el riesgo suicida. Esto ayudará a entender la prevalencia de la depresión y su relación con el suicidio en los estudiantes.

2.3 Cuestionario o Instrumentos Utilizados

El instrumento de recolección de datos será mediante un test que mide exclusivamente los niveles de depresión en forma general de la población adolescente, adulta y adulto mayor, como es el test de Hamilton (ansiedad). Este cuestionario permite evaluar de manera objetiva la gravedad de los síntomas depresivos, proporcionando información clave para identificar elementos vinculados al riesgo de suicidio en los jóvenes.

Se eligió esta prueba debido a su alta confiabilidad y validez mediante el alfa de Cronbach en la cual las investigaciones me han determinado un puntaje de 0.88 lo que significa que es un test valido para ser aplicado en otras investigaciones, lo que asegura resultados precisos y relevantes. Su aplicación proporciona información esencial para entender el estado emocional de la población estudiada y desarrollar estrategias efectivas de prevención (Lobo et al., 2002).

El psiquiatra Max Hamilton elaboro la escala de depresión de Hamilton, conocida como la escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) y fue publicada en 1960 lo cual tiene como objetivo detectar los síntomas tempranos de depresión así como el estado de ánimo en el que los alumnos se encuentran de primer semestre del instituto superior tecnológico España “ISTE”, mediante la evolución como la valoración de los efectos, el test de Hamilton contas de 14 ítems los cuales se dividen en cuatro factores primordiales, que permite de 0 a 4 puntos a cada elemento, considerando como una de sus intensidad más frecuencia, además de dos calificaciones asociadas a la ansiedad mental (elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a la ansiedad física (elementos 7, 8, 9, 10, 11,12 y 13) (Lobo et al., 2002).

Otro instrumento utilizado fue la escala de Plutchik para el riesgo de suicidio (Risk of Suicidio, RS) la cual mide exclusivamente el nivel de riesgo suicida en la población adolescente, adulta y adulto mayor. Este cuestionario permite evaluar de manera objetiva la probabilidad de conducta suicida, proporcionando información clave para identificar factores asociados al riesgo de suicidio en la población adolescente. La escala se basa en la teoría psicoevolutiva de las emociones y considera factores como la historia de intentos previos, impulsividad y desesperanza, lo que permite una evaluación integral del riesgo.

Se eligió esta prueba debido a su adecuada confiabilidad y validez, mediante el alfa de Cronbach de 0.749, lo que indica una consistencia interna aceptable para su aplicación en investigaciones. Esto asegura que la escala es una herramienta efectiva para medir el riesgo de suicidio en diferentes grupos de población. Su aplicación proporciona información esencial para comprender el estado emocional de los participantes y desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención (Santana y Santoyo, 2018).

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, fue creada por el psicólogo Robert Plutchik, y fue publicada en el año 1989, con el objetivo de evaluar el riesgo de conducta suicida en distintas poblaciones. Esta escala permite identificar factores asociados al suicidio en los alumnos del primer periodo del instituto tecnológico superior de España "ISTE", el test de Plutchik consta de 15 ítems que evalúan diferentes dimensiones del riesgo suicida, incluyendo pensamientos, intenciones y conductas autodestructivas. Cada ítem se puntúa en una escala que permite medir la probabilidad de que una persona presente riesgo suicida. La evaluación de esta prueba facilita la identificación de individuos en situación de vulnerabilidad, favoreciendo la implementación de tácticas adecuadas de prevención e intervención, permitiendo la implementación de tácticas de prevención e intervención adecuadas (Santana y Santoyo, 2018).

2.4 Población

En el presente estudio la población determinada o universo total de estudio es de aproximadamente de 1200 estudiantes matriculados legalmente en la jornada matutina, vespertina nocturna e intensivo de primero, segundo, tercer y cuarto semestre del Instituto Superior Tecnológico "España"., en el periodo de 2024-2025.

2.5 Muestreo

El tipo de muestreo es de tipo probabilístico ya que tienen la misma posibilidad de ser elegidos para la investigación, para lo cual se utilizó el muestreo conglomerado ya que todos están ubicados la misma unidad, la técnica de investigación es mediante una encuesta basada en el Test de Hamilton para la ansiedad un instrumento estandarizado y validado ya que permitirá evaluar los niveles de depresión en los estudiantes y también se aplicó el test de Escala de Riesgo Suicida de Plutchik un instrumento estandarizado y validado lo que permitiría evaluar las diferentes dimensiones del riesgo suicida, incluyendo pensamientos, intenciones y conductas autodestructivas, por lo cual se tomó como muestra 50 estudiantes adolescentes medios, lo cual nos permitirá analizar y caracterizar aspectos específicos relacionadas con el riesgo suicida dentro del Instituto Superior Tecnológico "España".

2.6 Recursos

- **Recursos Humanos:** Los recursos a utilizar son el personal de la institución, junto con el apoyo de nuestros docentes tutores, quienes brindarán su colaboración y asistencia durante el desarrollo de la investigación.
- **Recursos Económicos:** No se contará con recursos de terceras personas, de organizaciones, ni por parte del instituto u otras entidades ya que los gastos en impresiones, transporte, y todo el material a realizar dependerá por autonomía propia sin necesidad de gastos innecesarios.
- **Recursos Tecnológicos:** Los recursos a utilizar son aparatos tecnológicos como computadora, teléfonos inteligentes, impresoras, herramientas de investigación e internet como bases de datos bibliográficas, de buscadores académicos como Google académico, Scopus.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, este capítulo presentará los hallazgos más relevantes de la investigación llevada a cabo, la organización de este apartado se conformará por tablas y gráficos donde se sintetiza los principales resultados por objetivo específico.

Objetivo específico 1. Evaluar el estado emocional de los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España”.

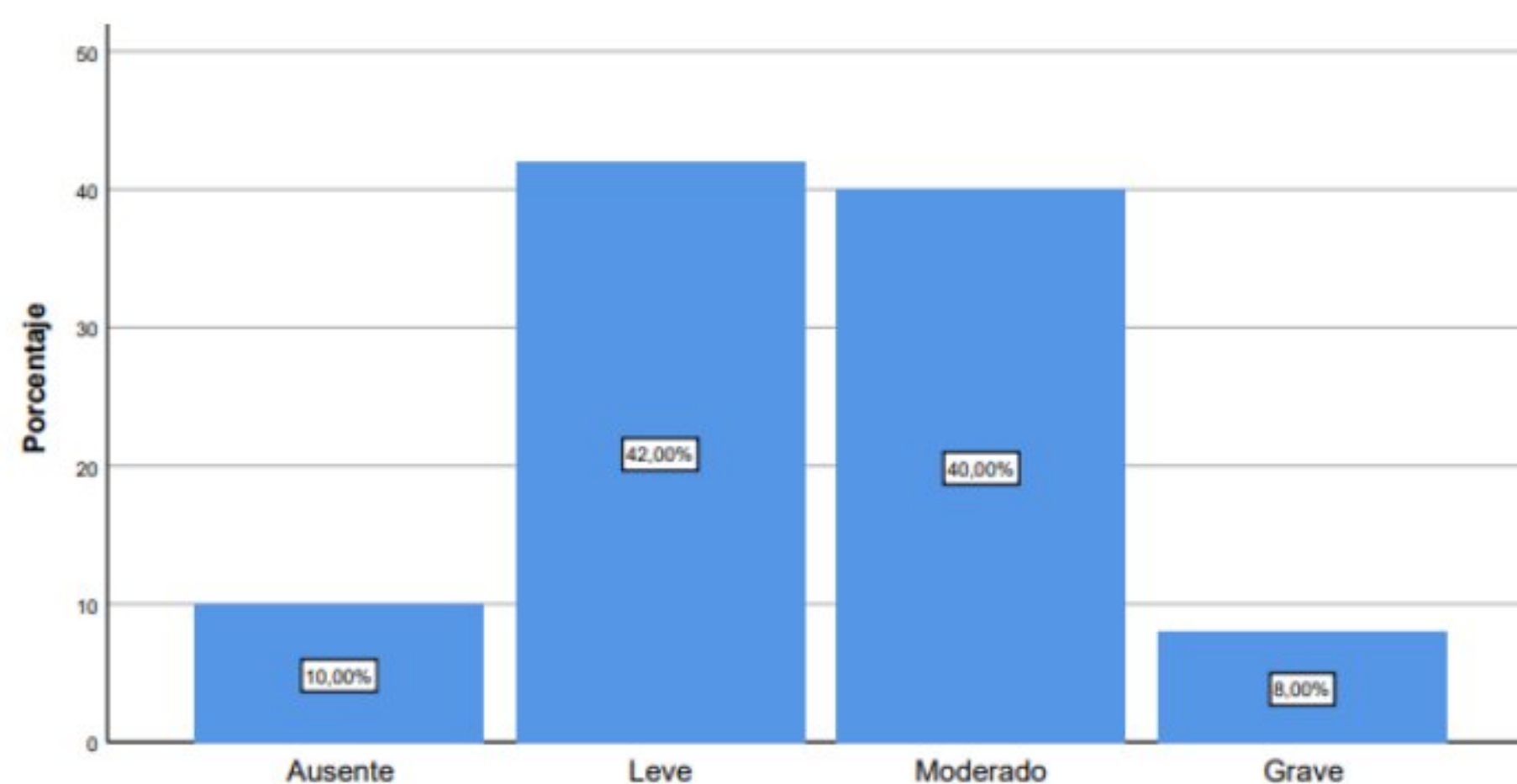
3.1 Tabulación e Interpretación de Encuestas

Tabla 1. Estado de Ánimo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	5	10,0	10,0	10,0
	Leve	21	42,0	42,0	52,0
	Moderado	20	40,0	40,0	92,0
	Grave	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 1 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto al estado de ánimo. Elaboración propia.

Ilustración 1. Estado de Ánimo



Nota. Elaboración propia

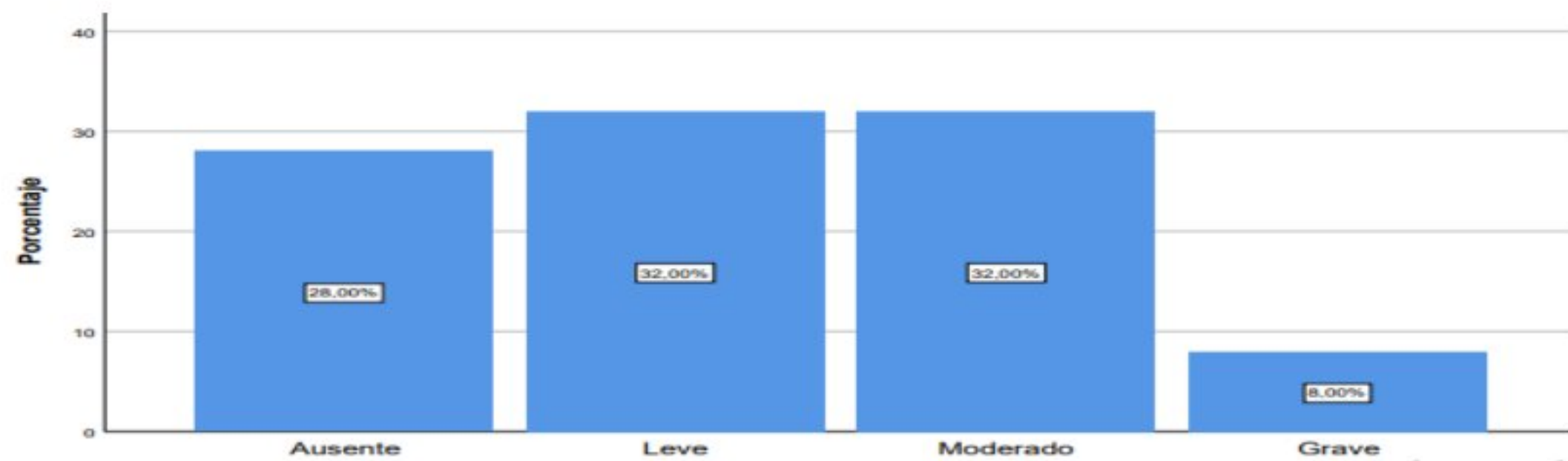
Como se observa en la tabla y gráfico 1, que representan al estado de ánimo de los estudiantes, el 42% (21) de los estudiantes encuestados representan un estado de ánimo leve, seguido por un 40% (20) los estudiantes con un estado de ánimo moderado. Por otro lado, el 10% (5) de los estudiantes corresponde a estudiantes con un estado de ánimo ausente, mientras el 8% (4) de los estudiantes representa a un estado de ánimo grave.

Tabla 2. Tensión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	14	28,0	28,0	28,0
	Leve	16	32,0	32,0	60,0
	Moderado	16	32,0	32,0	92,0
	Grave	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 2 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a la tensión. Elaboración propia.

Ilustración 2. Tensión



Nota. Elaboración propia

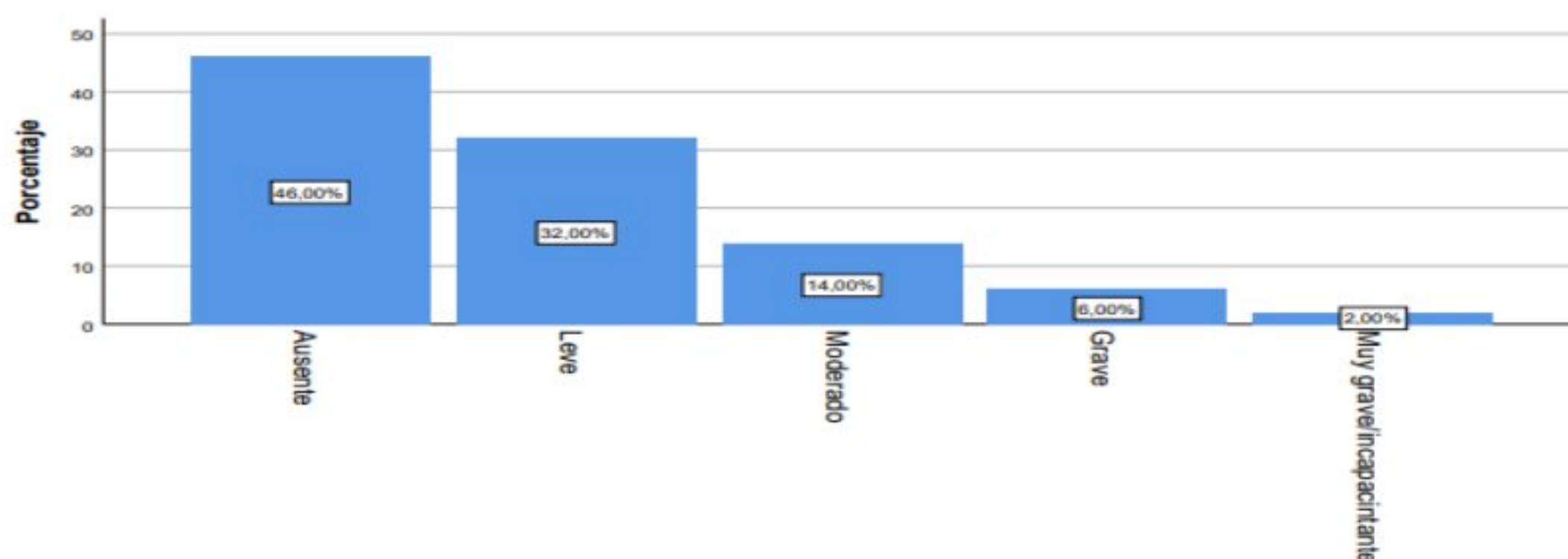
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 2, que representan el nivel de tensión en los estudiantes, el 32% de los encuestados presentan un nivel de tensión leve, seguido por otro 32% con un nivel de tensión moderado. Sin embargo, un 28% de los estudiantes reporta una tensión ausente, mientras que el 8% experimenta un nivel de tensión grave.

Tabla 3. Temores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	23	46,0	46,0	46,0
	Leve	16	32,0	32,0	78,0
	Moderado	7	14,0	14,0	92,0
	Grave	3	6,0	6,0	98,0
	Muy grave/incapacitante	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 3 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los temores. Elaboración propia.

Ilustración 3. Temores



Nota. Elaboración propia

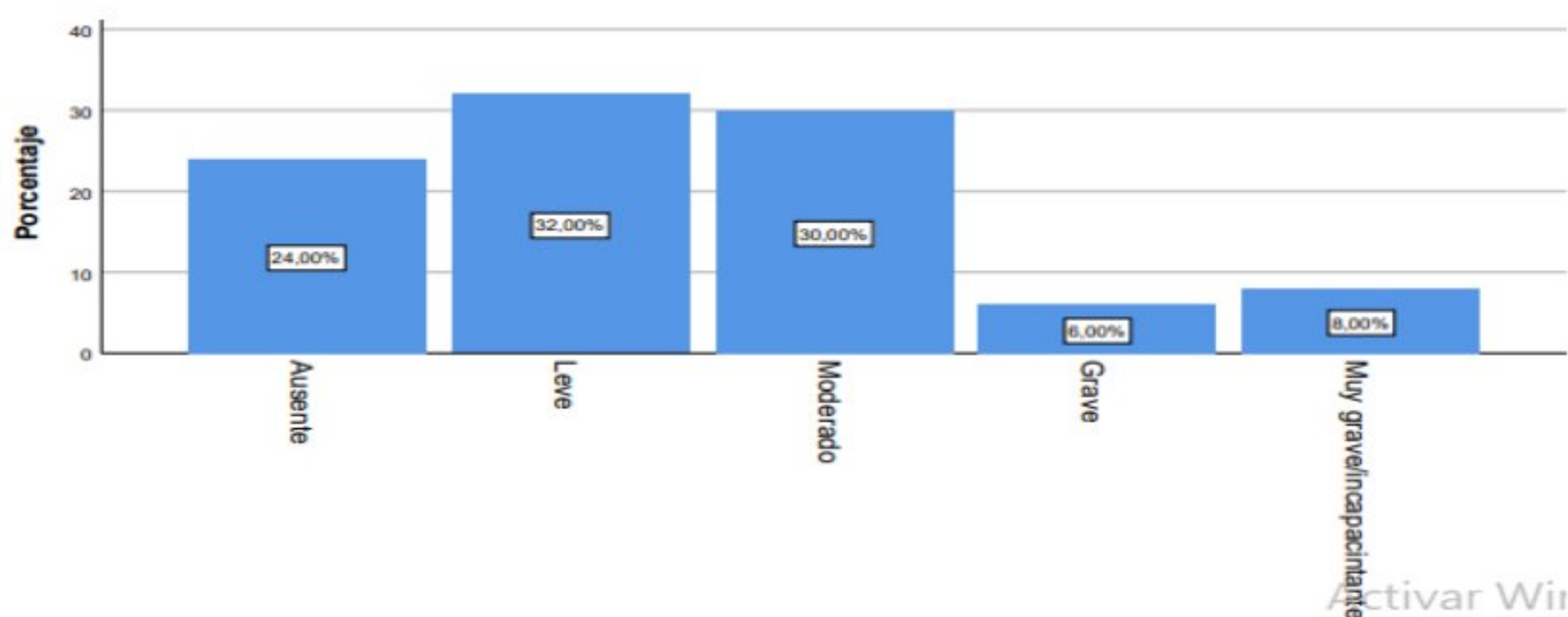
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 3, que representan los temores de los estudiantes, el 46% de los encuestados reporta una ausencia de temores, mientras que un 32% experimenta temores leves. Por otro lado, el 14% de los estudiantes manifiesta temores moderados, seguido por un 6% que presenta temores graves. Finalmente, un 2% de los encuestados indica temores muy graves o incapacitantes.

Tabla 4. Insomnio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	12	24,0	24,0	24,0
	Leve	16	32,0	32,0	56,0
	Moderado	15	30,0	30,0	86,0
	Grave	3	6,0	6,0	92,0
	Muy grave/incapacitante	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 4 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto al insomnio. Elaboración propia.

Ilustración 4. Insomnio



Nota. Elaboración propia

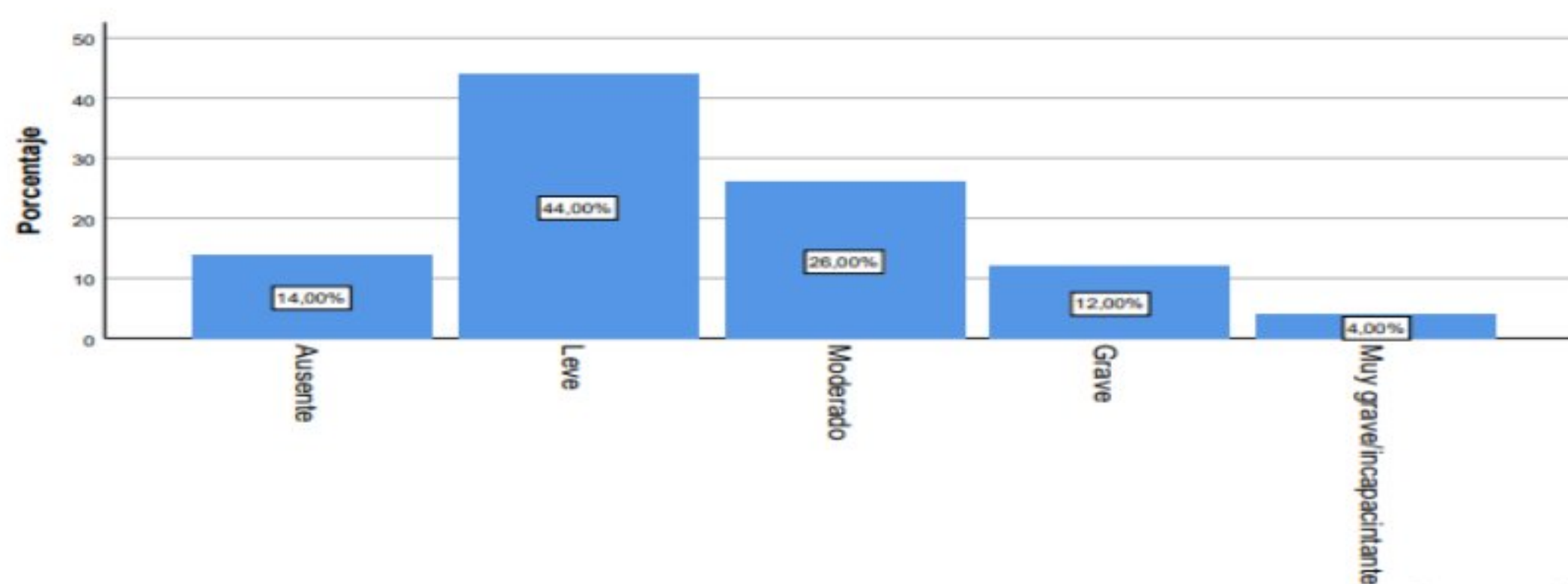
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 4, que representan la presencia de insomnio en los estudiantes, el 32% (16) de los encuestados reporta insomnio leve, seguido por un 30% (15) que experimenta un nivel moderado. Por otro lado, el 24% (12) de los estudiantes indica una ausencia de insomnio, mientras que un 8% (4) presenta insomnio muy grave o incapacitante. Finalmente, el 6% (3) de los encuestados manifiesta insomnio grave.

Tabla 5. Intelectual cognitivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	7	14,0	14,0	14,0
	Leve	22	44,0	44,0	58,0
	Moderado	13	26,0	26,0	84,0
	Grave	6	12,0	12,0	96,0
	Muy grave/incapacitante	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 5 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto al intelectual cognitivo. Elaboración propia.

Ilustración 5. Intelectual cognitive



Nota. Elaboración propia.

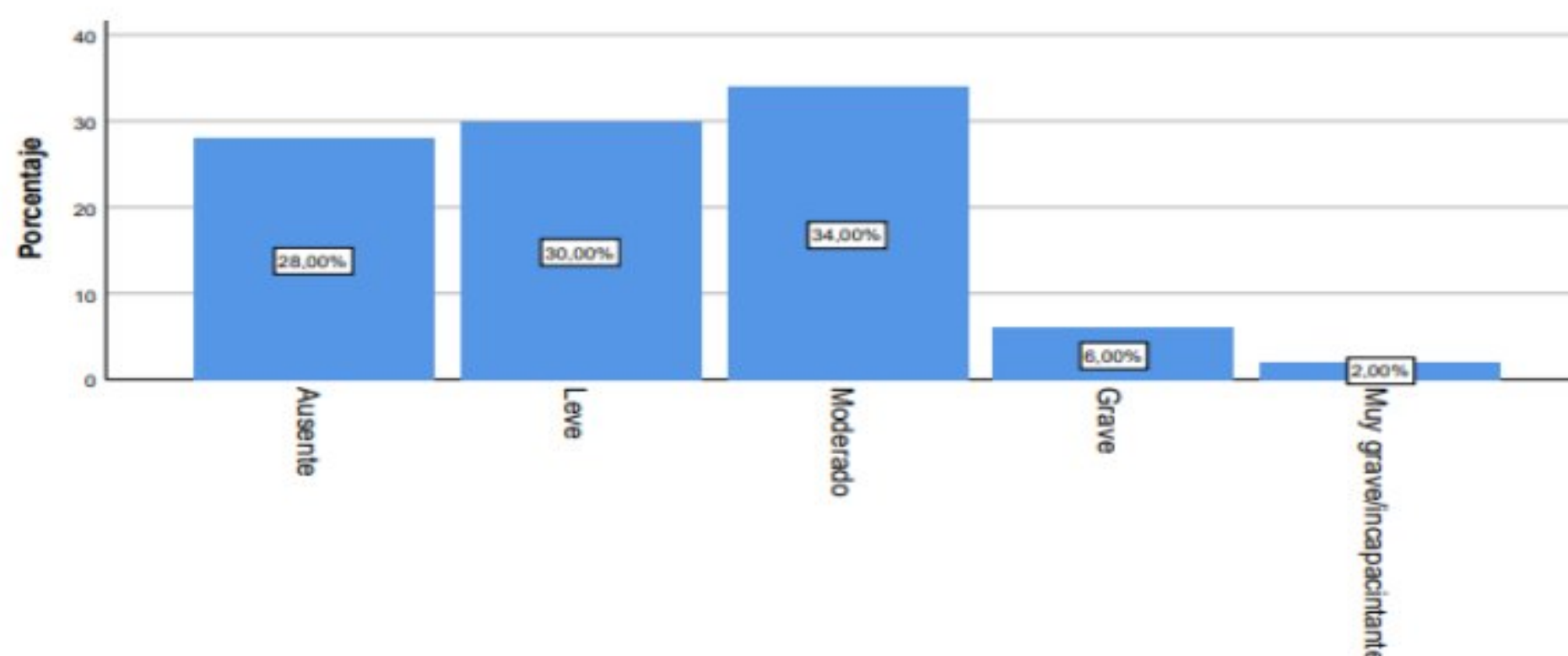
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 5, que representan el estado intelectual-cognitivo de los estudiantes, el 44% (22) de los encuestados presenta un estado cognitivo leve, seguido por un 26% (13) con un estado moderado. Por otro lado, el 14% (7) indica ausencia de dificultades cognitivas, mientras que un 12% (6) experimenta un estado cognitivo grave. Finalmente, el 4% (2) presenta dificultades cognitivas muy graves o incapacitantes.

Tabla 6. Estado de ánimo deprimido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	14	28,0	28,0	28,0
	Leve	15	30,0	30,0	58,0
	Moderado	17	34,0	34,0	92,0
	Grave	3	6,0	6,0	98,0
	Muy grave/incapacitante	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 6 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto al estado de ánimo deprimido. Elaboración propia.

Ilustración 6. Estado de ánimo deprimido



Nota. Elaboración propia

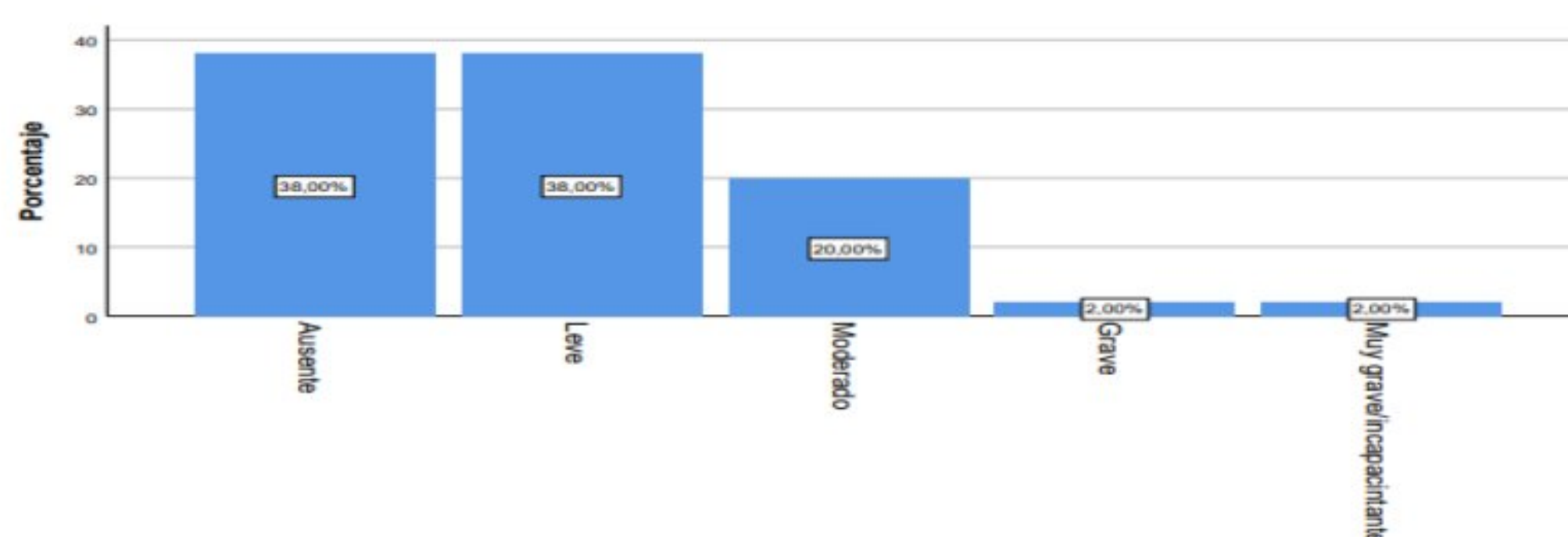
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 6, que representan el estado de ánimo deprimido de los estudiantes, el 34% (17) de los encuestados experimenta un nivel moderado de depresión, seguido por un 30% (15) con un nivel leve de depresión. Por otro lado, el 28% (14) no presenta síntomas depresivos, mientras que un 6% (3) manifiesta un estado depresivo grave. Finalmente, el 2% (1) experimenta una depresión muy grave o incapacitante.

Tabla 7. Síntomas somáticos musculares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	19	38,0	38,0	38,0
	Leve	19	38,0	38,0	76,0
	Moderado	10	20,0	20,0	96,0
	Grave	1	2,0	2,0	98,0
	Muy grave/incapacitante	1	2,0	2,0	100,0
	Total		50	100,0	100,0

Nota. Se observa en la tabla 7 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas somáticos musculares. Elaboración propia.

Ilustración 7. Síntomas somáticos musculares



Nota. Elaboración propia

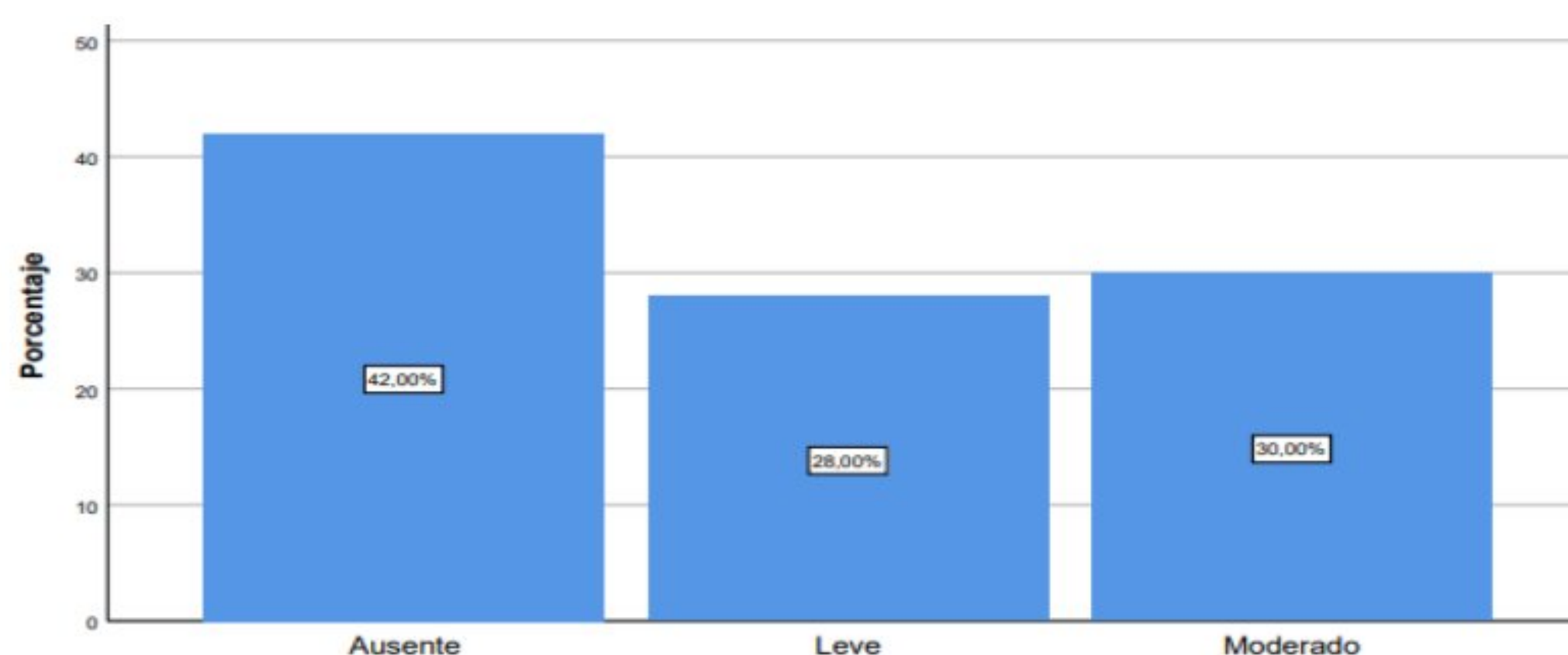
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 7, que representan los síntomas somáticos musculares en los estudiantes, el 38% (19) de los encuestados no experimenta síntomas somáticos musculares, seguido por un 38% (19) que presenta síntomas leves. Por otro lado, el 20% (10) experimenta síntomas somáticos musculares moderados, mientras que un 2% (1) reporta síntomas graves. Finalmente, el 2% (1) manifiesta síntomas somáticos musculares muy graves o incapacitantes.

Tabla 8. Síntomas somáticos sensoriales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	21	42,0	42,0	42,0
	Leve	14	28,0	28,0	70,0
	Moderado	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 8 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas somáticos sensoriales. Elaboración propia.

Ilustración 8. Síntomas somáticos sensoriales



Nota. Elaboración propia

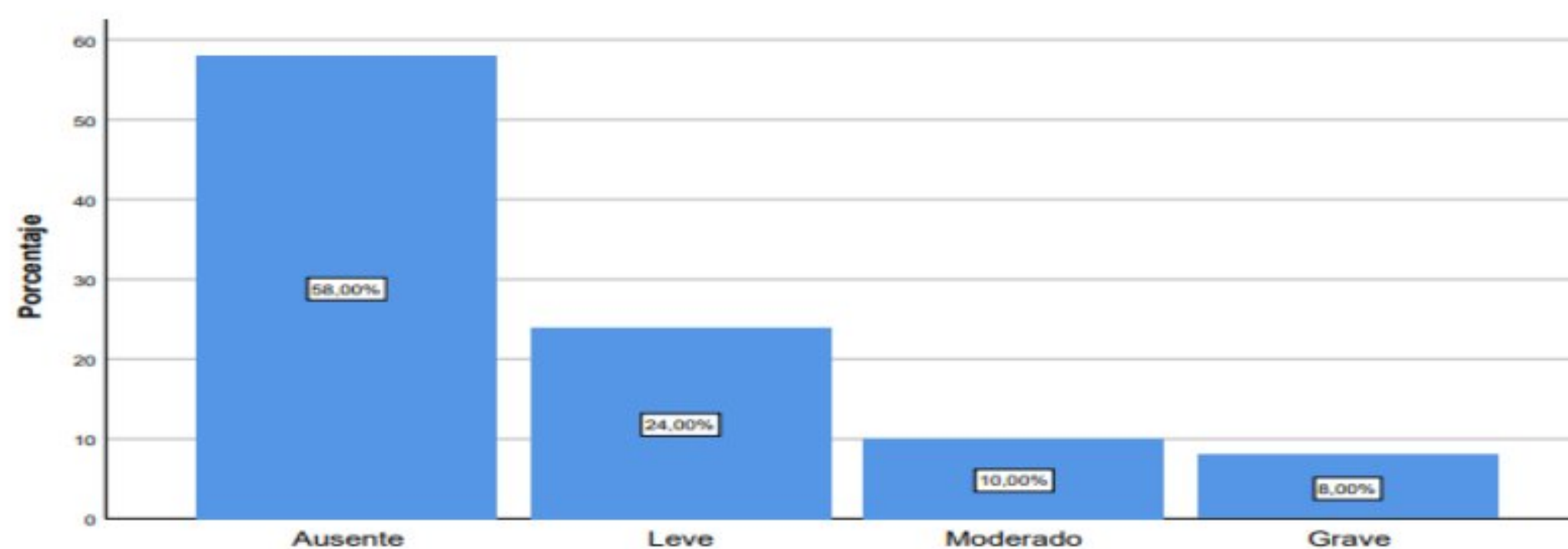
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 8, que representan los síntomas somáticos sensoriales en los estudiantes, el 42% (21) de los encuestados no presenta síntomas somáticos sensoriales, seguido por un 30% (15) que experimenta síntomas moderados. Por otro lado, el 28% (14) reporta síntomas somáticos sensoriales leves.

Tabla 9. Síntomas cardiovasculares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	29	58,0	58,0	58,0
	Leve	12	24,0	24,0	82,0
	Moderado	5	10,0	10,0	92,0
	Grave	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 9 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas cardiovasculares. Elaboración propia.

Ilustración 9. Síntomas cardiovasculares



Nota. Elaboración propia

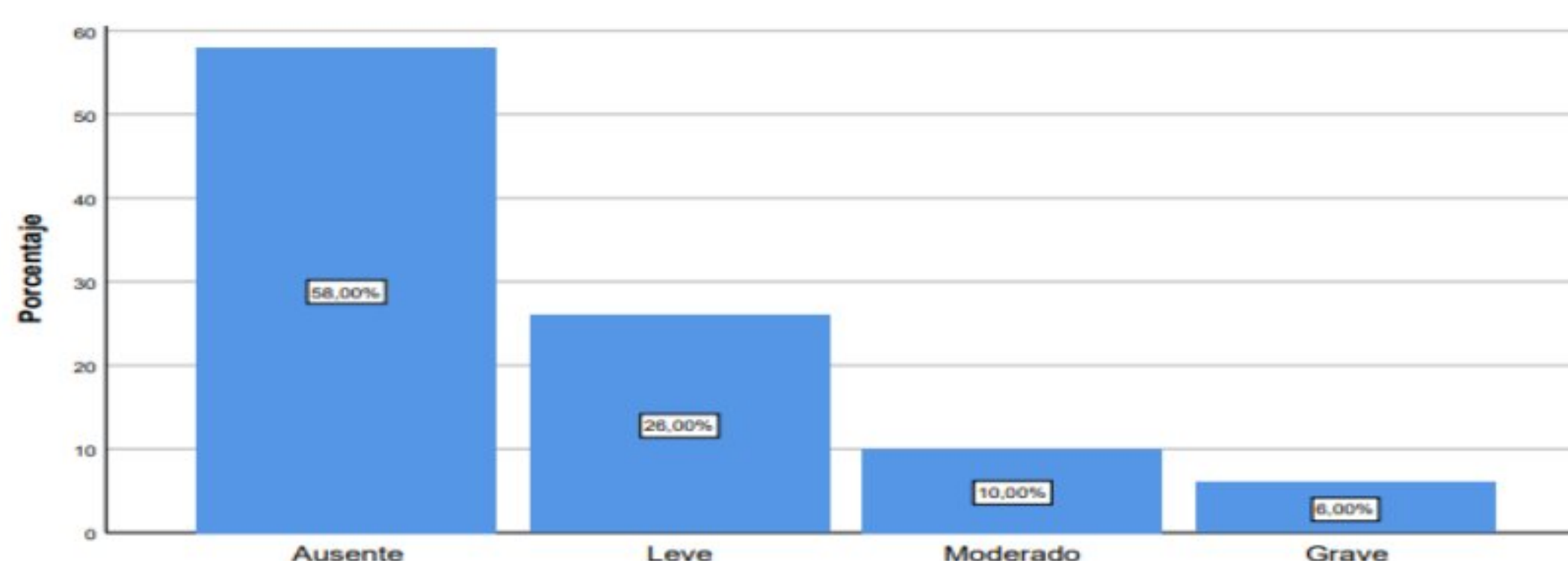
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 9, que representan los síntomas cardiovasculares en los estudiantes, el 58% (29) de los encuestados no presenta síntomas cardiovasculares, seguido por un 24% (12) que experimenta síntomas leves. Por otro lado, el 10% (5) reporta síntomas cardiovasculares moderados, mientras que un 8% (4) manifiesta síntomas graves.

Tabla 10. Síntomas respiratorios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	29	58,0	58,0	58,0
	Leve	13	26,0	26,0	84,0
	Moderado	5	10,0	10,0	94,0
	Grave	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 10 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas respiratorios. Elaboración propia.

Ilustración 10. Síntomas respiratorios



Nota. Elaboración propia

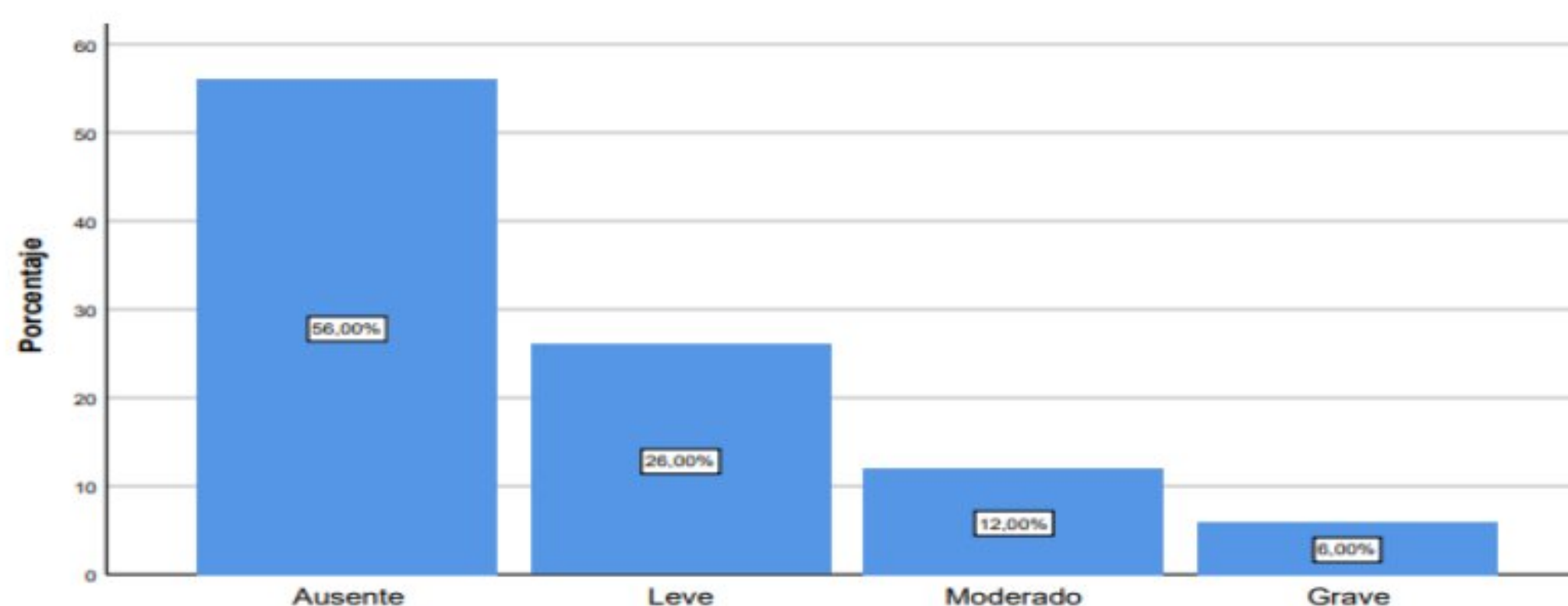
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 10, que representan los síntomas respiratorios en los estudiantes, el 58% (29) de los estudiantes encuestados no presenta síntomas respiratorios, seguido por un 26% (13) de los estudiantes experimenta síntomas respiratorios leves. Por otro lado, el 10% (5) de los estudiantes reporta síntomas respiratorios moderados, mientras que un 6% (3) de los estudiantes manifiesta síntomas respiratorios graves.

Tabla 11. Síntomas gastrointestinales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	28	56,0	56,0	56,0
	Leve	13	26,0	26,0	82,0
	Moderado	6	12,0	12,0	94,0
	Grave	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 11 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas gastrointestinales. Elaboración propia.

Ilustración 11. Síntomas gastrointestinales



Nota. Elaboración propia

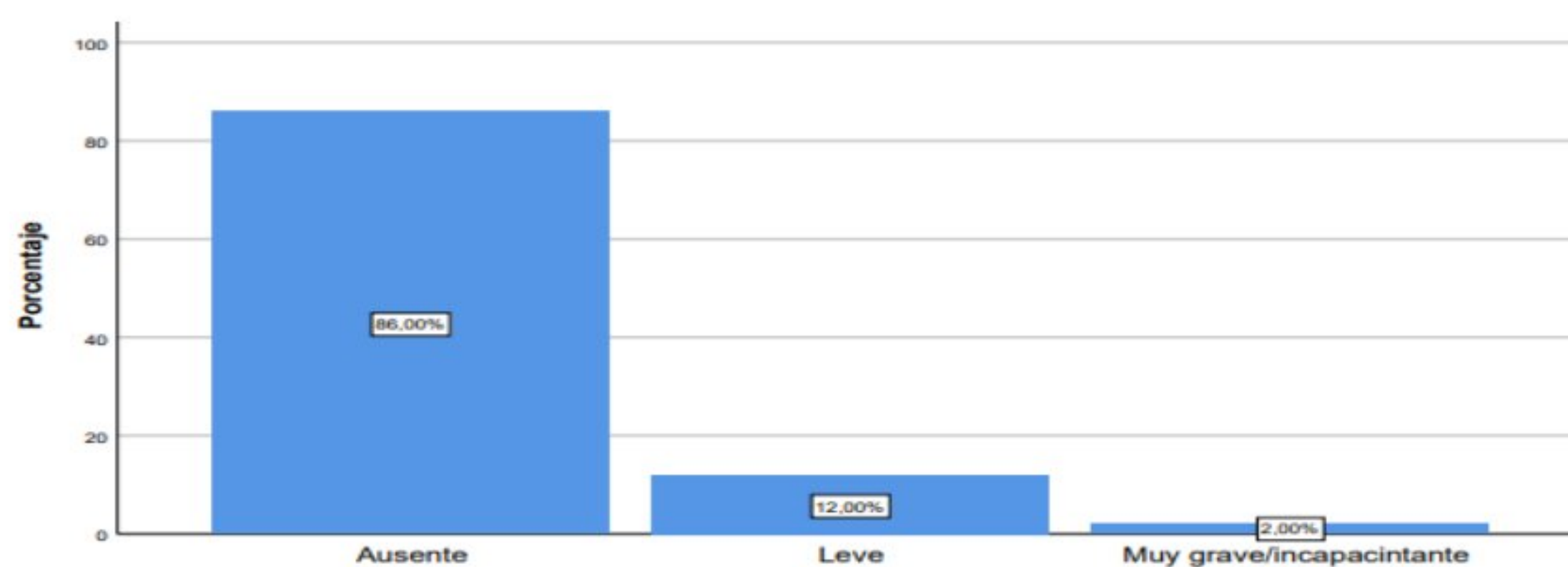
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 11, que representan los síntomas gastrointestinales en los estudiantes, el 56% (28) de los encuestados no presenta síntomas gastrointestinales, seguido por un 26% (13) que experimenta síntomas leves. Por otro lado, el 12% (6) reporta síntomas gastrointestinales moderados, mientras que un 6% (3) manifiesta síntomas gastrointestinales graves.

Tabla 12. Síntomas genitourinarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	43	86,0	86,0	86,0
	Leve	6	12,0	12,0	98,0
	Muy grave/incapacitante	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 12 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas genitourinarios. Elaboración propia.

Ilustración 12. Síntomas genitourinarios



Nota. Elaboración propia

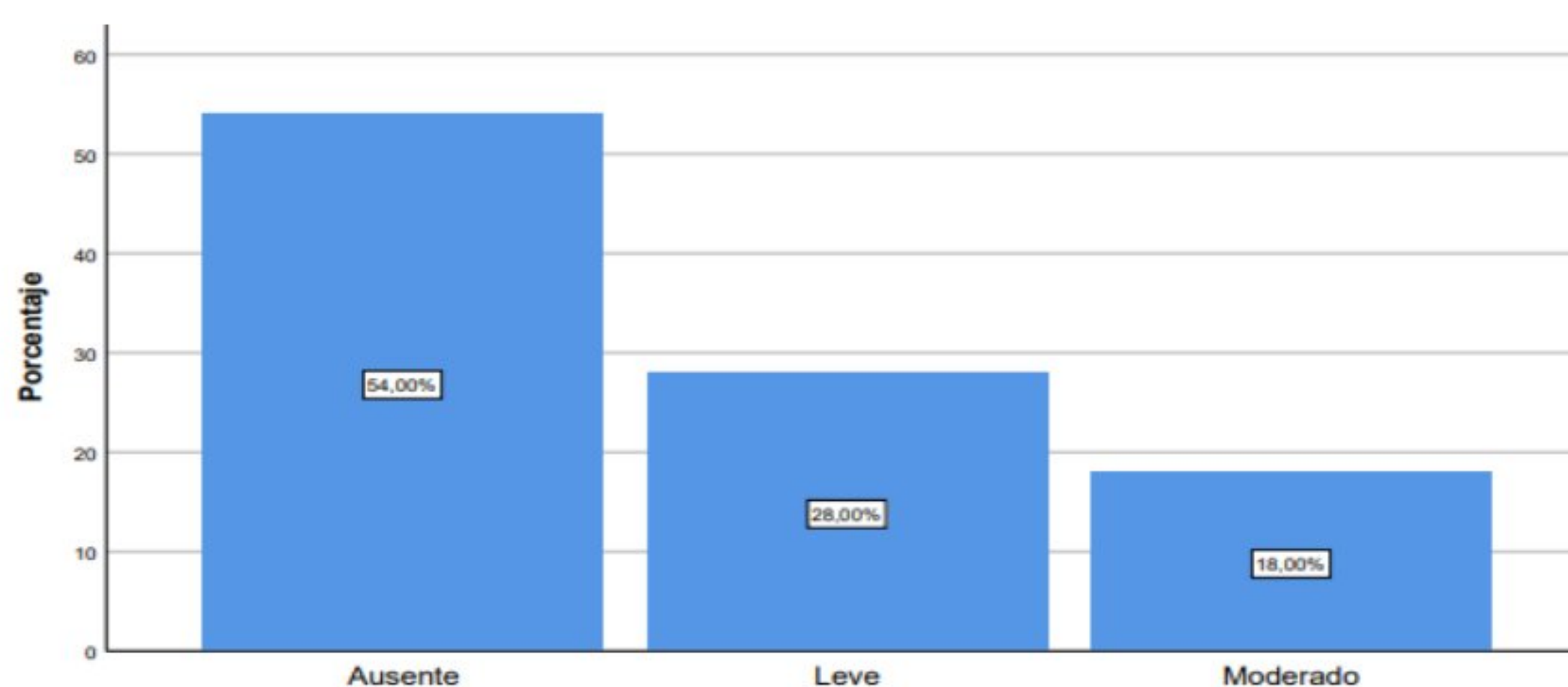
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 12, que representan los síntomas genitourinarios en los estudiantes, el 86% (43) de los encuestados no presenta síntomas genitourinarios, seguido por un 12% (6) que experimenta síntomas genitourinarios leves. Finalmente, un 2% (1) manifiesta síntomas genitourinarios muy graves o incapacitantes.

Tabla 13. Síntomas autónomos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	27	54,0	54,0	54,0
	Leve	14	28,0	28,0	82,0
	Moderado	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 13 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a los síntomas autónomos. Elaboración propia.

Ilustración 13. Síntomas autónomos



Nota. Elaboración propia

Como se observa en la Tabla y el Gráfico 13, que representan los síntomas autónomos en los estudiantes, el 54% (27) de los encuestados no presenta síntomas autónomos, seguido por un 28% (14) que experimenta síntomas leves. Por otro lado, el 18% (9) reporta síntomas autónomos moderados.

Tabla 14. Comportamiento en la entrevista

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	50	100,0	100,0	100,0

Nota. Se observa en la tabla 14 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto al comportamiento en la entrevista. Elaboración propia.

Ilustración 14. Comportamiento en la entrevista

Nota. Elaboración propia



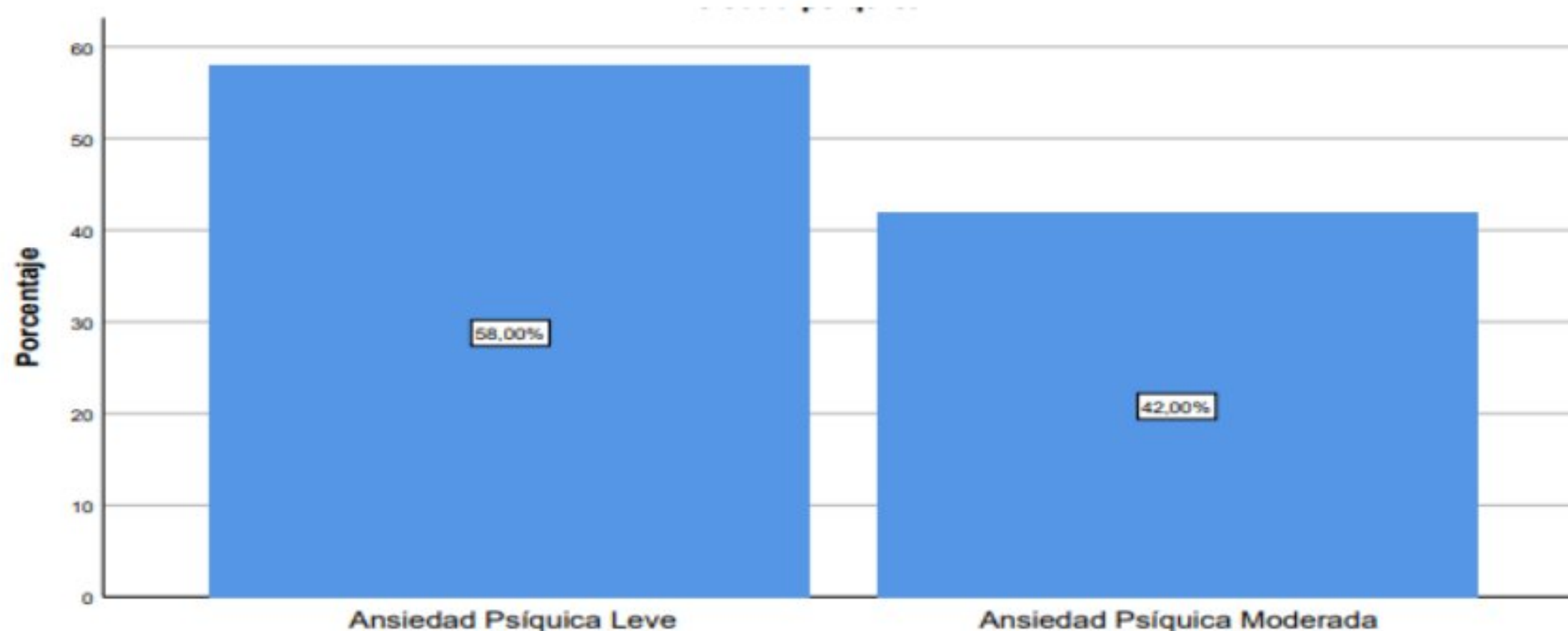
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 14, que representan el comportamiento de los estudiantes durante la entrevista, el 0% de los encuestados no mostró ningún comportamiento durante la entrevista.

Tabla 15. Ansiedad psíquica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ansiedad Psíquica Leve	29	58,0	58,0	58,0
	Ansiedad Psíquica Moderada	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 15 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a la ansiedad psíquica. Elaboración propia.

Ilustración 15. Ansiedad psíquica



Nota. Elaboración propia

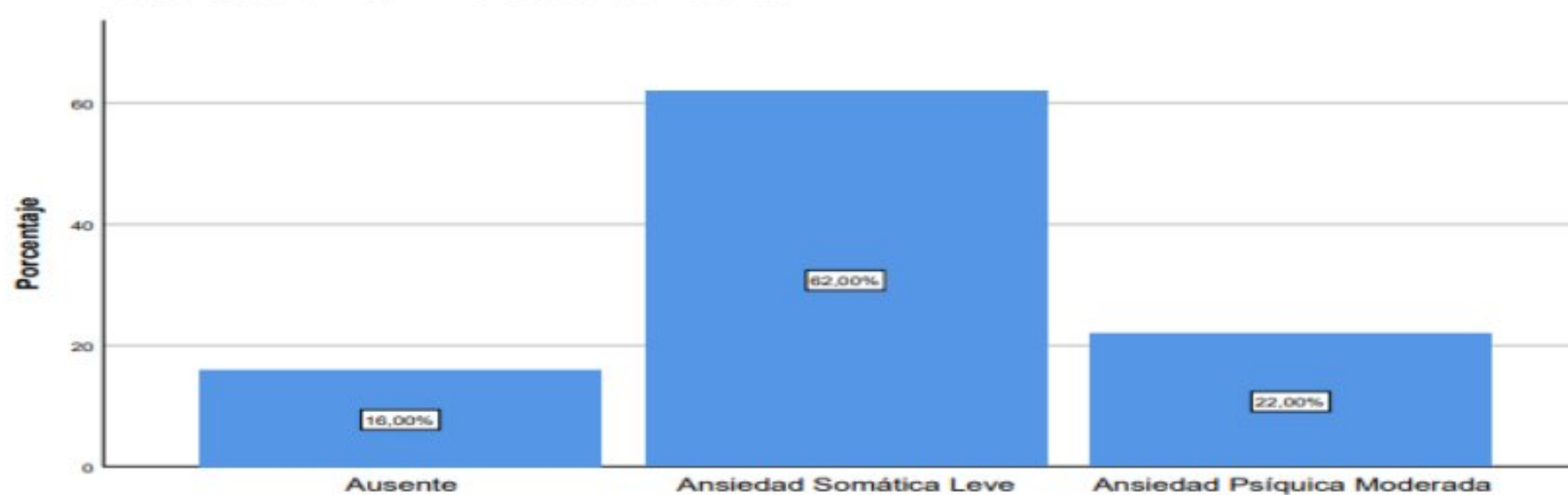
Como se observa en la Tabla y el Gráfico 15, que representan la ansiedad psíquica en los estudiantes, el 58% (29) de los encuestados experimenta niveles leves de ansiedad psíquica, seguido por un 42% (21) con niveles moderados.

Tabla 16. Ansiedad somática

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	8	16,0	16,0	16,0
	Ansiedad Somática Leve	31	62,0	62,0	78,0
	Ansiedad Psíquica Moderada	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 16 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a la ansiedad somática. Elaboración propia.

Ilustración 16. Ansiedad somática



Nota. Elaboración propia

Como se observa en la Tabla y el Gráfico 16, que representan la ansiedad somática en los estudiantes, el 62% (31) de los encuestados experimenta niveles leves de ansiedad somática, seguido por un 22% (11) con niveles moderados. Por otro lado, el 16% (8) no presenta síntomas de ansiedad somática.

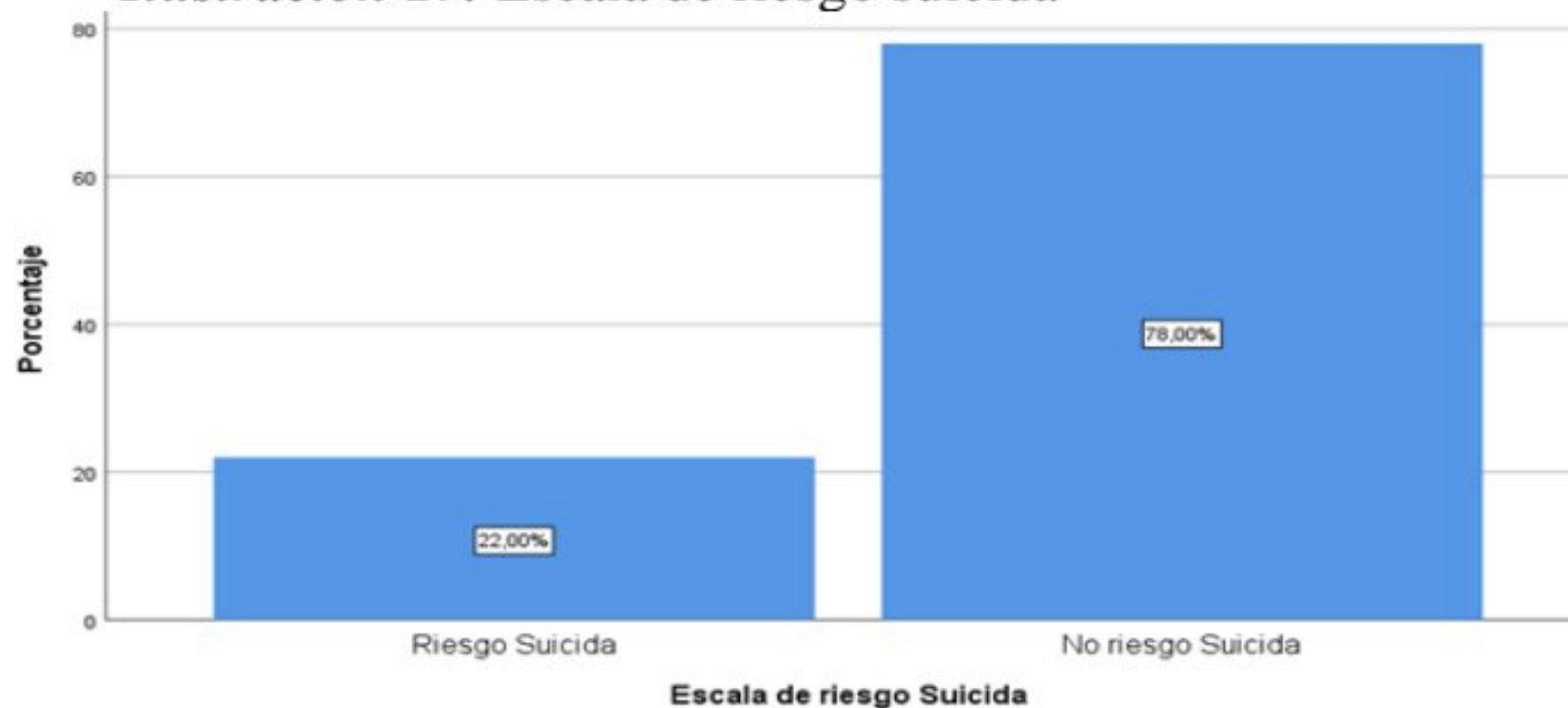
Objetivo específico 2. Identificar los niveles de riesgo suicida en adolescentes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España”.

Tabla 17. Escala de riesgo suicidio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Riesgo Suicida	11	22,0	22,0	22,0
	No riesgo Suicida	39	78,0	78,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla 1 la frecuencia y porcentaje de los datos obtenidos con respecto a la escala de riesgo suicida. Elaboración propia.

Ilustración 17. Escala de riesgo suicida



Nota: Elaboración propia

Como se observa en la tabla y gráfico 1, que representan la escala de riesgo suicida en los estudiantes, el 22% (11) de los encuestados presentan riesgo suicida, mientras que el 78% (39) no presentan riesgo suicida

Objetivo específico 3. Elaborar materiales psico educativos para los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España” abordando la prevención del suicidio.

Los materiales elaborados para la prevención del suicidio fueron un tríptico, diapositivas que estuvieron enfocadas en las causas y los síntomas que presentan las personas con riesgo suicida, una actividad orientada a fortalecer el bienestar emocional a través de mensajes motivacionales. Para reforzar el mensaje, se entregaron obsequios en forma de fundas personalizadas, cada una acompañada de frases preventivas diseñadas para brindar apoyo y generar conciencia sobre la importancia del autocuidado emocional, además como parte de la estrategia de sensibilización, se presentó un cartel con la frase "No al suicidio", acompañado de imágenes motivacionales que invitaban a la reflexión y al fortalecimiento de la resiliencia.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

4.1 Discusión de Resultados

Como primer objetivo específico del presente estudio fue “Es crucial reconocer los factores de riesgo y protección centrados en el fallecimiento en jóvenes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico España”, Al examinar los resultados utilizando el método, descubrieron que los resultados al emplear las tes de la escala de Riesgo Suicida de Plutchilk. Se obtuvo que el 22% correspondientes a 11 personas de los encuestados presentan riesgo suicida, mientras que el 78% correspondiente a 39 personas no presentan riesgo suicida. Estos resultados se asemejan a lo señalado por Bobes et al. (2008) en su estudio “Valoración del riesgo suicida en población adolescente: aplicación de la escala de Plutchik”, donde se reportó que aproximadamente el 30% de los adolescentes evaluados presentaron algún nivel de riesgo suicida, asociado principalmente con factores como depresión, ansiedad y experiencias de vida estresantes. Los resultados obtenidos en este estudio podrían explicarse debido a que los estudiantes de primer semestre están experimentando una transición a la educación superior, lo que implica nuevas exigencias académicas, cambios en el entorno social y posibles dificultades de adaptación. Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad a la aparición de pensamientos suicidas en algunos estudiantes, especialmente en aquellos que presentan antecedentes de ansiedad o depresión, es fundamental implementar medidas de prevención en el ámbito educativo, como el fomento de la salud mental, por ejemplo, el fortalecimiento de redes de apoyo y la detección temprana de signos de riesgo suicida, con el fin de brindar asistencia oportuna a los estudiantes en situaciones de vulnerabilidad.

Como segundo objetivo específico fue “Evaluar el estado emocional de cada estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico España”, al analizar los resultados mediante el test de Hamilton realizado se encontraron como resultados que, el 58% correspondiente a 29 personas encuestadas que experimentan niveles leves de ansiedad psíquica, seguido por un 42% correspondiente a 21 personas con niveles moderados, esto sugiere que una gran parte de los estudiantes presenta cierta preocupación o estrés, pero sin llegar a niveles severos, mientras que la ansiedad somática es de un, 62% correspondiente a 31 personas encuestadas experimenta niveles leves de ansiedad somática, seguido por un 22% correspondiente a 11 personas con niveles moderados. Por otro lado, el 16% correspondiente a 8 personas no presenta síntomas de ansiedad somática, esto sugiere que la mayoría de los estudiantes experimentan algo de ansiedad somática, aunque en su mayoría en niveles bajos. Estos resultados se asimilan a lo escrito por Orgilés et al. (2012) en el estudio titulado "Indicadores del trastorno de ansiedad en niños y jóvenes: alteraciones en la edad y género en un grupo comunitario", en la que indica que el 26,41% corresponde a los niños y adolescentes que fueron elevadas en cualquier tipo de trastorno de ansiedad. En la muestra, Las manifestaciones de ansiedad ante la separación son las más habituales (5,5%), seguidas por los miedos físicos (5,1%). Las niñas obtienen un puntaje considerablemente superior en todos los, a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo. Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que la mayoría de los estudiantes presenta niveles leves o moderados de ansiedad psíquica y somática, lo cual sugiere que, aunque experimentan preocupación o estrés no llegan a niveles graves que afecten de manera significativa su bienestar, además esto se le añade la transición a nuevas etapas de la vida, en este caso el inicio de la educación superior, además las edades de los estudiantes universitarios son lo suficientemente cercanas a las de los adolescentes siendo un elemento esencial para el desarrollo de alteraciones como la ansiedad e inclusive la depresión.

Por último, con respecto al tercer objetivo específico del presente estudio que trata de la “Elaborar materiales psico educativos para los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico España abordando la prevención del suicidio” se desarrolló mediante el diseño de carteles informativos los cuales fueron utilizados en charlas, el cual resaltó factores de riesgo, señales de alerta y estrategias de apoyo. Además, se realizó la exposición de diapositivas, mensajes motivacionales que fomentan el bienestar emocional. De acuerdo con el estudio de Salud Mental (2023) los programas psicoeducativos no solo mejoran el conocimiento sobre la temática, sino que también contribuyen a desmitificar creencias erróneas y fomentan la identificación temprana de factores de riesgo. En dicho estudio, se llevó a cabo el programa “Salvando Vidas”, diseñado para estudiantes de nivel medio superior en México, el cual abordó temas como mitos y realidades sobre el suicidio, factores de protección, estrategias de apoyo y autocuidado. Para reforzar el impacto de la actividad, Se entregaron obsequios que consistían en fundas personalizadas acompañadas de frases preventivas, con el objetivo de transmitir un mensaje de apoyo. Estas iniciativas contribuyeron a concienciar a los alumnos acerca de la relevancia de la salud mental, promoviendo el diálogo y la creación de espacios seguros dentro de la comunidad educativa

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados de nivel de conocimiento sobre el riesgo suicida en los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España” permitió identificar si la mayoría de los encuestados tiene una comprensión clara sobre los elementos de riesgo y protección que impactan en su salud emocional. Se demostró que un porcentaje considerable de alumnos desconoce los factores de riesgo y las señales de advertencia del suicidio, lo que podría dificultar la detección temprana de posibles casos dentro de la comunidad estudiantil, además se identificó que muchos alumnos perciben el suicidio como un tema tabú, lo que limita las oportunidades de conversación y apoyo entre compañeros.

La elaboración de materiales psicoeducativos ha sido una estrategia clave para abordar la prevención del suicidio de manera accesible y comprensible. La combinación de información clara, recursos visuales y dinámicas interactivas ha permitido concienciar a los alumnos acerca de la relevancia de la prevención y el autocuidado emocional. Estos materiales pueden contribuir a que los jóvenes desarrollen herramientas para identificar señales de alerta y sepan cómo actuar ante situaciones de riesgo, tanto propias como de sus compañeros.

La elaboración de materiales psicoeducativos para los estudiantes de primer semestre del Instituto Superior Tecnológico “España” permitió desarrollar recursos accesibles y comprensibles sobre la prevención del suicidio. Se evidenció que una parte significativa de los estudiantes carece de información clara sobre cómo identificar señales de alerta y cómo actuar ante una crisis emocional, lo que resalta la importancia de estos materiales. Además, se identificó que los recursos visuales y digitales son herramientas efectivas para captar el interés de los alumnos y fomentar la sensibilización sobre el tema. Estos hallazgos destacan la necesidad de continuar implementando estrategias educativas que promuevan el autocuidado emocional y el acceso a redes de apoyo dentro de la comunidad estudiantil.

5.2 Recomendaciones

Fomentar la apertura sobre salud mental dentro de la comunidad estudiantil es esencial crear espacios seguros y accesibles donde los estudiantes puedan hablar abiertamente sobre su bienestar emocional. La prevención del suicidio se basa en la capacidad de los jóvenes para identificar sus propios sentimientos y reconocer cuando algo no está bien. Al eliminar el estigma que rodea estos temas, se les da a los estudiantes las herramientas para compartir sus preocupaciones y buscar apoyo, lo que contribuye a una comunidad más unida y responsable.

Se recomienda fortalecer el acceso al apoyo psicológico dentro de la institución puesto que es esencial que los alumnos dispongan de un sistema de soporte emocional apropiado y profesional. La intervención temprana de consejeros capacitados en la prevención del suicidio puede tener un impacto considerable en la vida de un alumno que esté atravesando una crisis. Contar con un equipo de profesionales disponibles no solo ayuda a los estudiantes a superar situaciones difíciles, sino que también genera un ambiente donde se prioriza el bienestar emocional como parte de la vida académica.

Por último, se debe implementar talleres psicoeducativos obligatorios sobre prevención del suicidio: Incluir talleres sobre la identificación de señales de alerta y el autocuidado emocional dentro del currículo académico es una estrategia clave para aumentar la conciencia sobre el suicidio entre los estudiantes. Estos talleres deben ser prácticos y accesibles, proporcionando información clara y recursos para actuar ante una crisis. Al hacerlo, no solo se sensibiliza a los estudiantes, sino que también se les brinda la capacidad de intervenir a tiempo, ya sea para cuidar de sí mismos o de sus compañeros.

6. Referencias

- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2023). Cómo promover la salud emocional y prevenir el suicidio. Recuperado el [fecha de acceso], de <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4416spanish.pdf>.
- Alvarez A. (2022). The Savage God:A study of suicide. Disponible en : <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aGBLQAbPE7cC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Alvarez+A.+The+Savage+God:A+study+of+suicide.+London:Penguin%3B1971.+&ots=2GtRMYCDpE&sig=pZjkj4kRQf0VrjlwDb98g8qL7v8#v=onepage&q&f=false>.
- Bandelow, S. Michaelis. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*, 17 (2022), pp. 327-335 <http://dx.doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Bousoño, M., & Grupo de Trabajo de la SEPB y la SEPLN para el estudio de las conductas suicidas. (2008). Suicidio y psiquiatría." https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa.Texto.pdf?utm_source=.com.
- Crosby AE, Ortega L, (2020). Melanson C. Self-directed violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0 [Internet]. Atlanta, GA:National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention;2011. Disponible en:<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/self-directed-violence-a.pdf>
- Durkheim E.(2020). El Suicidio (Spanish Edition). CreateSpace Independent Publishing Platform;2017. Disponible en : <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RjMfEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=related:Y9BJnaSYmuYJ:scholar.google.com/&ots=FYRiuNH1KX&sig=8cHzexnWztDQ5Ri79KFUTNFI34o#v=onepage&q&f=false>.
- Ferreyra L. (2020). Suicidios y Freud:Conceptualizaciones sobre el suicidio en ensayos freudianos. *Anu Investig*. 2017;3(2):488-506. Disponible en : <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18911>.

- Kleiman EM. (2019). Nock MK. Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. *Curr Opin Psychol.* 2019;22:33-7. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X1730163X>.
- Klonsky ED. (2019). Ideation-to-action theories of suicide:a conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol.* 2019;22:38-43. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X17301835>.
- Lazarus RS. (2023). From psychological stress to the emotions:A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993;44:1-21. Disponible en : https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/18222_105619.pdf.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clinica*, 118(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9). NOVA [Internet], 4 (2006), pp. 33-41
- Manuel Acuña, el último gran poeta del romanticismo en México:Marco Antonio Campos . Gobierno de México, Secretaría de Cultura;27 agosto 2013. Disponible en:<https://www.gob.mx/cultura/prensa/manuel-acuna-el-ultimo-gran-poeta-del-romanticismo-en-mexico-marco-antonio-campos>.
- Niederkrotenthaler T, Stack S, Till B, Sinyor M, Pirkis J, Garcia D, et al. Association of increased youth suicides in the United States with the release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(9):933-40. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2734859#google_vignette.
- Niederkrotenthaler T., (2019). Association of increased youth suicides in the United States with the release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(9):933-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31141094/>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud;2014. Disponible en:<https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-imperativo-global>

- Orgilés, M. (2022). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>.
- Owens D. (2022). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry*. 2022;181(3):193-9. Disponible en : <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/fatal-andnonfatal-repetition-of-selfharm/721FD68B3030C46E2070CC08CA869523>.
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). "Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces." *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14(1), 60-65. Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces - ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0165178189900486>
- Santana-Campas, M. A., & Santoyo Telles, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26(1), 57–64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>
- Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental- Colombia. <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/67>
- Turecki G, (2020). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39. Disponible en : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00234-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00234-2/abstract).
- UNICEF. (2021). El suicidio en la adolescencia: Situación en la Argentina. UNICEF Argentina. https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf.
- Velázquez, A. (2020, diciembre 28). *Investigación no experimental: Qué es, características, ventajas y ejemplos*. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>.

- Wilcox HC, (2020). Suicide prevention strategies for improving population health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(2): 219-33. [https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(15\)00118-2/abstract](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(15)00118-2/abstract).
- Yukio, M., (2021). Encylopaedia Britannica;2020, disponible en : <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132021000500script=sciarttext>

7. Anexos

Anexo 1

Escala de riesgo Suicida de Plutchik

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

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

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

Anexo 2

Escala de ansiedad de Hamilton

▲ ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, papilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Aniedad psíquica	
Aniedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Ac

Anexo 3

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ambato, 28 de enero del 2025

Yo..... con cédula de identidad..... en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado por lo que acepto participar en el proyecto de investigación denominado **“Acciones preventivas enfocadas en la prevención del riesgo suicida en adolescentes de Primer Semestre del Instituto Superior Tecnológico España “ISTE”, Ambato 2024-2025”** cuyo objetivo de esta investigación es **“Implementar acciones preventivas enfocadas en la prevención del Suicidio en adolescentes evaluando el estado emocional de los estudiantes”** además de la aplicación de una encuesta que será conducido por el grupo de investigación perteneciente a la carrera de Enfermería, del Instituto Superior Tecnológico España. Por tal motivo, he sido informado que los resultados obtenidos serán netamente confidenciales y de uso investigativo, por lo que los resultados no serán divulgados a terceras personas.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

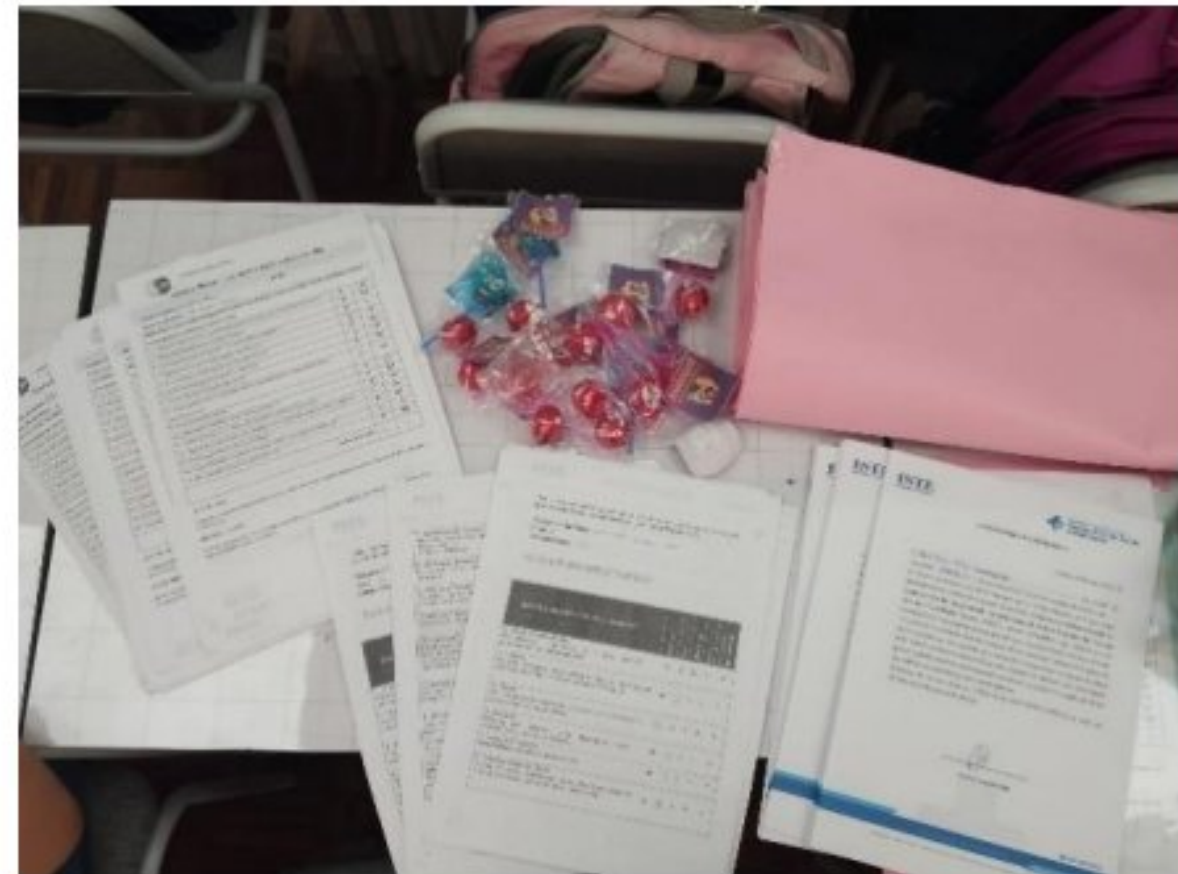
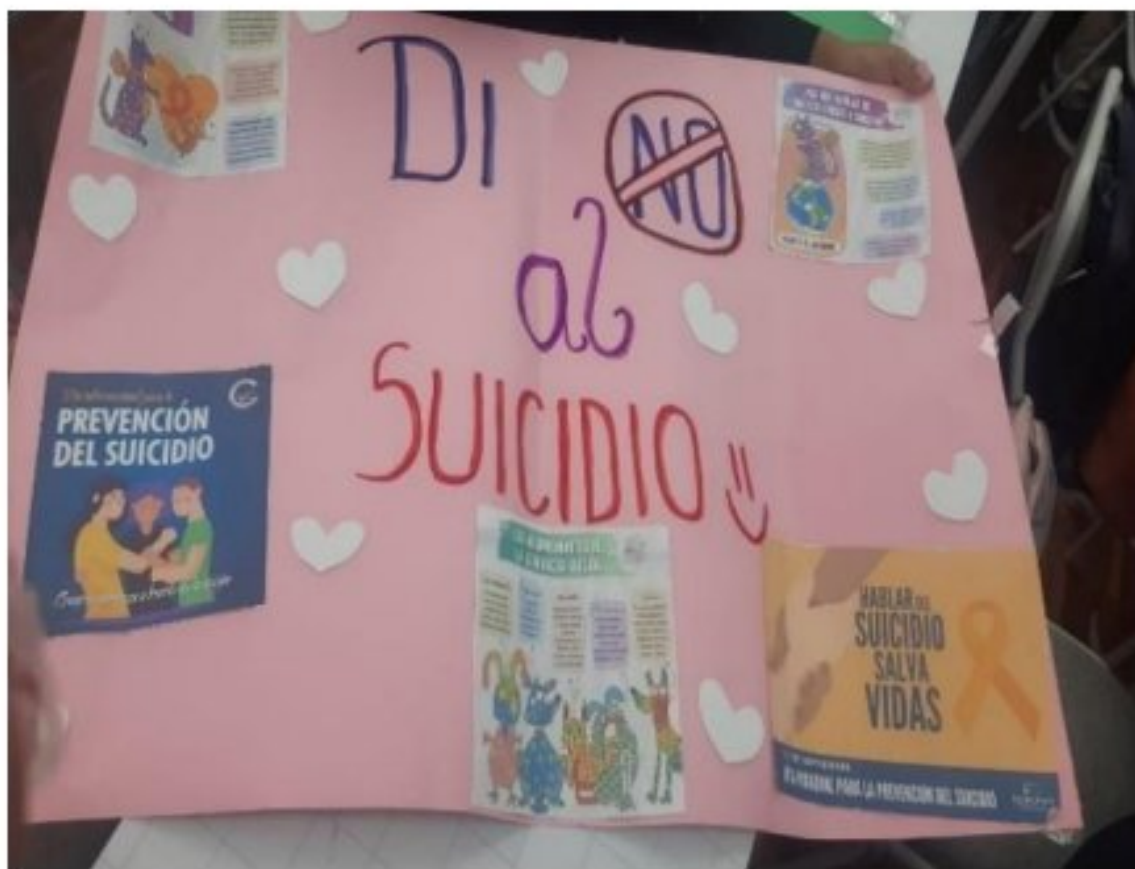
Firma de aceptación

Anexo 4



Nota. Aplicación del test de Hamilton (ansiedad) y el test de riesgo Suicida de Plutchik a los estudiantes.

Anexo 5



Nota. Momento de la realización de las charlas sobre prevención del suicidio.