

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida constituye un fenómeno complejo, multifactorial y alarmantemente creciente, especialmente entre la población adolescente. Se entiende como un continuo que abarca desde la ideación suicida, pasando por los intentos, hasta el suicidio consumado (Valdivia, 2015). La adolescencia, al ser una etapa crítica del desarrollo caracterizada por intensos cambios emocionales, sociales y cognitivos, representa un período de alta vulnerabilidad psicológica. En este contexto, la presencia de síntomas depresivos, baja autoestima, desesperanza, conflictos familiares, presión académica o problemas sociales puede desencadenar pensamientos autodestructivos que, en ausencia de intervención oportuna, derivan en conductas suicidas (Beck et al., 1974; Rosenberg, 1965).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) advierte que el suicidio es la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años, subrayando la necesidad urgente de reforzar los sistemas de prevención y salud mental en los entornos escolares y comunitarios. En América Latina, y en particular en Bolivia, esta problemática ha cobrado fuerza en los últimos años, tanto por el aumento de casos reportados como por la escasez de estudios sistemáticos y políticas públicas eficaces (Flores, 2023; Velásquez, 2022).

En el departamento de Tarija, los datos reportados por la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC, 2023–2024) dan cuenta de 92 suicidios y 23 tentativas en los últimos 30 meses, con las provincias de Arce y Cercado liderando la tasa de suicidios (0,7 por cada 10 mil habitantes, superando la media departamental de 0,5). El contexto educativo no ha sido ajeno a esta realidad: adolescentes entre 14 y 18 años figuran entre los grupos más afectados, evidenciando un patrón preocupante de riesgo emocional en esta etapa vital.

Expertos y autoridades locales han manifestado su preocupación por el incremento sostenido de suicidios, especialmente en los municipios de Bermejo, Yacuiba y Villa Montes, señalando la urgente necesidad de fortalecer la atención psicológica y psiquiátrica en el sistema de salud pública, particularmente en zonas rurales donde los recursos son aún más limitados (Barral, 2022; Flores, 2023).

El Servicio Departamental de Salud (Sedes) ha indicado que los jóvenes, en muchos casos, no saben a dónde acudir cuando se sienten emocionalmente abrumados (Velásquez, 2022), lo que resalta la importancia de acercar los servicios de salud mental a las instituciones educativas.

Desde la perspectiva psicológica, diversas investigaciones han demostrado que factores como la depresión (Beck, 1976), la baja autoestima (Rosenberg, 1965) y la desesperanza (Beck et al., 1974) actúan como predictores relevantes en el desarrollo de la ideación suicida. El modelo de la desesperanza de Beck y el modelo diátesis-estrés (Joiner, 2005; O'Connor & Nock, 2014) explican cómo las vulnerabilidades personales interactúan con factores contextuales para desencadenar pensamientos suicidas. Estos enfoques teóricos permiten comprender mejor las dinámicas emocionales subyacentes al suicidio adolescente, así como proponer estrategias de intervención eficaces.

En este marco, el presente estudio se propone analizar la relación entre la depresión, la autoestima y la desesperanza como factores de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años, específicamente en el contexto de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro de la provincia Cercado, Tarija. Se trata de un aporte relevante tanto a nivel académico como social, ya que ofrece evidencia empírica contextualizada sobre un fenómeno urgente, invisibilizado y con consecuencias potencialmente fatales. El estudio no solo aspira a diagnosticar el problema, sino también a sensibilizar a la comunidad educativa y a las autoridades sobre la importancia de fortalecer los programas de prevención, detección e intervención en salud mental en el ámbito escolar.

Finalmente, esta investigación se desarrolla en un momento crucial en el que el bienestar emocional de los adolescentes se posiciona como una prioridad emergente para múltiples disciplinas: psicología, educación, salud pública, trabajo social y políticas públicas. Abordar el suicidio desde un enfoque integral y basado en evidencia representa un compromiso ético y científico ineludible, orientado a proteger la vida, la dignidad y el futuro de las y los adolescentes en nuestra sociedad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el presente capítulo se expone la problemática principal que da origen a esta investigación: En los últimos años, la conducta suicida en adolescentes ha emergido como una problemática alarmante a nivel global, regional y local, alcanzando cifras que reflejan no solo un fenómeno clínico, sino también social y educativo. Particularmente en Bolivia, y de manera preocupante en el departamento de Tarija, se ha evidenciado un incremento sostenido de casos de ideación suicida, intentos y suicidios consumados en población adolescente, sin que existan estudios sistemáticos que analicen sus causas desde una perspectiva psicológica integral. La ausencia de intervenciones preventivas efectivas, sumada a la escasa concientización de visibilizar de forma institucional del problema, ha contribuido a una creciente vulnerabilidad en este grupo etario. En este contexto, se hace necesario investigar los factores emocionales que predisponen al desarrollo de la ideación suicida, entre ellos la depresión, la baja autoestima y la desesperanza, con el fin de comprender su impacto en adolescentes de 14 a 18 años del entorno escolar, y generar así evidencia que fundamente estrategias de prevención y abordaje en salud mental adaptadas al contexto local.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio y su frecuencia cada vez mayor representan una problemática alarmante. Desde el año 2000, la tasa de suicidios en las Américas se ha incrementado en un 79 %, considerando que Bolivia ocupa la quinta posición con la tasa más alta de suicidios en el continente americano y la tercera tasa más alta del mundo en suicidios entre adolescentes de 15 a 19 años. Se trata de un problema grave que afecta a la población adolescente sin distinción de sexo, condición, situación económica ni social. Cuando ocurre una muerte por suicidio, se genera una tragedia que impacta en múltiples entornos grupales, familia, escuela, trabajo, círculos de amigos y comunidad en general, produciendo secuelas psicológicas como el agravamiento de trastornos depresivos, ansiosos, problemas del estado de ánimo, baja autoestima, autolesiones, ideación suicida e intentos de suicidio en el entorno cercano, lo cual contribuye a la expansión del ciclo del suicidio. (Lange, 2023).

El suicidio es el resultado extremo de un proceso denominado comportamiento suicida, que abarca desde pensamientos e ideaciones suicidas hasta la planificación y ejecución de intentos de suicidio. Este proceso suele desarrollarse progresivamente, comenzando con ideas que pueden evolucionar hacia planes más detallados y culminar en intentos o autolesiones, que aumentan en gravedad y riesgo, pudiendo terminar en el suicidio consumado (Silverman, et al., 2007, p. 287).

Ante esta problemática actual, los seres humanos, durante la etapa de crecimiento que abarca desde la adolescencia hasta la adultez, presentan cambios significativos tanto físicos como emocionales y personales. Durante el periodo de desarrollo, las emociones relacionadas con el estrés, la ansiedad, la depresión y la baja autoestima tienden a intensificarse de forma considerable en dicha población.

Es así como la autoestima se entiende como un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida, en el cual se ven involucrados los contextos social, físico, emocional y cognitivo de la persona. (White, 1998).

Abraham Maslow (1908–1970), psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores de la Psicología Humanista, en su obra: *A Theory of Human Motivation* (1943), desarrolló la noción de la necesidad de aprecio por uno mismo y de aprecio por parte de los demás. Sitúa la necesidad de autoestima después de las necesidades básicas de supervivencia, como la alimentación y el agua. Los problemas de autoestima abarcan prácticamente todos los estados del desarrollo humano y tienen efectos en los ámbitos educativos, afectivos (como el noviazgo y el matrimonio), profesionales, laborales, económicos y culturales.

La autoestima influye significativamente en cómo las personas manejan el estrés externo y los síntomas psicológicos asociados. Una baja autoestima puede intensificar la percepción negativa de las dificultades, mientras que una alta autoestima está vinculada a un mejor rendimiento laboral, mayor capacidad para enfrentar problemas, mayor autonomía y comportamientos sociales positivos, como relaciones interpersonales saludables y conductas prosociales (Rosenberg, 1965, p. 30)

Una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo y soledad, lo cual puede conllevar a la ideación suicida y, en consecuencia, al suicidio. La autoestima resulta fundamental cuando las personas enfrentan diversos problemas, desafíos de la vida, especialmente durante los cambios normales del desarrollo en la etapa adolescente. Cuando se combinan con diferentes eventos o transformaciones en la dinámica familiar, como el divorcio, la mudanza a un nuevo vecindario, el cambio de amigos, las dificultades escolares u otras pérdidas significativas, cuando existe un trastorno depresivo, puede producirse una disminución marcada de la autoestima.

Estas situaciones pueden ser muy deprimentes e insoportables; el problema puede parecer abrumador, vergonzoso y, para algunos adolescentes, el suicidio puede percibirse como una salida más viable frente a las dificultades que experimentan en ese momento. (Stanford Medicine Children's Health, 2024).

La depresión es el factor de riesgo más relevante en la etapa de la adolescencia. Se define como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Se considera que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del trastorno, a partir del cual se desencadenan los componentes restantes, (Beck, 2008, p. 972).

Diversos autores han identificado síntomas que pueden preceder a la aparición de la depresión en adolescentes, entre ellos el aburrimiento, la fatiga, el nerviosismo, la falta de concentración, las conductas de búsqueda de atención, la sexualidad desorganizada, la hipocondría y la agresividad (Weiner et al., 1996).

Hollon y Beck (1979) definen la depresión como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Consideran que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden, a partir del cual se desatan los componentes restantes. Cuando se define lo que significa la depresión, también se puede observar que se trata de un trastorno habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo

(tristeza), a menudo acompañado de ansiedad. Además, pueden aparecer otros síntomas psíquicos, como inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación o del contacto social, alteraciones del apetito, del sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, de incapacidad, e ideación suicida. Si estos trastornos no se tratan, pueden llevar al suicidio del adolescente. (Beck, 2008, p. 970)

Estos cambios no sólo afectan las relaciones con sus compañeros, sino también las relaciones con sus padres. Este periodo constituye un desequilibrio social, con mayores dificultades en las relaciones padres-hijo, una influencia máxima de la presión de los compañeros, problemas de conducta y agravamiento de los cuadros depresivos.

Se puede observar que la ideación suicida es uno de los principales factores de riesgo, al igual que la depresión y la baja autoestima en adolescentes. Se ha encontrado que el mayor riesgo suicida ocurre durante el primer año después de la aparición de la ideación. Hablar de la conducta suicida implica abordar un fenómeno complejo en el que actúan e interactúan factores físicos, sociales, psicológicos y emocionales. Puede decirse que el número de elementos que pueden llevar a una persona a formarse la idea de acabar con su vida es casi infinito. Algunos detonantes de la conducta suicida son la falta de sentido de la vida, que da lugar a pensamientos suicidas, así como la frustración existencial en la que el adolescente se desespera, pues el vacío que experimenta lo conduce a la desesperanza. Esto, a su vez, genera una visión negativa sobre el cumplimiento de sus metas. Existe una estrecha relación entre la desesperanza y el desánimo: ambas conducen a un estado emocional caracterizado por la desmotivación, la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad, el fatalismo y la desorientación existencial. Todo esto puede situar al adolescente frente a una tentativa de suicidio, y en casos extremos, al suicidio consumado.

Existen varios factores de riesgo como la depresión y la baja autoestima que conllevan a la ideación suicida. Estas condiciones se relacionan con diversas situaciones que puede atravesar un individuo y que lo colocan en una posición de vulnerabilidad ante problemáticas emocionales. Asimismo, se consideran factores predisponentes porque se

asocian directamente con la ideación suicida, y en ciertos casos, pueden desencadenar un intento de suicidio no letal que se manifiesta mediante autolesiones, como el “cutting”.

Serrano y Olave (como se citó en Niño Vega, 2023), en su investigación Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes, tuvieron como objetivo identificar los factores personales, familiares y sociales asociados a dicha conducta.

Para ello, realizaron una búsqueda y análisis de información mediante un enfoque de acceso abierto, trabajando con una muestra de 122 adolescentes. Se abordaron temas como el suicidio, la ideación suicida, los factores de riesgo, la atención primaria en salud y la salud mental. Concluyen que los factores de riesgo para la aparición de conductas suicidas en adolescentes están relacionados con el género, el nivel educativo y socioeconómico, las relaciones familiares y las redes de apoyo social, entre otros.

En este sentido, esta investigación busca establecer la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional, considerando que los adolescentes presentan dificultades para reconocer sus propias emociones debido al desequilibrio hormonal que enfrentan al experimentarlas. Esta incapacidad emocional los expone a un mayor riesgo de desarrollar ideas suicidas o de concretar la acción de quitarse la vida.

Se evidencia que la ideación suicida se asocia con conflictos familiares y con una baja comunicación con los padres. La familia desempeña un rol clave en el ámbito socioemocional, ya que influye directamente en la personalidad del adolescente y actúa como agente modulador de conductas de riesgo. Entre los factores asociados se encuentran la desorganización familiar, la falta de consenso en las normas, la escasa comunicación y la hostilidad entre los miembros del núcleo familiar.

Las experiencias tempranas de negligencia emocional o abandono por parte de figuras parentales pueden interrumpir el desarrollo saludable de la personalidad en la adolescencia. Estas vivencias afectan la autoimagen y la regulación emocional, aumentando la vulnerabilidad frente a conductas autodestructivas, entre ellas la ideación suicida (Gómez & Muñoz, 2019).

Se presenta una relación entre la ideación y las conductas suicidas en adolescentes y jóvenes de diferentes países del mundo, como Australia, Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, España, Estados Unidos, México, Portugal y Taiwán. Se observó que la prevalencia de ideación suicida a nivel mundial oscila entre el 10 % y el 35 %, mientras que los intentos de suicidio se sitúan entre el 5 % y el 15 %. (Cañón, 2018).

Frente a una situación tan alarmante, en diversos países se identificaron asociaciones entre distintos factores de riesgo, entre ellos:

- a) Emociones negativas y factores estresantes.
- b) Interacciones familiares y relaciones interpersonales.
- c) Factores biopsicosociales.
- d) Desigualdad social y trastornos mentales, los cuales podrían estar relacionados con la ideación y las conductas suicidas. (Cañón & Carmona, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) contabilizó alrededor de 800 mil suicidios por año en el mundo, lo que equivale a una muerte por suicidio cada 40 segundos. Se estima, además, que por cada suicidio consumado se producen veinte intentos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

En este contexto, el suicidio en adolescentes y jóvenes se incrementó en un 8 %, alcanzando cifras alarmantes en ambos sexos a nivel global: 3.126 hombres y 1.101 mujeres. Cada año, las cifras de personas que se quitan la vida aumentan de forma preocupante: 3.126 hombres (con un aumento del 4,8 %) y 1.101 mujeres (con un incremento del 7,8 %), lo que convierte al suicidio en la principal causa de defunción externa a nivel mundial. Un total de 4.227 personas fallecieron por esta causa, lo que representa un 5,6 %, es decir, 11,6 personas al día. (Anseán, 2022; OMS, 2021) En el año 2023, esa cifra ha retornado a lo que "desgraciadamente era habitual", con 12 casos registrados entre menores de 14 años. Los expertos se mantienen en alerta respecto a lo que sucede entre los 15 y los 29 años, grupo etario en el que el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte, ya sea por causas naturales o externas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Las autolesiones en adolescentes también han alcanzado cifras alarmantes. La salud mental ha superado a la violencia como principal motivo de consulta entre adolescentes, según datos de la Fundación ANAR (“Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo”).

Dentro de estas consultas, la conducta suicida representó la mayor cantidad de llamadas en el año 2022, con 7.928 casos reportados por ideación e intentos de suicidio, lo que equivale al 17,5 % del total. Esta cifra se ha multiplicado por 34,8 veces en una década. (Fundación ANAR, 2022). Las autolesiones también muestran un incremento significativo, pasando de 71 casos en 2012 a 3.243 en 2022, es decir, un aumento de casi 46 veces. (Fundación ANAR, 2022).

En 2015, la BBC News Mundo, a través de su portal digital, publicó un artículo sobre el suicidio en América Latina, en el que señala que los cinco países con el índice más alto de suicidio en la región son: Bolivia, El Salvador, Chile, Ecuador y Argentina. En el caso de Bolivia, además de tener la tasa más alta de América Latina, es el único país de la región que figura entre los 15 países con más suicidios del mundo. Otra cifra alarmante es que Bolivia ocupa el tercer lugar a nivel mundial en suicidios entre niños de 5 a 14 años, solo por detrás de Burundi y Mozambique. (BBC News Mundo, 2015).

En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento *Suicide worldwide in 2019*, en el que se reportan los siguientes datos correspondientes a Bolivia solo para la gestión 2019: número total de suicidios (todas las edades): 715, de los cuales 232 fueron mujeres y 483 hombres. La tasa general de suicidio por cada 100.000 habitantes fue de 6,2. (OMS, 2020).

La línea gratuita del “Programa Familia Segura de UNICEF” recibió, desde abril de 2020, un total de 489 llamadas relacionadas con ideas o intentos de suicidio en adolescentes desde los 14 años de edad, en coordinación con la Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia. (UNICEF, 2020)

Entre enero y abril de 2023, además de 205 casos de intento de suicidio, “Familia Segura” registró 1.130 casos de ideación suicida, de los cuales 222 llamadas fueron realizadas por menores de 18 años. (Familia Segura, 2023).

Según datos de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), remitidos a la Asamblea Departamental de Tarija, en los últimos 30 meses se registraron 92 suicidios y 23 tentativas, lo que equivale a que por cada diez personas que se quitaron la vida, otras tres intentaron hacerlo. (FELCC, 2023–2024).

Las provincias de Arce y Cercado presentan las tasas más altas de suicidio por cada 10.000 habitantes (0,7), mientras que la media departamental se sitúa en 0,5, según la comparación entre datos policiales y la población proyectada por el INE.

La Asamblea Legislativa Departamental de Tarija, a través de Carmen Valencia, informó que los índices de suicidio en el departamento están aumentando de manera alarmante, especialmente en los municipios de Bermejo, Yacuiba y Villa Montes. (Asamblea Legislativa Departamental de Tarija, 2022)

El Dr. Javier Blades, Decano de la Facultad de Humanidades y de la carrera de Psicología de la UAJMS, indicó que los niveles de suicidio han alcanzado cifras preocupantes, posicionando a Tarija entre los primeros lugares a nivel nacional, por encima de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

Un nuevo estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicado en *The Lancet Regional Health – Américas*, destaca la importancia de considerar los determinantes sociales del suicidio específicos de cada sexo al momento de diseñar estrategias de prevención y reducción del riesgo. (OPS,2023.)

Un estudio realizado por Santos et al. (2023) sobre los factores contextuales asociados con la mortalidad por suicidio en países de las Américas entre 2000 y 2019 encontró que, en los hombres, la mayor mortalidad por suicidio está relacionada con factores como el homicidio y el consumo de alcohol u otras sustancias. En cambio, en las mujeres, la desigualdad educativa se identificó como el factor principal asociado con dicha mortalidad. Además, el desempleo fue un factor común relacionado con el aumento de la tasa de suicidio en ambos sexos.

El Dr. Renato Oliveira e Souza, jefe de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), enfatiza que la prevención del suicidio debe ir más allá de limitar el acceso a los métodos, fortalecer las habilidades socioemocionales y mejorar la atención en salud mental. También es fundamental abordar los factores contextuales que afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres, requiriendo un enfoque integral de la sociedad. A pesar de los esfuerzos internacionales, América es la única región del mundo donde la tasa de mortalidad por suicidio ha aumentado desde el año 2000. En 2019, se reportaron más de 97,000 suicidios en la región, con un 79 % de casos en hombres, aunque los casos en mujeres también han crecido (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

OPS (2023). Un nuevo estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y socios, publicado en *The Lancet Regional Health – Américas*, destaca la relevancia de considerar los determinantes sociales del suicidio diferenciados por sexo al elaborar estrategias preventivas. El artículo Factores contextuales asociados con la mortalidad por suicidio a nivel de país en las Américas, 2000–2019 también señala que la tasa de suicidio entre hombres disminuyó conforme aumentó el gasto en salud per cápita, mientras que la de las mujeres se redujo a medida que creció el número de médicos por cada 10.000 habitantes. Para ambos sexos, la tasa bajó con el aumento de la densidad poblacional moderada, lo que resalta la necesidad de apoyar a quienes residen en zonas rurales aisladas.

La OPS trabaja para mejorar la salud mental de la población de América y reducir la mortalidad por suicidio, proporcionando cooperación técnica a través de la implementación de la guía “Vivir la vida” de la OMS. Esta guía propone intervenciones eficaces y una respuesta nacional integral. (Centro de Adicciones y Salud Mental, CAMH, 2023).

A nivel nacional, se han identificado debilidades en la recolección de datos sobre suicidios. La Dra. Rose Marie Rendón, presidenta de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría (filial Santa Cruz), afirmó durante las II Jornadas Internacionales de Prevención del Suicidio y la Depresión (septiembre de 2017) que: “En Bolivia se carece de datos sobre suicidios, porque no se registran como tales”.

Bolivia presenta la quinta tasa más alta de suicidios en el continente americano y el suicidio se posiciona como la cuarta causa de mortalidad entre adolescentes de 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

El Lic. James Robles, director de la carrera de Psicología de la Universidad Franz Tamayo (Unifranz), manifestó que “en el país no existen estadísticas serias sobre esta problemática, y si las hay, están sesgadas”.

Rendón (2020) señala que, en registros policiales y hospitalarios, los suicidios suelen clasificarse como muertes por arma de fuego, intoxicación o ingestión de órganos fosforados, lo cual contribuye a que el problema quede invisibilizado. Además, afirma que uno de cada cuatro bolivianos presenta trastornos depresivos.

Con el objetivo de enfrentar esta situación, se elaboró la Guía de Intervención de Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias (2019–2025), impulsada por el Ministerio de Salud, la Sociedad Boliviana de Psiquiatría, el Colegio de Psicólogos, el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, la Policía Boliviana y otras instituciones. (Ministerio de Salud, 2019). Dicha guía recomienda consultar con un especialista en casos de ideación o intento de suicidio. Además, establece que las personas deben ser ubicadas en ambientes seguros y monitoreadas por familiares o personas cercanas, al tiempo que se restringe el acceso a medios potenciales de autolesión. También exhorta a los medios de comunicación a adoptar prácticas responsables y evitar el uso de lenguaje sensacionalista o la normalización de esta conducta. En el contexto boliviano, un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro (2018) permitió identificar los métodos de suicidio más frecuentes en esa ciudad durante dicha gestión: el método más utilizado fue la asfixia por ahorcamiento (55,3 %, 21 casos); seguido por la ingesta de plaguicidas (13,2 %, 5 casos); el uso de armas de fuego (13,2 %, 5 casos); explosivos (10,5 %, 4 casos); intoxicación por sustancias ácidas o alcalinas (5,3 %, 2 casos); y precipitación (2,6 %, 1 caso). (Instituto de Investigaciones Forenses, Oruro, 2018).

La investigación realizada en el Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro durante la gestión 2018 permitió identificar los métodos de suicidio registrados en los certificados de defunción. Además, se propuso una guía de práctica clínica orientada a la prevención y tratamiento de la conducta suicida en servicios de urgencia (Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro, 2018).

En la ciudad de Tarija, especialmente en la provincia Cercado, no se han desarrollado estudios específicos sobre ideación suicida, factores de riesgo o suicidio. Según el Dr. Javier Blades (2023), el aumento de suicidios en la región genera preocupación tanto en la comunidad académica como en las autoridades locales. A pesar de contar con una población menor que otros departamentos, Tarija presenta una tasa de suicidios superior, lo que evidencia un problema relevante a nivel regional y nacional.

La conducta suicida puede entenderse como un continuo que abarca desde aspectos cognitivos, como la ideación, hasta comportamientos como el intento de suicidio o el suicidio consumado. Durante la adolescencia, se ha convertido en un problema prioritario de salud pública. Según la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio en jóvenes entre 14 y 24 años, siendo esta una de las tres principales causas de muerte en este grupo etario. Se han identificado numerosos factores que contribuyen a la conducta suicida, incluyendo componentes individuales, familiares y sociales. Hughlings Jackson y Garrabé de Lara (2003), proponen el modelo diátesis-estrés para comprender el origen multifactorial de la conducta suicida. Este modelo plantea que la diátesis representa una vulnerabilidad acumulada a lo largo del tiempo, por ejemplo, una alta impulsividad o agresividad que incrementa la probabilidad de actuar sobre pensamientos suicidas. El estrés incluye factores como el divorcio de los padres, eventos de vida adversos y condiciones biopsicosociales. Algunos factores pueden actuar simultáneamente como diátesis y como estresores, dependiendo de su interacción temporal con los fenómenos suicidas.

¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y autoestima como factores de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años, Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro Cercado Tarija 2024?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La realización de la presente investigación, que aborda el tema relación entre depresión y autoestima como factores de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro es de vital importancia por múltiples razones fundamentales, de orden contextual, científico, social metodológico y práctico. principalmente, no existen investigaciones previas que aborden los factores de riesgo, la ideación suicida o el suicidio consumado en la ciudad de Tarija, considerándose un tema “tabú”, la tasa de suicidios en Tarija es elevada. Sin embargo, luego del acto de quitarse la vida, los casos suelen registrarse como “muerte accidental” u “homicidio-suicidio”, lo que genera una información sesgada. Tomando en cuenta que actualmente la depresión y la baja autoestima en la población adolescente se han convertido en algunos de los problemas de salud mental más comunes y menos estudiados, la finalidad de esta investigación es proporcionar información y concientizar sobre cómo los niveles de depresión y autoestima se relacionan con la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado.

1.2.1. JUSTIFICACIÓN SOCIAL.

Esta investigación cobra relevancia al visibilizar una problemática que afecta directamente al bienestar, la calidad de vida de los adolescentes, quienes se encuentran en una etapa de desarrollo crítico. El suicidio en esta población no solo constituye una pérdida humana irreparable, sino que también impacta profundamente en las familias, las comunidades educativas por ende la sociedad en su conjunto. Abordar esta problemática desde la investigación permite generar propuestas de prevención e intervención que promuevan el cuidado de la salud mental como también el fortalecimiento del tejido social. Asimismo, se busca romper el estigma en torno a la salud mental, fomentar el diálogo abierto sobre estos temas dentro del entorno escolar y familiar.

1.2.2. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA.

Este estudio contribuirá al conocimiento empírico sobre la relación entre depresión, autoestima e ideación suicida, ampliando la comprensión de dichos factores de riesgo en contextos específicos como en la ciudad de Tarija. Esta investigación también permitirá

identificar patrones, correlaciones significativas entre las variables, aportando evidencia relevante para el diseño de programas psicoeducativos y de intervención temprana. La información obtenida podrá ser utilizada como base para futuros estudios que profundicen en la prevención del suicidio adolescente desde un enfoque integral y contextualizado.

1.2.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.

Dicha investigación adoptará un diseño cuantitativo de tipo correlacional, el cual permitirá analizar el grado de relación entre las variables de estudio. A través de la aplicación de instrumentos psicométricos válidos y confiables, como escalas para medir niveles de depresión, autoestima e ideación suicida, se obtendrán datos que serán analizados estadísticamente para identificar posibles asociaciones entre los factores de riesgo. Esta metodología facilitará una interpretación objetiva de los resultados y contribuirá a una mejor comprensión del fenómeno investigado, brindando solidez a las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Por lo tanto, se considera que la ideación suicida es un fenómeno multicausal que preocupa a la población que está presente en la cotidianidad, convirtiéndose generalmente en una tragedia en el plano individual, familiar y social, especialmente ante el incremento porcentual de suicidios que ha afectado al país desde hace varios años. El presente estudio también incluye una contribución teórica orientada a determinar e identificar los factores de riesgo como la depresión, la autoestima y la ideación suicida que se relacionan con la vulnerabilidad de los adolescentes, desarrollando así cada variable causal.

1.2.4. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.

La investigación tiene como objetivo proporcionar una base teórica y empírica para colegios, instituciones y organizaciones sin fines de lucro que trabajan con adolescentes. El propósito es establecer fundamentos que permitan identificar los factores que pueden conducir a los adolescentes a intentar quitarse la vida.

Por ello, se llevarán a cabo pruebas, escalas y evaluaciones destinadas a identificar los factores causales del suicidio, con la finalidad de generar estrategias de intervención, prevención y promoción de la salud mental adaptadas a este grupo etario y contexto específico.

1.2.5. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

La presente investigación se fundamenta en el modelo cognitivo de Beck (1976), el cual sostiene que los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro influyen directamente en el desarrollo de síntomas depresivos, que a su vez pueden generar ideación suicida. Asimismo, se incorpora la teoría de la desesperanza de Beck et al. (1974), que explica cómo la percepción de un futuro sin esperanza actúa como predictor directo del suicidio.

En relación con la autoestima, se toma como base el enfoque de Rosenberg (1965), quien plantea que una baja valoración del yo se asocia con mayor vulnerabilidad emocional y pensamientos autodestructivos. Estas teorías permiten comprender cómo la depresión y la baja autoestima funcionan como factores de riesgo en la aparición de ideación suicida en adolescentes.

De forma complementaria, el modelo diátesis-estrés (Joiner, 2005; O'Connor & Nock, 2014) sustenta la idea de que la ideación suicida surge de la interacción entre predisposiciones psicológicas y factores estresores. Así, esta investigación busca aportar evidencia empírica sobre dicha relación en un contexto educativo específico.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y autoestima como factores de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, Cercado Tarija 2024?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre los niveles de depresión y autoestima como factores de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, Cercado Tarija 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de depresión en los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.
- Identificar el nivel de autoestima de los estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.
- Cuantificar la intención suicida, en los adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.
- Detectar el riesgo suicida en la población adolescente de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

HIPÓTESIS

- Los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro presentan un nivel de depresión moderado.
- Los estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, presentan un nivel bajo de autoestima.
- Los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro presentan un nivel moderado de ideación suicida.
- Los adolescentes de secundaria presentan un nivel bajo de desesperanza de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DEFINICIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Depresión	La depresión es la alteración de una serie de esquemas de pensamiento distorsionados que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, el mundo y el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. (Beck, 1967).	Cognitivo	Presencia de sentimientos de tristeza y desvalorización; tendencia al pesimismo.	Autor: Beck A. Título: Escala de depresión de Beck (1979). Depresión Mínima. (0 - 13). Depresión Leve. (14 – 19). Depresión Moderada.
		Conductual	Presencia de sentimientos de ira y frustración que conllevan a la indecisión, autocrítica y sensación de fracaso, con manifestaciones de culpa, llanto y disconformidad.	

		Afectivo - Emocional	Manifestaciones de agitación, pérdida de interés por actividades, y alteraciones en el sueño y el apetito.	(20 – 28). Depresión Severa. (29 – 63).
Autoestima	Es el afecto que surge en cada uno de nosotros después de apreciar a la persona que somos. Se trata de una estimación, y como tal, es una mixtura de conocimiento y afectividad, autoconciencia, concepto propio y una afección que puede manifestarse como agrado o repulsión.	Autovaloración	Satisfacción con uno mismo y adecuado manejo del autoconcepto.	Autor: Morris Rosenberg. Título: Escala de Autoestima de Rosenberg. Nivel de autoestima baja. (Menos de 25 puntos.)
		Autoconciencia	Actitudes y cualidades personales vinculadas a la percepción de inutilidad, conciencia de sí mismo y sensación de fracaso.	Nivel de autoestima media. (De 26 a 29 puntos.)

	(Roa García, 2013).	Interpersonal	Respeto Compararse con los demás	Nivel de autoestima elevada. (De 30 a 40 puntos.)
Riesgo Suicida	El riesgo suicida se entiende como la probabilidad de que un individuo intente quitarse la vida cuando el sufrimiento emocional supera su capacidad de afrontamiento, manifestándose a través de sentimientos de desesperanza, tristeza profunda y pensamientos negativos recurrentes (O'Connor & Nock, 2014).	Proceso Cognitivo	Ideas negativas sobre la vida. Pensamientos derrotistas. Afectividad personal	Autor: Beck A. Título: Escala de desesperanza de Beck. Se puntúa 1 punto en las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14,
		Valoración Afectiva	Percepción de la dinámica familiar. Conflictos con la pareja. Aceptación social.	16, 17, 18, 20)
		Influencia Sociocultural	Rechazo Social Paradigmas Sociales.	Las respuestas "Falso". Se puntúa 1 punto en las

			Situaciones sociales desfavorables.	repuestas "Verdadero" de los ítems: (1,3,5,6,8,10,13,15 y 19)
		Planificación Suicida	Búsqueda de métodos letales Número de intentos de suicidio.	
Ideación Suicida	La ideación suicida es el pensamiento que, de forma constante, tiene un individuo respecto a acciones que	Actitud hacia la vida/muerte.	Aceptación había la idea de morir. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida.	Autor: Aaron Beck. Título: Scale for Suicide Ideation.

	buscan acabar con su existencia. (Beck, 1979)	Pensamientos o deseos suicidas.	Deseos pasivos de suicidio.	El rango de la puntuación total es de 0 - 38. Se considera que una puntuación igual o superior a 1 es indicativa de riesgo de suicidio, siendo la puntuación más alta indicativa de un riesgo suicida más elevado.
		Proyecto de intento suicida. Realización del intento proyectado.	Dimensión temporal. Planificación metódica para la realización del suicidio.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se aborda el sustento teórico que respalda la investigación, a través de un recorrido por conceptos clave como adolescencia, autoestima, depresión, desesperanza e ideación suicida. Se analizan teorías psicológicas relevantes y estudios previos que permiten comprender la complejidad del fenómeno suicida desde una perspectiva biopsicosocial.

El marco teórico busca brindar una visión integral que explique cómo los factores internos y externos inciden en la construcción de pensamientos suicidas, destacando la importancia del contexto familiar, social y escolar en el desarrollo emocional del adolescente. (Daros, 2002, p. 75).

3.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa en la cual se experimentan cambios en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Asimismo, se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa, que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva. (Hurlock, 1994, p. 4).

En esta etapa, es probable que el adolescente pierda la confianza en sí mismo, debido a que trata de encontrar su propia identidad y que, con la llegada de los cambios físicos, emocionales y sociales, también pueda perder la confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. También tiende a disminuir su destreza física, ya que los cambios provocan un período de ajuste de sus esquemas sensoriomotores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de su fuerza. Es así que la adolescencia podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de afrontar. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a prolongar situaciones de dependencia respecto de los adultos. (Santrock, 2020).

3.1.1 Definición de adolescencia

Etimológicamente, la palabra *adolescencia* deriva del latín *adolescere*, que significa ‘crecer’ o ‘desarrollarse hacia la madurez’. Por lo tanto, se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta.

Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal, en la cual se realizan ciertas adaptaciones establecidas por una sociedad específica. Se describe a la adolescencia como un período de “tormentos y estrés inevitables”, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. (Hurlock, 1994, p. 5).

Por su parte, Freud (1905) definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión. Brooks (1959) denomina adolescencia al período de la vida humana que se extiende aproximadamente desde los 12 o 13 años como etapa inicial, hasta los 20 años como etapa final.

Durante esta época, cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez, se presentan cambios físicos, mentales y morales, los cuales ocurren de forma simultánea. Al respecto, han surgido algunas confusiones al considerar distintas definiciones de la adolescencia, ya que diversos autores han utilizado terminologías diferentes para describir esta etapa. Algunos incluso han empleado la misma palabra para referirse a aspectos distintos, y otros han llegado a planteamientos mutuamente excluyentes. (Harrocks, 1994, p. 8).

Por ejemplo, Gesell y Ames (1956) hablan de juventud y la definen como el período comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera que este período abarca desde los 8 hasta los 12 años. Landis (1952) restringe el uso del término juventud a los últimos años de la adolescencia, mientras que el término pubescencia se emplea comúnmente para describir los aspectos de maduración sexual de esta etapa. (p. 9).

En la actualidad, existen muchas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de estudios sistemáticos e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos conceptos erróneos sobre el desarrollo del adolescente; sin embargo, aún persisten muchos problemas por resolver.

En este sentido, se ha adoptado la siguiente definición de adolescencia, que se considera la más adecuada para los fines del presente estudio: “La adolescencia es el periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos propios de la edad del individuo, así como por factores sociales y culturales. Es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo”. (Monroy de Velazco, 1990, como se cita en Camacho e Iniesta, 2003, p. 59).

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de cambios físicos, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a transformaciones sexuales significativas que tienen un efecto importante en el individuo.

Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el rumbo que toman los adolescentes y en el concepto que la persona tiene de sí misma. En este caso, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura; es probable que el crecimiento desigual de los huesos y del rostro ocasione que el adolescente se sienta inseguro respecto a su apariencia. (Hurlock, 1994, p. 6).

Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse; a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, también se afirma que este período comienza cuando se activan las hormonas sexuales y aparecen las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños, esta edad varía entre los 10 y los 15 años; en las niñas, entre los 9 y los 14 años. Muchas personas creen que la pubescencia comienza a los 10 años; por ello, a menudo se llama “adolescentes” a niños que aún no han llegado a la pubertad. (Harrocks, 1994, p. 6).

La adolescencia es una etapa en la que el individuo se vuelve cada vez más consciente de sí mismo. Intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para alcanzar una estabilidad que caracterizará su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se va forjando, así como al concepto que tenga de los demás, y busca un estatus como individuo.

En esta época, las relaciones de grupo adquieren mayor importancia, ya que el adolescente necesita lograr un reconocimiento entre sus pares. Asimismo, surgen los intereses sexuales, lo que complejiza sus emociones y actividades. Por otra parte, también es una etapa de desarrollo físico y crecimiento, que sigue un patrón común a la especie, pero a su vez es característico de cada individuo.

Se producen cambios corporales rápidos, se modifican los patrones motores habituales y la imagen corporal, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física. Por último, cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de expansión intelectual, así como de experiencias académicas. También tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, acompañada por la construcción de ideales propios y la aceptación de la propia identidad. (Harrocks, 1994, p. 7).

3.3 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS

La pubertad es la etapa en la cual los órganos reproductores alcanzan la madurez funcional. La edad promedio de su aparición se sitúa entre los 12 y 13 años en las niñas, y entre los 14 y 15 años en los niños.

Sin embargo, los factores ambientales, así como los fisiológicos internos, parecen influir en la edad en la que se presenta la pubertad en cada individuo. (Harrocks, 1994, p. 8).

La pubertad se asocia con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna, las cuales tienen funciones específicas como estimular el crecimiento, influir en las actividades metabólicas y regular la transformación física del niño. El lóbulo anterior de la glándula pituitaria produce dos hormonas relacionadas con el desarrollo puberal.

Se trata de la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo, y la hormona gonadotrópica, que estimula con mayor intensidad las gónadas. Las glándulas sexuales son endocrinas y desempeñan un papel activo en la producción de los cambios puberales: las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas, los testículos. Estas gónadas son estimuladas por la hormona gonadotrópica para desarrollarse adecuadamente durante la pubertad.

Por su parte, los testículos tienen una doble función: producir espermatozoides y generar una o más hormonas que controlan los ajustes físicos y psicológicos necesarios para llevar a cabo la reproducción. El ajuste físico comprende el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como el crecimiento de los propios testículos, la próstata, las vesículas seminales y el pene.

Es evidente que la glándula pituitaria y las gónadas deben funcionar de manera recíproca y con una regulación adecuada por parte de ambas, para que el crecimiento se produzca de forma correcta. También cabe mencionar que existen otros cambios fisiológicos, como los que ocurren en la circulación —específicamente en el pulso, la presión sanguínea— y en el metabolismo de la respiración y la energía. Uno de los aspectos más importantes del desarrollo fisiológico es la gran variación y fluctuación individual que se presenta.

Retomando lo anterior, se puede afirmar que el adolescente atraviesa múltiples ajustes fisiológicos que alcanzarán estabilidad en la edad adulta. Por tal motivo, la adolescencia puede considerarse como un período de aprendizaje fisiológico. (Harrocks, 1994, p. 9).

3.4 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

Las características biológicas de la adolescencia son principalmente: un notable aumento en la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de los rasgos sexuales secundarios. Como se ha mencionado, la pubertad marca la obtención de la madurez sexual y la capacidad de reproducción. En las mujeres, esta se caracteriza por el inicio de la menstruación, y en los varones, por la primera emisión de semen.

Maduración sexual del hombre. Los varones generalmente comienzan su crecimiento acelerado uno o dos años después que las mujeres. Su patrón de desarrollo es distinto: se ensanchan más en las caderas, y gran parte del aumento corporal se da en forma de masa muscular, más que en grasa. A su vez, el pene y el escroto inician su crecimiento aproximadamente a los 12 años y terminan de madurar entre tres y cuatro años más tarde.

El pene se alarga, el glande se ensancha y los testículos crecen. Aproximadamente un año y medio después de que comienza el crecimiento del pene, se presenta la primera eyaculación. Aunque la producción de espermatozoides se inicia antes, esta eyaculación rara vez contiene espermatozoides fértiles. También ocurre el crecimiento del vello púbico y el desarrollo de los genitales, mientras la laringe se expande y las cuerdas vocales se alargan, provocando que la voz se vuelva más profunda. El vello en el pecho es la última característica en aparecer.

Maduración sexual de la mujer. El crecimiento acelerado en las niñas comienza alrededor de los 10 años. Sus proporciones corporales cambian a medida que las caderas se ensanchan y el cuerpo acumula mayor cantidad de grasa. A esa misma edad, los pezones experimentan cambios, mientras que los ovarios, la vagina y el útero inician su maduración. También aparece el vello púbico en la zona genital y, posteriormente, en las axilas.

La menarquia, o primera menstruación, es el principal signo de la transición de la niña hacia la adolescencia y suele presentarse una vez que el crecimiento ha alcanzado su punto culminante.

Cabe mencionar que la idea de que la menarquia indica que se ha alcanzado la madurez completa de las funciones reproductivas es errónea. Si bien algunas adolescentes pueden quedar embarazadas poco tiempo después de su aparición, casi la mitad no son fértiles sino hasta uno o dos años después.

Por otra parte, es importante señalar que todos los cambios que se presentan en esta etapa pueden tener repercusiones tanto físicas como psicológicas, las cuales influyen en cómo los adolescentes se sienten respecto de sí mismos. La percepción de su cuerpo si lo observan con orgullo, incomodidad o vergüenza, dependerá del contexto psicosocial en el que se encuentren al momento de atravesar esta etapa.

3.5 DESARROLLO COGNOSCITIVO

La cognición es un proceso mediante el cual un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimientos en relación con un objeto. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia se caracteriza por la aparición del pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Las operaciones de la inteligencia infantil son concretas; sin embargo, entre los 11 y 12 años, el pensamiento sufre una transformación, es decir, se pasa del pensamiento concreto al pensamiento formal, también llamado pensamiento hipotético-deductivo. (Piaget, 1959, 1973, pp. 23–35).

A medida que la persona entra en la etapa de la adolescencia, sus procesos mentales presentan una tendencia continua a hacerse más elaborados y complejos, como resultado de la experiencia y de la maduración.

En esta etapa, el adolescente es capaz de construir sistemas y teorías; se interesa por problemas que no guardan relación directa con los acontecimientos cotidianos, es decir, tiene la capacidad de formular teorías abstractas.

Una de las características principales de la adolescencia es la libre actividad de la reflexión espontánea, lo que significa que el adolescente siente como una necesidad el razonar y experimenta una gran satisfacción al hacerlo. Sin embargo, aún no ha desarrollado completamente la autocrítica y, por ello, en ocasiones se involucra en discusiones de las cuales va adquiriendo herramientas para madurar. (Piaget, 1959, pp. 23–25).

La transición al período de las operaciones formales se debe a diversas presiones culturales, a la necesidad de asumir roles de adulto, a la maduración de estructuras cerebrales y a las nuevas experiencias de aprendizaje y vida social. Los adolescentes desean estimulación intelectual y reaccionan positivamente cuando la reciben.

Este período se caracteriza por ser abstracto, especulativo e independiente del entorno y las circunstancias inmediatas; implica la capacidad de considerar posibilidades, comparar la realidad con lo que podría ser o no ser, así como formular, probar y evaluar hipótesis, y

manipular tanto lo conocido como lo contrario a los hechos. (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et al., 2001).

Si bien este desarrollo cognoscitivo es una ventaja cuando se alcanza, no todos los adolescentes logran aplicar las operaciones formales en todo momento. En general, puede afirmarse que ni la edad cronológica ni el simple paso del tiempo son determinantes en el desarrollo cognoscitivo. (Craig, 2001).

3.6 DESARROLLO EMOCIONAL

La emoción es, esencialmente, un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, también cambian las situaciones y el modo en que se manifiesta la conducta. La duración, la forma y las consecuencias del cambio no son fortuitas; son lo suficientemente consistentes como para permitir extraer la conclusión de que la conducta emocional se desarrolla por grados. (Gesell, 1958, p. 352).

Gesell menciona que el crecimiento emocional es un proceso progresivo que involucra una serie de relaciones interpersonales que abarcan desde las rutinas del cuidado personal hasta los intereses, las actividades del hogar, la escuela, la comunidad y la ética de la vida diaria.

Asimismo, plantea que el desarrollo emocional del adolescente se produce a través de gradientes de crecimiento, los cuales muestran cómo las emociones cambian año tras año de acuerdo con el aumento del nivel de madurez. También sostiene que existen ciertas características emocionales persistentes que podrían atribuirse al carácter innato de cada persona. Así mismo, las emociones registran y dirigen las reacciones del individuo; modifican las respuestas fisiológicas y psicológicas, y forman parte de procesos mentales y morales como la percepción, el juicio, la decisión y la estimación, influyendo directamente en la formación del carácter del adolescente.

Las emociones que se presentan comúnmente en esta etapa son: miedo, preocupación, ansiedad, ira, disgusto, frustración, celos, envidia, curiosidad, afecto, pesar y felicidad.

Toda experiencia vivida acompañada de una emoción intensa puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. Esta incidencia puede ser favorable o desfavorable; en este último caso, las consecuencias de las emociones desagradables pueden resultar destructivas. Por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social. (Hurlock, 1994, pp. 1–12).

Estar expuesto a una constante tensión emocional, derivada de una inadecuación personal o de condiciones ambientales adversas, mantiene al adolescente en un estado de excitación y lo predispone a reaccionar de forma excesiva frente a diversas situaciones. Es decir, puede convertirse en una persona inadaptada e ineficaz, lo que puede conducir a una salud deficiente, tanto en el plano físico como mental, y a la adopción de conductas de riesgo, como el consumo de drogas o las conductas suicidas.

3.7 DESARROLLO SOCIAL

La separación de la familia constituye un acontecimiento de gran importancia en la vida del adolescente. Para que este cambio ocurra, el joven debe desarrollar un sentido estable de sí mismo, es decir, una identidad. (Erikson, 1968, citado en Morris, 1992).

Por ello, una de las principales tareas de la adolescencia es la formación de la identidad: un sentido coherente de individualidad, construido a partir de la personalidad y las experiencias del adolescente. Se sostiene que el perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas facilita el análisis de roles, la identificación de contradicciones y conflictos, y su posterior reestructuración, lo cual permite la formación de dicha identidad. (Craig, 1997).

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición, que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo. Se construye una estructura que organiza e integra las conductas en distintas áreas de la vida. Este proceso, según el autor, representa el principal obstáculo que el adolescente debe superar para realizar una transición exitosa hacia la adultez.

Durante esta etapa, los jóvenes pueden explorar diversos caminos en busca de lo que se ajuste a sus necesidades, intereses, capacidades y valores. Todas las decisiones que tomen contribuirán a forjar su identidad. No obstante, es importante señalar que los factores socioeconómicos también desempeñan un papel relevante en su formación.

Por su parte, Marcia (1980, citado en Hoffman et al., 1996), basándose en la teoría de Erikson, propuso cuatro estados o modos de formación de la identidad, los cuales pretenden determinar si el adolescente ha atravesado un período de toma de decisiones —denominado “crisis de identidad”— y si se ha comprometido con una serie específica de opciones, como la elección de una carrera. Estos estados son: compromiso, difusión, moratoria y construcción de la identidad.

Compromiso: El adolescente persigue metas ideológicas o profesionales, aunque dichas metas fueron adoptadas de forma prematura, e incluso impuestas por padres o maestros. Los jóvenes comprometidos no experimentan una crisis de identidad, ya que han aceptado sin cuestionamientos los valores y expectativas ajenos.

Difusión: Los adolescentes carecen de orientación, no parecen motivados por encontrarla, no han experimentado una crisis de identidad ni elegido un rol profesional. Es decir, evitan tomar decisiones.

Moratoria: El adolescente atraviesa una crisis de identidad y se encuentra en un estado de exploración activa, reflexionando sobre aspectos profesionales, éticos, religiosos o filosóficos, con la intención de "encontrarse a sí mismo".

Construcción de la identidad: El joven ha finalizado el proceso de búsqueda, ha tomado decisiones y persigue metas claras, ya sean ideológicas o profesionales. Esta fase suele considerarse la más madura y estable.

Por tanto, puede afirmarse que el estado de identidad influye profundamente en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones frente al estrés. Como se ha mencionado, parte de la formación de la identidad implica un cierto grado de separación de la familia.

Durante esta etapa, los adolescentes recurren al grupo de amigos, quienes les brindan apoyo emocional, favorecen su autonomía y les permiten experimentar con nuevas formas de pertenencia cultural. La presencia del fenómeno grupal en esta etapa tiene gran importancia y trascendencia, ya que responde a la búsqueda que el adolescente realiza para construir su nueva identidad.

Es un periodo de importantes transformaciones en los denominados núcleos de pertenencia, principalmente en la familia. El vínculo grupal le proporciona al adolescente lo que desea encontrar: seguridad, reconocimiento social, un marco afectivo y un medio de acción; es decir, un espacio vital donde no esté presente el dominio de los adultos. (Rodríguez, 1994, como se cita en Alcántar, 2002).

3.8 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La personalidad es el centro de la individualidad de una persona y determina la forma en que esta se adaptará a su entorno. Se ha definido como la estructura de los hábitos y significados personales que orientan la conducta. Por lo general, la personalidad se analiza mediante la clasificación de conductas en diversas categorías, las cuales representan las dimensiones que configuran dicha personalidad. Asimismo, se sostiene que, aunque la personalidad puede cambiar con la edad, sus dimensiones tienden a permanecer estables a lo largo de las distintas etapas de la vida. (Hurlock, 1994, p. 2).

Los principales cambios en la personalidad suelen presentarse durante la adolescencia, con ciertas fluctuaciones de un año a otro. En esta etapa, se observan importantes diferencias relacionadas con el sexo, atribuibles tanto a factores culturales como a las expectativas sociales sobre los roles sexuales.

La personalidad del adolescente se caracteriza por ciertas conductas y reacciones propias de esta etapa. Por ejemplo, se experimenta una sensación de autosuficiencia, aunque también pueden presentarse comportamientos de dependencia, ansiedad y hostilidad. A medida que avanza el desarrollo, el adolescente adquiere mayor experiencia y aprende estrategias de afrontamiento más eficaces. Esto, en condiciones normales, reduce la necesidad de recurrir a conductas como la hostilidad y la ansiedad.

En el último período de la adolescencia, los jóvenes tienden a mostrar rasgos de personalidad más convencionales, realistas y prácticos. Esta fase final del desarrollo se encuentra cada vez más influenciada por la cultura, en la medida en que los adolescentes dejan de ser idiosincrásicos y comienzan a integrarse en los marcos normativos del grupo cultural de la sociedad adulta.

3.9 PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de constantes cambios psicológicos, físicos y sociales. Estos cambios hacen que el adolescente se torne más vulnerable, generando una crisis de identidad que lo enfrenta consigo mismo, con las demandas familiares y con las exigencias de la sociedad. Esta situación produce sentimientos de ansiedad, tensión y estrés que, en ocasiones, el adolescente no logra controlar, lo cual puede conducirlo a conductas de riesgo como el consumo de drogas, el intento de suicidio y, en situaciones extremas, al suicidio consumado (Villatoro et al., 2003).

En relación con lo anterior, en las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante de la conducta suicida en adolescentes, tanto en Bolivia como en otras regiones del mundo. Cabe mencionar que las tasas de suicidio consumado son más altas en varones, mientras que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres (González F. et al., 1998).

Actualmente, el suicidio es uno de los fenómenos que se presenta con un alto porcentaje entre los jóvenes. Las muertes por suicidio constituyen, después de los accidentes automovilísticos, la segunda causa de mortalidad entre personas de 15 a 24 años.

Es importante considerar que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino e impredecible, sino el eslabón final de una larga cadena de eventos psicológicos internos que, muchas veces, se originan en problemas tempranos de desarrollo durante la infancia, los cuales impiden que el adolescente logre enfrentar adecuadamente las demandas propias de su crecimiento.

Según Joiner (2005), para que ocurra un intento de suicidio, además de la predisposición interna, deben presentarse factores externos estresantes que afectan la vida del individuo. Estos eventos, especialmente cuando frustran expectativas importantes o generan desesperanza, pueden precipitar la conducta suicida, incluso sin una depresión clínica previa.

Algunas investigaciones han vinculado el suicidio con el consumo de drogas o con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no todos los adolescentes presentan un trastorno mental diagnosticable. En muchos casos, los factores personales y sociales juegan un papel fundamental. Entre los factores sociales subyacentes que contribuyen al aumento de suicidios se encuentran: el crecimiento urbano acelerado, los procesos migratorios, la disolución de redes familiares, el aumento del consumo de drogas entre los jóvenes y los cambios en el perfil epidemiológico del país (González et al., 2002).

Como ya se indicó, el consumo de drogas representa otro problema frecuente durante la adolescencia. En esta etapa, se despierta la curiosidad y predomina una necesidad de experimentar cosas nuevas, a menudo como una estrategia para afrontar los problemas diarios o como parte del proceso de búsqueda de identidad. No obstante, es importante señalar que no todos los adolescentes se ven afectados por este problema: algunos no consumen drogas, y otros lo hacen de manera transitoria, dejando el consumo poco tiempo después. (Villatoro et al., 2002).

Al igual que ocurre con las conductas suicidas, existen múltiples factores que influyen en el consumo de drogas durante la adolescencia. Uno de ellos es el entorno inmediato: la desorganización social (ambientes hostiles, zonas con alta delincuencia, fácil acceso a drogas, etc.), la falta de socialización adecuada, y la tensión, el estrés y la ansiedad generados por los roles impuestos al adolescente (Villatoro et al., 1996).

Otros factores importantes son la familia, el grupo de amigos y el contexto escolar. Algunos autores señalan que, si un adolescente abandona los estudios, vive en un entorno familiar inestable y mantiene relaciones con amistades que practican conductas antisociales o consumen drogas, es muy probable que reproduzca los mismos comportamientos.

En conclusión, puede afirmarse que la adolescencia es una etapa decisiva en la que el individuo enfrenta el reto de decidir su propio destino y consolidar su identidad. Algunos adolescentes tienen mayores dificultades para adaptarse a esta transición, y en esos casos pueden llegar a sentir que su futuro está fuera de su control. Ante esa sensación, la ideación suicida, el intento de suicidio y el consumo de drogas pueden convertirse en salidas percibidas, aunque nocivas, frente a una realidad abrumadora.

Es por ello que, en el capítulo siguiente, se abordarán diversos aspectos relacionados con el suicidio, la ideación y el intento suicida, así como su historia, definiciones e investigaciones que se vinculan con estos fenómenos.

3.10 AUTOESTIMA

La autoestima es el concepto e imagen que el individuo posee de su persona. Rice (2000, citado por Naranjo, 2007), sostiene que la autoestima es la consideración que tiene una persona sobre sí misma.

En cuanto, la autoestima es un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida y en el cual se involucra el contexto social, físico, emocional y cognitivo de la persona. Courrau, (1998, como se cita en Naranjo, 2007).

Por su parte, Olivares (1997, como se cita en Naranjo, 2007) refiere que la “autoestima” está compuesta por cuatro componentes en su definición, es por ello que su significado es complejo, en tanto esta:

- Es una actitud, “contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.

- Tiene un componente cognitivo, se “refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma”.

- Tiene un componente afectivo, que incluye la “valoración de lo positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas”.

- Finalmente, tiene un componente conductual, porque “implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente”.

3.10.1 Importancia de la autoestima

La autoestima es un factor que contribuye al desarrollo positivo del individuo, ya que su nivel influye en los ámbitos personal, familiar, escolar y social.

Una autoestima saludable se relaciona con la racionalidad, el realismo, la creatividad, la independencia, la flexibilidad, la capacidad para aceptar los cambios, el deseo de reconocer los errores y la disposición a cooperar. Existen correlaciones favorables entre la autoestima y otros rasgos que influyen en la capacidad de una persona para alcanzar sus metas y objetivos.

Mientras que una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad en la ceguera ante la realidad, con la rigidez, el miedo a lo nuevo, con la conformidad, con la sumisión o el comportamiento reprimido y la hostilidad a los demás: todas estas características tienen implicancias para la realización personal y la adaptación social. Por lo que, mientras más sólida es “la autoestima”, el individuo mejor preparado está para afrontar las diferentes dificultades y problemas que se le presenten en diferentes ámbitos, es decir a mayor autoestima, la persona tendrá un cúmulo de habilidades para poder comunicarse adecuadamente, resolver conflictos, respetar los derechos de los demás, etc. (Zenteno Durán, 2020).

3.10.2 Niveles de autoestima

Existe una autoestima positiva y una negativa. La primera beneficia al individuo de diversas maneras, principalmente en términos de salud y calidad de vida, lo cual se refleja en su personalidad y en la percepción que tiene de sí mismo.

Por el contrario, una autoestima negativa provoca sentimientos, actitudes y comportamientos como la inseguridad, la inestabilidad, la tristeza, la inhibición y la falta de habilidades, lo que afecta negativamente el desarrollo humano.

Una persona con una autoestima alta se caracteriza por tomar iniciativas, afrontar los retos que se le presentan, valora sus éxitos, tiene capacidad para superar fracasos, es tolerante a la frustración, es capaz de asumir sus responsabilidades actuando con decisión propia. En tanto una persona con autoestima baja, se caracteriza por la presencia de miedos a nuevos retos, necesidad de la guía y aprobación de los demás, desprecia sus actitudes, se muestra inseguro e incapaz. (Roa, 2017, p. 18)

3.10.3 Pilares de la autoestima

Los seis pilares de la autoestima, según Branden (2011), son los siguientes:

- **Vivir conscientemente:** está relacionado con la capacidad de una persona para enfrentar la vida con una actitud proactiva; es decir, resolver problemas sin límites autoimpuestos, aceptar errores, corregirlos y aprender de ellos. Vivir conscientemente implica ser reflexivo, conocerse en profundidad y comprender las razones que motivan nuestras decisiones. Supone reconocer tanto nuestras fortalezas como nuestras debilidades.
- **Aceptarse a sí mismo:** implica la capacidad de amarnos y aceptarnos completamente, con nuestras virtudes y defectos. Esta aceptación fortalece la autoestima y contribuye a comprender nuestros propios límites.
- **Autorresponsabilidad:** se refiere a la comprensión y aceptación de que somos responsables de nuestros deseos, valores, creencias, comportamientos y decisiones. Esto también implica asumir la responsabilidad por nuestra propia felicidad.
- **Autoafirmación:** consiste en actuar de forma congruente con lo que pensamos, sentimos y deseamos, respetando nuestras necesidades, valores y aspiraciones personales.
- **Vivir con propósito:** hace referencia a la capacidad de comprender que nuestras elecciones y nuestra felicidad dependen fundamentalmente de nosotros mismos.
- **Integridad personal:** se refiere a la coherencia entre nuestras creencias, valores e ideales, y nuestras acciones. Implica vivir de acuerdo con lo que somos y en lo que creemos.

3.11 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que provoca una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañado de ansiedad. También pueden presentarse otros síntomas psíquicos, como inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y del sueño (especialmente insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa e incapacidad, ideas de muerte e incluso intentos de suicidio, así como diversos síntomas somáticos.

La depresión, se define como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. (Hollon y Beck, 1979).

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner et al., 1.996).

Sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, agresividad, problemas escolares e inestabilidad. (Baldwin, H. 1.956, p.1)

3.11.1 Tipos de depresión

Según el “Módulo de Atención Integral en Salud Mental del MINSA” (2005), existen diversos tipos de trastorno depresivo, los mismos que varían en gravedad y persistencia de síntomas, siendo los más comunes:

- **Depresión severa:** se presenta como resultado de una combinación de síntomas que dificultan la capacidad de llevar a cabo actividades y responsabilidades cotidianas, como trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de situaciones que antes resultaban satisfactorias.
- **Distimia:** es considerada una forma menos grave de depresión, pero incluye síntomas crónicos que se mantienen a largo plazo, como sentimientos intermitentes de tristeza, cansancio o desmotivación. Aunque generalmente no resultan incapacitantes, sí interfieren con el funcionamiento cotidiano y con la sensación de bienestar de la persona.
- **Trastorno bipolar:** también conocido como enfermedad maníaco-depresiva, no es tan común como otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios marcados en el estado de ánimo, alternando fases de exaltación o euforia (manía) con fases de depresión. Estos cambios pueden producirse de manera drástica y rápida, aunque con mayor frecuencia se desarrollan de forma gradual.

3.12 DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA

Se afirma que la depresión está ligada a la autoestima, tomando en cuenta que esta última se define como el aprecio que la persona tiene hacia sí misma y que va unido hacia el sentimiento de valía, confianza en sí mismo, en tanto que una persona se sienta competente contribuye a enfrentar los desafíos de la vida, por lo que una autoestima baja con aunado a una depresión conlleva a que el individuo tenga dificultades para adaptarse. (Cataño2008, citado en Bocanegra, 2020).

Sostiene que la autoestima es un factor crítico, que afecta al ajuste psicológico y social del individuo. Así, niveles bajos en la autoestima de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos relacionados a episodios de ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, desesperanza y tendencias o ideas suicidas. Rolando (2016, citado en Sandoval, 2018).

3.13 IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es el primero y más importante indicador de riesgo de suicidio, lo cual viene siendo un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, además de ser un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes. (Levy & Deykin, 1989)

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que se desconoce en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, tomando en cuenta que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada, la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos. Sin embargo, el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida. Lo que conlleva a la presentación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse. (Esquirol et al., 1966).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición(DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), define la ideación suicida como aquellos «pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte». En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 11 (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la plantea de la siguiente forma: «Pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse».

(Sadock y Ruiz, 2015), destacan que la gravedad de la ideación suicida como: «pensamiento sobre fungir como agente de la muerte de uno mismo, puede variar según la especificidad de los planes suicidas y el grado de intención suicida».

Por ejemplo, los hombres son más vulnerables que las mujeres a cometer suicidio, siempre y cuando hayan desarrollado la idea; sin embargo, no es la condición misma de ser hombre la que origina la ideación suicida. Es decir, el sexo no constituye una condición de susceptibilidad, aunque sí de vulnerabilidad.

La ideación suicida no solo hace referencia a su carácter persistente, fijo u obsesivo, sino también a la posibilidad de ser comunicada, ya sea de forma verbal o escrita. La persona puede tener la idea y manifestarla durante una consulta, o bien dar a entender sus intenciones a personas cercanas. Cuando alguien expresa deseos de morir o de suicidarse, es fundamental tomar con seriedad estos llamados de atención, especialmente si son reiterativos.

Diversos autores coinciden en que el mejor indicador del riesgo suicida continúa siendo la afirmación explícita del intento por parte del paciente. Por su parte, Shneidman señala, dentro de su decálogo sobre los aspectos más comunes del suicidio, que uno de los actos interpersonales más característicos es la comunicación de la intención. Por ello, al evaluar las señales de ideación suicida, es importante considerar tanto las expresiones habladas como las escritas.

Leenaars, (1992), señala como al menos entre un 12% a 15% de los suicidas, elaboran notas suicidas. En ese sentido, si el intento se ha visto frustrado por alguna razón, las notas mismas hay que considerarlas como una forma de comunicación total y absolutamente explícita, tanto de la idea como de la intención.

Diferentes estudios muestran que, en la gran mayoría de los casos, las notas suicidas son elaboradas momentos antes de cometer el intento de suicidio. Se ha discutido si estos llamados de atención son una característica de personalidad del sujeto o un elemento inherente al proceso suicida en sí. Sea lo uno o lo otro, no debe desvirtuarse este hecho, considerando que, al menos entre el 75 % y el 80 % de las personas que se suicidan, han dado indicios previos de sus ideas e intenciones.

3.14 SUICIDIO

3.14.1 Definiciones

3.14.1.1 Definición de Suicidio

Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. (Durkheim, 1897).

Es posible diferenciar, en un primer nivel de generalización, dos tipos de suicidio:

- Suicidio social o institucional, en el cual están presentes factores familiares o situacionales.
- Suicidio personal o individual, en el que se centra esta investigación, entendido como un fenómeno subjetivo que, si bien está relacionado con lo familiar y lo social, responde principalmente a la experiencia interna del individuo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define el suicidio como la muerte ocasionada por una lesión autoinfligida, informada como intencional.

Las expresiones de la conducta suicida incluyen, entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio.

3.14.1.2 Definición de Suicidio Consumado

El diccionario incorpora en su definición el concepto de conductas suicidas, al admitir tanto la muerte autoprovocada como cualquier acción que perjudique a quien la lleva a cabo. Es en esta dirección que diversos autores hacen referencia al concepto de suicidio. La palabra *suicidio* fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737. Se menciona que su significado proviene del griego y alude a la “muerte propia”. Desahies lo define como el acto de matarse de manera consciente, utilizando la muerte como un medio o como un fin.

Stengel (1965) por su parte dice que el suicidio es un acto fatal; por lo tanto, el acto suicida, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles.

3.14.1.3 Definición de intento suicida

El intento autodestructivo, también denominado tentativa de suicidio o parasuicidio, es un comportamiento que implica una intención deliberada de provocarse la muerte.

La diferencia entre el suicidio consumado y el intento suicida radica en que este último no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. Según Marchiori (1998), el intento suicida es el que no se produce daño físico está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son lo suficientemente efectivos para concretar el propósito autodestructivo que la persona tenía en mente. Por su parte, Stengel (1965) define el intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esta sea vaga o ambigua.

3.14.1.4 Suicidio por contagio o “imitación”

La imitación de la conducta suicida puede producirse cuando una persona se entera de que alguien de su entorno familiares, amigos o compañeros de trabajo se ha suicidado o, al menos, lo ha intentado. Si dicha persona se encuentra atravesando una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también intente cometer suicidio. Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación abordan el tema del suicidio puede favorecer un efecto contagio. Informar sobre un suicidio con muchos detalles, presentar la noticia de forma sensacionalista o abordar el acto con connotaciones de admiración (como valentía, romanticismo, etc.) puede inducir conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes que se encuentren en situación de vulnerabilidad.

Este efecto, sin embargo, no se presenta cuando la información se enfoca en sensibilizar, concientizar a la población y prevenir el suicidio.

3.14.2 Clasificación del suicidio

Una de las formas que el pensamiento occidental ha escogido para poder interpretar, conocer y manejar la realidad es la clasificación:

- Existen criterios de selección que definen situaciones mutuamente excluyentes.
- Diseccionar la realidad.

Lo anterior puede ser deseable o no en muchas situaciones de investigación, pero está claro que la clasificación es una herramienta de trabajo que ayuda a comprender la realidad, aunque no de forma exhaustiva.

La primera clasificación que mencionaremos es implementada por Durkheim, distingue tres tipos de suicidios que responden a tres diferentes modos o estructuras de sociabilidad: suicidio altruista, egocéntrico y anómico. El patrón rector de los tres es el nivel de integración existente entre el individuo y su normalización social. (Durkheim, 2004, p. 42)

3.14.2.1 El suicidio altruista

El suicidio altruista o benévolo consiste en el sacrificio de la propia vida con el fin de salvar o beneficiar a otros individuos, en favor del bienestar del grupo o para preservar las tradiciones y el honor de una sociedad.

Este tipo de conducta se presenta en sociedades rígidamente estructuradas, donde se antepone un código de deberes colectivos por encima del individuo, y el sacrificio personal por el grupo es considerado una exigencia moral.

El comportamiento de los pilotos japoneses durante la Segunda Guerra Mundial puede ser catalogado dentro de esta tipología.

3.14.2.2 El suicidio egoísta

Tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de presión o coerción por parte de la sociedad, el suicida se siente libre para llevar a cabo su voluntad de quitarse la vida.

Esta forma de suicidio tiende a darse con mayor frecuencia en las sociedades modernas, donde la dependencia hacia la familia o el clan es menor que en las sociedades tradicionales.

El individuo está más orientado hacia sus propios intereses que hacia los intereses del grupo de referencia. Dentro de esta categoría se incluirían muchos casos: el amante defraudado, el empresario en quiebra, el estudiante que no logra satisfacer las expectativas académicas de sus padres o el poeta que no encuentra un sentido a su existencia.

En esta situación crucial, poco o nada importa lo que los demás piensen o sientan respecto a su estado; no existe mayor dolor y abatimiento que el que la persona ya está padeciendo. Y precisamente eso es lo que se desea evitar. Esta forma de conducta ha sido catalogada como suicidio egoísta.

3.14.2.3 El suicidio anómico

Se presenta en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se encuentran en un estado de desintegración o anomia.

Este tipo de suicidio ocurre con mayor frecuencia en contextos donde los límites sociales y normativos son más flexibles. Por ejemplo, en países donde el matrimonio tiene un peso menor debido a la prevalencia del divorcio, las tasas de suicidio suelen ser más altas. Se trata del suicidio propio de las sociedades en transición.

3.14.2.4 El suicidio fatalista

Se produce cuando las reglas a las que están sometidos los individuos son tan férreas que estos no conciben la posibilidad de abandonar la situación en la que se encuentran.

Las sociedades esclavistas serían ejemplos de contextos en los que se manifiesta este tipo de suicidio.

Una de las conclusiones a las que llega Durkheim es que, en las sociedades y comunidades que requieren mayor cohesión y solidaridad orgánica para sobrevivir, la tasa de suicidios tiende a ser menor, precisamente porque la responsabilidad hacia el grupo actúa como un freno a la voluntad de suicidarse.

Esto explicaría por qué los judíos, según Durkheim, se suicidaban menos incluso que los católicos. Era la precariedad en la que vivía la mayor parte de las comunidades judías en la Europa del siglo XIX lo que generaba una dependencia más fuerte entre sus miembros.

En este tipo de sociedades, el suicidio es percibido como un acto de irresponsabilidad hacia el grupo y una transgresión del deber colectivo.

Una explicación similar se aplica al hecho de que, en los países de tradición católica, la tasa de suicidios fuera menor que en los países protestantes, caracterizados por sociedades más individualistas. Asimismo, la tasa de suicidio también varía según el tipo de estructura familiar: es menor en las familias extensas tradicionales del Mediterráneo y mayor en las familias nucleares del norte de Europa.

3.14.3 Manifestaciones externas de un intento de suicidio

Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales.

No verbales: Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño; pérdida de interés en las actividades habituales; retraimiento respecto de amigos y familiares; manifestaciones de emociones contenidas; alejamiento o huida; consumo de alcohol y drogas; descuido del aspecto personal; involucramiento en situaciones de riesgo innecesarias.

También pueden presentarse preocupación constante por la muerte, aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales (como dolores de estómago, de cabeza o fatiga), pérdida de interés por la escuela o el rendimiento académico, sensación de aburrimiento y dificultad para concentrarse.

Verbales: Aviso de planes o intentos de suicidio, que puede incluir frases directas como: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme". *También* se observan señales verbales indirectas como: "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan qué". Además, puede haber conductas asociadas como regalar objetos favoritos, deshacerse de pertenencias importantes, o escribir una o varias notas de suicidio.

3.14.4 El suicidio en la actualidad

Actualmente, desde el enfoque biopsicosocial, se han propuesto estrategias de intervención en prevención del suicidio clasificadas en tres niveles: intervenciones universales (dirigidas a la población general), selectivas (enfocadas en grupos de riesgo) e indicadas (dirigidas a personas con conductas suicidas manifiestas), según el modelo planteado por Van Heeringen (2001).

Entre las principales estrategias se encuentran la limitación del acceso a medios letales, la mejora en el acceso a recursos sanitarios tanto en atención primaria como, especialmente, en atención especializada en salud mental, así como la identificación temprana y el tratamiento de la depresión, el alcoholismo u otros trastornos mentales.

Otras medidas de igual relevancia incluyen el desarrollo de intervenciones sociosanitarias dirigidas a grupos vulnerables, como jóvenes, personas mayores y minorías étnicas, además de la concienciación y el fortalecimiento de las competencias de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios (educadores, policías, bomberos, entre otros), en el manejo del suicidio.

Comprender que el suicidio es un fenómeno sociológico e histórico complejo más allá de la patología psiquiátrica y de los límites de la atención en salud mental permitiría un abordaje verdaderamente integral.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio, siendo esta la cuarta causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial, esta cifra resalta la urgencia de implementar estrategias sostenidas y multidisciplinarias de prevención.

Se ha demostrado que el estigma social y el miedo al juicio dificultan la búsqueda de ayuda profesional, lo que agrava la situación (Turecki & Brent, 2016). En este contexto, modelos teóricos como el interpersonal de Thomas Joiner (2005), han contribuido a una comprensión más profunda del fenómeno, explicando que la ideación suicida se produce cuando coinciden la sensación de ser una carga para los demás, la desconexión social y la capacidad adquirida para autolesionarse, estos aportes evidencian la necesidad de intervenciones no solo clínicas, sino también educativas, sociales y comunitarias que promuevan el bienestar emocional, fortalezcan el ámbito social y reduzcan el estigma asociado a la salud mental.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

En esta sección se detalla la metodología empleada para llevar a cabo la investigación, especificando el enfoque cuantitativo, el tipo de estudio, la población y muestra, así como los instrumentos utilizados para la recolección y análisis de datos. Se justifica la elección de escalas estandarizadas para medir los niveles de depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida en los adolescentes. Además, se describen los procedimientos éticos y logísticos seguidos, garantizando la rigurosidad científica del estudio.

4.1 ÁREA A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

Considerando que el área de la Psicología Clínica es una rama de la Psicología que consiste en ser una disciplina científica y profesional destinada a la realización de diagnósticos, prevenciones y tratamientos de posibles trastornos psicológicos que podrían afectar de manera directa el estilo de vida del individuo, teniendo como principal funcionalidad el cuidado del bienestar psicológico de las personas sin importar su raza, género, sexualidad o edad. (Lobet, 2019, p. 4)

Teniendo en cuenta lo anteriormente propuesto, se puede definir que el presente trabajo pertenece al área clínica, ya que dicha investigación tiene como objetivo explorar las características psicológicas de los adolescentes en la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, 2024. Se estima que presentan ideación suicida. Por lo tanto, mediante el uso de instrumentos, se realizará una evaluación del riesgo de conductas suicidas, se medirá el grado de autoestima y la posibilidad de existencia de un trastorno de depresión en cada estudiante perteneciente al área educativa del establecimiento escolar, con el objetivo de que, al indagar en la salud mental como tal, se pueda determinar cualquier aspecto que el sujeto tenga y que cause un malestar o sufrimiento implícito o explícito, en menor o mayor medida, siendo esta la principal característica del campo clínico en la Psicología.

4.2 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se plantea un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con una modalidad exploratoria.

Los planteamientos e hipótesis correlacionales sirven como base para los hallazgos de este tipo de investigación, los cuales incluyen una explicación y un análisis de la correlación entre variables. Además, puede limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar la causalidad (Sampieri, 2014, p. 93).

La presente investigación adopta una modalidad teórica, y los datos que serán recabados a lo largo de este trabajo permitirán explorar diversas características psicológicas enfocadas en las variables de depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes pertenecientes a una unidad educativa.

Asimismo, se considera una modalidad exploratoria, debido a que, si bien explorar las características psicológicas en una determinada población no es novedoso en sí, sí lo es en cuanto a la población específica en la que se aplicará esta investigación, ya que no se ha realizado previamente un estudio sobre depresión e ideación suicida en la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Esto permitirá que futuros investigadores puedan apoyarse en el presente trabajo para abordar otras temáticas relacionadas.

A su vez, también se tipifica como un estudio descriptivo, ya que, mediante la exploración de la información recopilada durante la aplicación del presente trabajo, se podrá categorizar, tipificar y establecer un abordaje adecuado de las variables presentadas, lo que permitirá describir las características psicológicas de los estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro de la ciudad de Tarija, y así enriquecer la investigación aplicada.

De igual forma, este trabajo adopta una modalidad de investigación cuantitativa, ya que los datos recabados son sometidos a análisis estadístico para corroborar las hipótesis planteadas. Por consiguiente, los instrumentos aplicados para medir cada una de las variables cuentan con un valor numérico que determina los resultados de la investigación.

Finalmente, se enmarca dentro de un enfoque correlacional, dado que no solo se determinan valores descriptivos de las variables, sino que el interés primordial es identificar el tipo de relación que existe entre ellas, particularmente cómo la depresión y la autoestima se manifiestan en la ideación suicida.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Para la presente investigación, se toma como población a todo el cuerpo estudiantil de nivel secundario de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro de la ciudad de Tarija, el cual está conformado por 75 estudiantes que oscilan entre los 14 y los 18 años de edad, y asisten a la unidad educativa de manera regular y constante. De acuerdo con Sampieri, Collado y Lucio (2022), la población es el conjunto total de elementos con características comunes, a los que se desea estudiar y sobre los cuales se generalizarán los resultados. En este caso, se considera pertinente incluir un cuadro con los datos generales de la población para brindar mayor claridad y respaldo a la información presentada:

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los estudiantes

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	55 %
Femenino	34	45 %
Total	75	100%

Nota. Distribución de los estudiantes (N = 75) según género. Los porcentajes corresponden al total de la muestra.

4.3.2 Muestra

Por consiguiente, para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se optó por no realizar una selección muestral, debido a la escasa cantidad de alumnado perteneciente al sector. Por lo tanto, se trabajó con la totalidad de la población, es decir, con los cursos de 3.º, 4.º, 5.º y 6.º de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro de la ciudad de Tarija, sobre los cuales se aplicaron los instrumentos previamente seleccionados que corresponden a cada variable del trabajo de investigación. Según Hernández et al. (2014), cuando la población es pequeña, es factible y recomendable trabajar con el total de sus elementos, ya que esto permite un análisis más completo y evita el error muestral.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1 Métodos

a) Según el grado de integración o desintegración del fenómeno de estudio:

Para el presente trabajo de investigación se hará el empleo de un método teórico, debido a la facilidad de revelar información que no puede ser observada directamente, lo que permite una recopilación más precisa de datos al integrar conceptos, teorías y conocimientos existentes sobre los factores de riesgo: depresión y autoestima, en la ideación suicida.

Según el grado de integración del fenómeno de estudio, se enmarca dentro de una síntesis interpretativa, la cual no se limita a resumir, sino que reorganiza y articula los elementos teóricos de forma significativa.

se empleará un método sintético, dado que prioriza la elaboración de conclusiones y la síntesis de un determinado fenómeno o problema, permitiendo integrar información dispersa en un cuerpo coherente de conocimiento (Hernández et al, 2014, p.22).

Este método facilitó la construcción de un cuerpo de conocimiento ordenado sobre cómo los niveles de autoestima y los síntomas depresivos se relacionan con la ideación suicida, particularmente en estudiantes de 14 a 18 años.

b) Según el tipo de razonamiento empleado para sacar las conclusiones:

Según el tipo de razonamiento empleado, la investigación adoptó un método inductivo, partiendo de datos específicos recogidos mediante escalas psicométricas aplicadas a los estudiantes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, para llegar a generalizaciones acerca de la relación entre los factores de riesgo y la ideación suicida. Este enfoque es pertinente en estudios de carácter empírico, en los que se busca identificar patrones comunes o asociaciones entre variables a partir de la observación sistemática de una población específica (Sampieri et al., 2022, p. 532).

c) Según el grado de manipulación de las variables:

Según el grado de manipulación de variables, el estudio se enmarca en un diseño no experimental, no se manipularon deliberadamente las variables independientes (depresión y autoestima), sino que se observaron tal como se presentan en el entorno natural de los adolescentes. Este diseño es apropiado para investigar fenómenos complejos como la ideación suicida, donde el análisis ético y contextual requiere respetar el ambiente natural y emocional de los participantes (Arias, 2012, p. 55).

d) Según el procedimiento para la recolección de los datos:

Según el procedimiento para la recolección de datos, se utilizaron test psicológicos estandarizados, los test psicológicos estandarizados son instrumentos previamente válidos y baremados que permiten recolectar información objetiva sobre sobre características individuales. (Martínez et al., 2021). se trata de una investigación de campo, dado que la recolección de datos se realizó directamente en la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, a través del contacto con los adolescentes de 3.º a 6.º de secundaria. Para este estudio se utilizaron las pruebas: Escala de depresión de Beck, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de ideación suicida y Escala de desesperanza de Beck. La aplicación de escalas validadas en el contexto real de los participantes permitió captar con mayor fidelidad los niveles de sintomatología depresiva, autoestima e ideación suicida, lo cual es crucial en estudios psicológicos de carácter sensible (Tamayo & Tamayo, 2009, p. 94).

4.4.2. Técnicas

Para este trabajo de investigación se optó por hacer uso de la técnica factorial y de escala, permiten la medición de variables psicológicas sin necesidad de categorizar las respuestas como correctas o incorrectas, facilitando así la recolección de datos subjetivos tales como emociones, pensamientos o estados psicológicos. Estas técnicas permiten verificar y analizar las respuestas proporcionadas por los sujetos de forma individual, ya que los ítems o preguntas que las componen no necesariamente guardan relación entre sí, lo cual es característico de los instrumentos de tipo psicométrico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

En este sentido, se aplicarán escalas psicométricas previamente validadas, las cuales tienen como fin identificar niveles de depresión, autoestima e ideación suicida en adolescentes. Estas herramientas presentan la ventaja de ser comprensibles, accesibles y de fácil aplicación, incluso para personas sin experiencia previa en el manejo técnico de instrumentos de investigación (Kerlinger & Lee, 2002).

De igual forma, permiten obtener datos de tipo cuantitativo, los cuales pueden ser posteriormente sometidos a análisis estadísticos con el fin de encontrar patrones y correlaciones entre las variables estudiadas (Sampieri et al., 2022).

Por tanto, la elección de instrumentos adecuados es fundamental para garantizar la validez del estudio, especialmente en investigaciones psicológicas que abordan problemáticas sensibles como la ideación suicida en adolescentes, donde se requiere un abordaje metodológico riguroso y ético (Arias, 2012).

4.4.3 Instrumentos

Habiendo especificado el tipo de instrumentos que se emplearán para el presente trabajo de investigación es que se procede a describir los distintos instrumentos necesarios para este trabajo.

4.4.3.1 Inventario de depresión de Beck.

- **Título:** Inventario de depresión de Beck (BDI-II).
- **Objetivo:** Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de Trastornos Mentales-Cuarta Edición.
- **Autor:** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- **Versión y Año:** Versión Española – 2011.
- **Técnica:** Test Psicométrico tipo Likert.

4.4.3.2 Breve historia

El instrumento fue creado alrededor del año 1980 por Aaron T. Beck, con el objetivo de categorizar la sintomatología de la depresión en base al manual DSM-IV de esa época. Sin embargo, cabe resaltar que la primera edición fue publicada en una revista científica como un artículo adicional. El hecho de que esta revista contara con una gran audiencia y de que el instrumento fuera lanzado de manera “gratuita” provocó que alcanzara un éxito y una popularidad rotundos.

Tiempo después, una editorial registró la marca para su distribución, creando una versión adaptada al público general, a la cual se añadieron nuevas sintomatologías y criterios clínicos relevantes (Sanz et al., 2005).

4.4.3.3 Validez y confiabilidad

En cuanto a la validez referente al instrumento, puede señalarse una validez convergente, es decir, que existe evidencia de una fuerte correlación entre las medidas de depresión y ansiedad. Asimismo, también puede encontrarse una validez divergente al relacionarse de manera débil con escalas de apoyo social y síntomas provenientes del ambiente, teniendo así una variación que es muy dependiente de la muestra sobre la cual se trabaje, la cual consta de 1.393 estudiantes universitarios, sobre los cuales pudo evidenciarse una consistencia interna.

Subsecuentemente, y en cuanto a la confiabilidad del instrumento, esta cuenta con sensibilidad y especificidad aceptables que, directamente, establecen una confiabilidad adecuada entre la aplicación del instrumento y la muestra sobre la cual se trabaja. (Valdez, 2015).

Materiales:

- Manual con normas de aplicación y corrección e interpretación.
- Ejemplar de la prueba que consta de 21 ítems psicológicos.
- Lápiz y borrador.

Tipo: Individual y Colectiva.

Tiempo: Aproximadamente entre 5 a 10 minutos.

Edad: De 13 años en adelante.

4.4.3.4 Escala de presentación de resultados

Primeramente, se le hace entrega de la hoja de aplicación del instrumento al sujeto, para posteriormente pedirle que elija el enunciado que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el mismo día del llenado del instrumento.

Dicho instrumento cuenta con una serie de 21 grupos de 4 enunciados cada uno, los cuales describen cómo el individuo se siente, bajo el formato de afirmaciones.

Estas agrupaciones permiten medir las siguientes dimensiones:

- **Área cognitiva:** Esta área se encarga de valorar los aspectos de tristeza, desvalorización de ideas, pesimismo e incluso posibles ideas suicidas, que funcionan como aspectos mentales.

- **Área física-conductual:** Esta área valora los aspectos que el sujeto tiene hacia sí mismo, es decir, la autocrítica, indecisión, culpa, disconformidad, autocastigos y pérdida de placer y/o llanto.
- **Área afectiva-emocional:** Esta área evalúa los aspectos relacionados con las emociones del individuo, como la pérdida de interés y energía, problemas de sueño, agitación o irritabilidad.

Posteriormente a la aplicación del instrumento, se procederá a la tabulación de los resultados para la obtención del puntaje. En cada agrupación de afirmaciones, cada una cuenta con su respectivo valor proporcional para la tabulación del mismo. Por ejemplo:

Llanto.

- No lloro más de lo que solía hacerlo (Se puntúa como 0).
- Lloro más de lo que solía hacerlo (Se puntúa como 1).
- Lloro por cualquier pequeñez (Se puntúa como 2).
- Siento ganas de llorar, pero no puedo (Se puntúa como 3).

Por lo que, tras la suma de todas las respuestas del sujeto, se procederá a localizarlo en una de las siguientes escalas:

- Depresión Mínima: de 0 a 13 puntos.
- Depresión Leve: de 14 a 19 puntos.
- Depresión Moderada: de 20 a 28 puntos.
- Depresión Severa: de 29 a 63 puntos.

De esta manera es que puede determinarse el nivel de depresión presentado en el sujeto sobre el cual se le aplica el instrumento.

4.4.4. Escala de autoestima de Rossemberg

Título: Escala de Autoestima de Rossemberg

Objetivo: Valora el nivel de autoestima, sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo en adolescentes.

Autor: Rosenberg Self-Esteem Scale.

Versión y Año: Visión adaptada y traducida al castellano por Echeburua en 1995.

Técnica: Test Psicométrico tipo Likert.

4.4.4.1 Breve historia

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue desarrollada por el sociólogo Morris Rosenberg en 1965, originalmente para un estudio con adolescentes estadounidenses. Desde entonces, ha sido ampliamente utilizada en investigaciones en psicología y sociología a nivel mundial, convirtiéndose en uno de los instrumentos más empleados para evaluar la autoestima.

Según García (2022), trabajar y mejorar nuestra autoestima es fundamental para conocernos mejor, desarrollar nuestras capacidades y acercarnos a nuestros objetivos.

Una autoestima saludable potencia el bienestar subjetivo y motiva la acción constructiva en el entorno personal y social.

4.4.4.2 Validez y confiabilidad

La Escala de Autoestima de Rosenberg ha mostrado índices de fiabilidad elevados en diferentes estudios. Las correlaciones test-retest han oscilado entre 0.82 y 0.88, y el alfa de Cronbach ha variado entre 0.77 y 0.88, lo que respalda su consistencia interna (Blascovich & Tomaka, 1993; Rosenberg, 1986).

En una muestra clínica española, compuesta por adultos y adolescentes, se halló una correlación significativa entre la puntuación total de esta escala y el SCL-90-R ($r = -0.61$), así como una correlación moderada con la subescala de autoestima del mismo instrumento ($r = 0.40$) (Vázquez-Morejón, Jiménez, & Vázquez-Morejón, 2004). Entre la escala y las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitud hacia la Alimentación (EAT) en una muestra de 32 sujetos con diagnóstico de Trastorno Alimentario.

El alfa de Cronbach fue de 0.87, similar a estudios previos, y la fiabilidad temporal, tanto para dos meses ($r = 0.72$) como para un año ($r = 0.74$), fueron aceptables. En una muestra de 420 estudiantes universitarios (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijaldo, 2007) se reportó una estructura factorial unidimensional con efecto de método en los ítems positivos.

Materiales:

- Manual con normas de aplicación y corrección e interpretación.
- Ejemplar de la prueba que consta de 10 ítems psicológicos.
- Lápiz y borrador.

Tipo: Individual y Colectiva.

Tiempo: Aproximadamente entre 5 a 10 minutos.

Edad: De 12 años en adelante.

4.4.4.3 Escala de presentación de resultados

Primeramente, se le hace entrega de la hoja de aplicación del instrumento al sujeto, para posteriormente pedirle que elija el enunciado que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el mismo día del llenado del instrumento. La escala consta de 10 ítems, cinco de los cuales están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa, con el fin de controlar el efecto de la aquiescencia.

Es una prueba autoadministrada.

Los ítems se responden en una escala Likert de cuatro puntos:

Opción de respuesta	Valor asignado
Muy de acuerdo	1
De acuerdo	2
En desacuerdo	3
Totalmente en desacuerdo	4

Para su corrección, deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total oscila entre 10 y 40.

4.4.5 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Título: Escala de Desesperanza de Beck. (DASS-21)

Objetivo: Medir la depresión, ansiedad y estrés.

Autor: Weissman, Lester y Trexler (1974)

Versión y Año: Versión en castellano adaptada para el Perú, (Tovar, 2006).

Técnica: Test Psicométrico tipo Likert.

4.4.5.1 Breve historia

La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) fue diseñada por el autor con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar el pesimismo y las actitudes negativas hacia el futuro en pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para afrontar dificultades y alcanzar el éxito en su vida. (Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 2019).

La Escala de Desesperanza de Beck fue construida por (Beck et al., 1974). Esta escala constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro.

La valoración de cada ítem se califica en un formato de Verdadero - Falso, de los cuales prácticamente la mitad tiene la clave "falso". De acuerdo con Beck y Steer (1988), las puntuaciones de la Escala de Desesperanza se pueden interpretar de la siguiente manera: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos). Este estudio psicométrico utiliza la traducción y adaptación española de la Escala de Desesperanza de Beck, reproducida en el Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica Clínica (Bobes et al., 2004).

4.4.5.2 Validez y confiabilidad

La BHS ha sido validada en diversos países como instrumento útil en la pesquisa temprana de depresión o depresión subclínica, mostrando una estructura factorial similar a la original. Beck y colaboradores demostraron, a través de estudios prospectivos tanto con pacientes con ideación suicida hospitalizados como con pacientes ambulatorios, que la BHS también puede ser utilizada como un predictor fiable de intentos suicidas y de suicidio consumado, lo que también ha sido corroborado en investigaciones recientes.

Si bien existen instrumentos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio como la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), la BHS permite explorar el riesgo potencial de presentar ideas suicidas y/o intentos de suicidio en fases tempranas, siendo además una escala de auto aplicación que no requiere ser administrada por especialistas ni en modalidad de entrevista.

Materiales:

- Manual con normas de aplicación y corrección e interpretación.
- Ejemplar de la prueba que consta de 20 ítems psicológicos.
- Lápiz y borrador.

Tipo: Individual y Colectiva.

Tiempo: Aproximadamente entre 5 a 10 minutos.

Edad: De 16 años en adelante.

4.4.5.3 Escala de presentación de resultados

La Escala de Desesperanza de Beck fue construida por (Beck et al., 1974); esta escala constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro.

Los ítems están diseñados para evaluar percepciones de desesperanza en relación con el futuro, cada respuesta se puntúa en función del patrón establecido y la puntuación total.

Se clasifica en los siguientes niveles:

Tabla 2.

Escala de valoración de Beck

Asintomática	De 0 a 3 puntos
Leve	De 4 y 8 puntos
Moderada	De 9 y 14 puntos
Severa	De 15 y 20 puntos

Nota. Criterios de puntuación de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

4.4.6. Escala de Ideación Suicida de Beck

Título: Escala de Ideación Suicida de Beck.

Objetivo: Tiene como objetivo evaluar las características de tentativa suicida, (circunstancias en las que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas).

Autor: Aaron Beck.

Versión y Año: Versión en español, Bobes J, G-Portilla MT, Saiz Pa, Bousoño M. En Banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica. Arz. Medica. Psiquiatría Editores. Barcelona 2002.

Técnica: Test Psicométrico. Escala hetero aplicada.

4.4.6.1 Breve historia

La Escala de Ideación Suicida de Beck fue desarrollada por Aaron T. Beck como un instrumento clínico para identificar la intensidad y frecuencia de pensamientos suicidas en individuos con riesgo. Inicialmente concebida para el ámbito clínico, su uso se ha extendido a investigaciones epistemológicas, especialmente en adolescentes y jóvenes. Este instrumento permite evaluar no solo la existencia de ideación suicida, también aspectos como la planificación del acto, el deseo de morir y la percepción de control sobre la vida. A lo largo del tiempo, ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección temprana de riesgo suicida.

4.4.6.2 Validez y confiabilidad:

La Escala de Ideación Suicida de Beck ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en poblaciones adolescentes.

En relación con la validez de constructo, los análisis factoriales han identificado la presencia de tres factores principales en la estructura de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación.

Se han encontrado correlaciones positivas significativas con otras escalas de medición similares, como la Suicide Ideation Questionnaire (SIQ), la Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) y la Hopelessness Scale for Children, lo que respalda su validez convergente. En cuanto a la confiabilidad, la escala presenta un alto grado de acuerdo Inter observador en los primeros ocho ítems, con un coeficiente de 0,91.

Consistencia interna: Alfa de Cronbach de 0,82.

Fiabilidad Inter evaluador: 0,91 para los primeros ocho ítems.

En adolescentes: 0,85 para los primeros 15 ítems (0,60 para los primeros ocho ítems y 0,85 para los restantes).

Todas las correlaciones ítem totales son significativas, con excepción del ítem 8.

Materiales:

- Cuadernillo de Aplicación.
- Normas de Aplicación.
- Protocolos de Registro.

Tipo: Individual y Colectiva.

Tiempo: Aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Edad: De 15 a 24 años.

4.4.6.3 Escala de presentación de resultados

A los estudiantes se les presentó un cuadernillo autoadministrado que contenía la Escala de Ideación Suicida de Beck, compuesta por 20 ítems. Cada ítem se califica utilizando una escala de tipo Likert de 3 puntos, con valores que van de 0 a 2, en función de la presencia, intensidad o gravedad del pensamiento o conducta suicida evaluada.

La escala se encuentra estructurada en tres secciones principales:

Tabla 3.

Escala de presentación de resultados

Objetiva	Ítems: 1 a 8	Explora las circunstancias objetivas relacionadas con las tentativas de suicidio.
Subjetiva	Ítems 9 al 15	Valora las expectativas durante la tentativa.
Otros Aspectos	16 al 20	Profundiza la visión hacia un futuro.

Nota. Presentación de resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Resumen de los métodos, técnicas e instrumentos

Tabla 4.

Resumen de los métodos, técnicas e instrumentos aplicados según las variables del estudio.

VARIABLE	MÉTODO	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Depresión	✓ Teórico ✓ Sintético ✓ Inductivo ✓ No experimental ✓ Investigación de campo	Encuesta estructurada	Escala de Depresión de Beck (BDI-II)
Autoestima	✓ Teórico ✓ Sintético ✓ Inductivo ✓ No experimental ✓ Investigación de campo	Encuesta estructurada	Escala de Autoestima de Rosenberg
Desesperanza	✓ Teórico ✓ Sintético ✓ Inductivo ✓ No experimental ✓ Investigación de campo	Encuesta estructurada	Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
Ideación Suicida	✓ Teórico ✓ Sintético ✓ Inductivo ✓ No experimental ✓ Investigación de campo	Encuesta estructurada	Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

Nota. La tabla muestra la relación entre las variables principales del estudio (depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida), los métodos empleados, las técnicas de recolección de datos utilizadas y los instrumentos psicométricos aplicados. **Fuente:** Elaboración propia.

4.5. PROCEDIMIENTO

1. Revisión bibliográfica

El presente trabajo de investigación inició con una revisión bibliográfica sistemática, orientada a la recopilación y análisis de información relevante vinculada a las variables de estudio: depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida en adolescentes. Para ello, se consultaron diversas fuentes como libros impresos, libros digitales, artículos académicos, revistas científicas y páginas web especializadas, que abordaran temáticas afines a los factores de riesgo psicológicos en población adolescente.

Dentro de las fuentes revisadas, los artículos científicos constituyeron el recurso más valioso, debido a la escasa disponibilidad de literatura específica sobre el tema en otros formatos, especialmente en el contexto local. Esta etapa fue fundamental para sustentar el marco teórico, construir el diseño metodológico y seleccionar los instrumentos de evaluación más apropiados.

La revisión documental se realizó durante los meses de mayo y junio del año 2024.

2. Selección de los instrumentos

Una vez definidas las variables de estudio, se procedió a la selección de los instrumentos psicométricos, con base en criterios técnicos y científicos que garantizaran la calidad de la medición. Para ello, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Alto nivel de validez y confiabilidad, respaldado por estudios previos.
- Pertinencia para la población objetivo, es decir, adolescentes entre 14 y 18 años de edad.
- Facilidad de comprensión, tanto para los participantes como para los aplicadores, evitando así interpretaciones erróneas o sesgos por parte de personas ajenas a la disciplina psicológica.

Como resultado, se seleccionaron los instrumentos presentados en la sección correspondiente (Escala de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Desesperanza de Beck y Escala de Ideación Suicida de Beck).

Esta etapa se desarrolló durante el mes de julio de la gestión 2024.

3. Prueba piloto

La prueba piloto de esta investigación se llevó a cabo en el mes de septiembre de la gestión 2024. Para ello, se aplicaron los instrumentos de evaluación a una muestra reducida compuesta por cuatro estudiantes externos a la Unidad Educativa objeto de estudio, pero pertenecientes a otra institución educativa de la ciudad de Tarija.

A pesar de no formar parte directa de la muestra principal, estos participantes fueron considerados una fuente confiable, ya que contaban con una trayectoria académica previa en la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Esta experiencia compartida permitió obtener datos preliminares pertinentes, que contribuyeron a verificar la comprensión de los instrumentos y asegurar su aplicabilidad al contexto estudiantil, cumpliendo así con los fines metodológicos de la prueba piloto.

4.Coordinación con el cuerpo directivo de la institución

Para la realización de este trabajo de investigación, se efectuó una selección preliminar de la población, perteneciente a la comunidad estudiantil de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro”, ubicada en la ciudad de Tarija.

Como primer paso, se realizó una aproximación directa al director de la Unidad Educativa durante el horario escolar, con el propósito de presentar formalmente la propuesta de investigación y solicitar los permisos correspondientes para su ejecución.

El director otorgó su autorización verbal, condicionada a la presentación de una carta de respaldo institucional emitida por la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, como parte

del protocolo oficial de coordinación entre instituciones educativas. Esta carta debía garantizar la seriedad del proyecto y el compromiso ético del investigador.

Una vez obtenida la carta de autorización universitaria, se procedió a su entrega formal en la Unidad Educativa, lo que permitió dar inicio a la implementación del trabajo de campo, cumpliendo con los requisitos administrativos y éticos establecidos.

Esta etapa se desarrolló entre los meses de septiembre y octubre de la gestión 2024.

5. Recojo de información

Una vez gestionados y aprobados los permisos correspondientes por parte de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro” y la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, se procedió a realizar un primer acercamiento técnico con el objetivo de recopilar información organizativa básica, como la cantidad exacta de estudiantes matriculados, distribución por niveles, y los horarios académicos de funcionamiento de la institución, datos necesarios para estructurar el plan de aplicación de los instrumentos.

Posteriormente, con la información proporcionada por la dirección de la Unidad Educativa, se inició la recolección oficial de datos mediante la aplicación de los instrumentos psicométricos previamente establecidos. Para ello, el director de la institución, Lic. Roberto Jaramillo Cruz, instruyó coordinar directamente con la tutora general del nivel secundario la elaboración de un cronograma específico de trabajo, de manera que el proceso investigativo no interfiriera con el normal desarrollo de las actividades académicas tanto de estudiantes como del personal docente.

De acuerdo con dicha coordinación, la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de lunes a viernes, entre las 14:00 y las 18:00 horas, respetando los espacios disponibles y evitando la interrupción de clases formales.

Gracias al apoyo del director de la institución y del cuerpo docente, que en su mayoría mostró disposición y colaboración durante el proceso, fue posible completar esta etapa sin mayores dificultades.

La etapa se llevó a cabo entre los meses de septiembre e inicios de octubre de la gestión 2024.

6. Procesamiento de la información

Una vez finalizada la etapa de recolección de información, se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos en la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro”, ubicada en la ciudad de Tarija. Esta fase implicó la organización, codificación y sistematización de los datos recolectados a través de los instrumentos aplicados, con el fin de prepararlos para su posterior análisis estadístico.

La etapa de tabulación se inició aproximadamente en el mes de octubre de 2024 y se extendió hasta los primeros días del mes de marzo de 2025, abarcando así el cierre de la gestión educativa 2024 y el inicio de la gestión 2025.

7. Redacción del informe final

Una vez concluidas las etapas esenciales del proceso investigativo, se llevó a cabo una revisión detallada del informe final, en coordinación con el tutor de la asignatura correspondiente, con el objetivo de perfeccionar la redacción del documento, subsanar observaciones y corregir errores identificados durante su elaboración.

Esta etapa de revisión tuvo como propósito asegurar la coherencia, claridad y rigor metodológico del contenido, garantizando así que el documento estuviera adecuadamente estructurado para su presentación oficial en la gestión 2025.

CRONOGRAMA

Actividad	GESTIÓN 2024							GESTIÓN 2025			
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN
Revisión Bibliográfica	X	X									
Selección de Instrumentos			X								
Selección de la Muestra				X	X						
Prueba Piloto					X						
Recojo de Información					X	X					
Procesamiento de Información						X	X	X			
Redacción de Informe Final									X	X	X

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE LOS

RESULTADOS

El presente capítulo tiene como finalidad presentar, analizar e interpretar los datos obtenidos durante la investigación, enfocándose en los niveles de depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida en la muestra estudiada. Para ello, se realiza una lectura crítica de los resultados a la luz de los objetivos planteados, así como en contraste con teorías psicológicas relevantes y antecedentes empíricos previos. Este análisis permite comprender la dinámica y correlación entre los factores de riesgo psicológicos y la conducta suicida en adolescentes, identificando patrones significativos que emergen a partir de la aplicación de los instrumentos.

A continuación, se expone detalladamente la información recolectada durante el periodo de trabajo de campo, organizando los resultados según las variables investigadas, los procedimientos empleados y las interpretaciones correspondientes.

Los resultados se describen de la siguiente manera:

- ✓ **Resultados descriptivos de la población.** Para el análisis de los datos, se consideró la totalidad de la población estudiantil del nivel secundario de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro de la ciudad de Tarija. La muestra estuvo compuesta por cuatro cursos: 3.º, 4.º, 5.º y 6.º de secundaria, los cuales teóricamente estaban conformados por 29, 14, 20 y 12 estudiantes, respectivamente, lo que representa un total de 75 adolescentes incluidos en el estudio.
- ✓ **Resultados descriptivos de las variables.** Para el análisis descriptivo de las variables depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida, se utilizaron medidas estadísticas como la media aritmética y la desviación estándar, las cuales permitieron conocer el comportamiento general de cada variable en la muestra estudiada. Se elaboraron tablas de frecuencia, a través de las cuales se presentaron los niveles categorizados (por ejemplo, leve, moderado, alto o bajo) de cada dimensión evaluada, junto con el número de observaciones registradas en cada categoría. Esta descripción estadística permitió identificar

la distribución de los resultados y establecer un panorama general del estado emocional y cognitivo de los adolescentes participantes.

- ✓ **Resultados Correlacionales.** Los análisis correlacionales realizados en el presente estudio evidencian la existencia de una relación positiva y significativa entre los niveles de depresión y la ideación suicida. Específicamente, se observó que, a mayor intensidad de sintomatología depresiva, mayor era la frecuencia e intensidad de los pensamientos suicidas reportados por los adolescentes evaluados. Este hallazgo concuerda con lo planteado por Beck et al. (1979), quienes afirman que la depresión, además de constituir una condición emocional debilitante, representa un factor de riesgo primario en la aparición de ideación suicida, especialmente en población adolescente.

De manera complementaria, se identificó una correlación negativa entre autoestima e ideación suicida, lo que indica que los adolescentes con niveles bajos de autoestima tienden a presentar el deseo de desaparecer o el rechazo hacia sí mismos con mayor frecuencia pensamientos asociados a la muerte. Este resultado respalda los planteamientos de Rosenberg (1965), quien sostiene que una autoimagen deteriorada y la falta de autovaloración constituyen factores vulnerables que predisponen a la aparición de pensamientos autodestructivos. Estudios recientes, como los de Baumeister (1990) y Hewitt et al. (2017), también han confirmado que una baja autoestima se asocia con una mayor probabilidad de conductas suicidas en adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, la desesperanza emergió como una variable mediadora de alta relevancia clínica, al mostrar una fuerte asociación con la intención suicida. Los adolescentes que presentaron ideación suicida también evidenciaron niveles moderados o severos de depresión, baja autoestima y altas puntuaciones en desesperanza. Esta interacción sugiere la presencia de un patrón acumulativo de riesgo emocional, en el cual la combinación de múltiples factores psicosociales incrementa significativamente la probabilidad de ideación suicida.

Estos hallazgos coinciden con el modelo de desesperanza de Beck, el cual plantea que las personas que perciben su futuro de forma negativa, sin expectativas de cambio o solución, son más propensas a desarrollar pensamientos suicidas (Beck et al., 1985). Del mismo modo, investigaciones como las de Joiner (2005) y O'Connor y Nock (2014) han enfatizado que los pensamientos suicidas no suelen surgir de un único factor, sino de la interacción entre diversas variables cognitivas, afectivas y sociales.

- ✓ **Resultados diferenciales.** El análisis diferencial hace referencia a la comparación de una o más variables psicológicas entre distintos subgrupos dentro de la población, con el objetivo de identificar variaciones significativas en función de características sociodemográficas, tales como la edad, el sexo o el nivel educativo. Este tipo de análisis permite observar cómo se manifiestan ciertos fenómenos emocionales o conductuales, como la depresión, la autoestima o la ideación suicida, según factores contextuales específicos.

En el presente estudio, el análisis diferencial tuvo como finalidad determinar si existían diferencias significativas en los niveles de depresión, autoestima e ideación suicida entre los adolescentes, de acuerdo con tres variables sociodemográficas clave: edad, curso escolar y sexo. Este enfoque permitió identificar posibles patrones distintivos en el comportamiento emocional de los estudiantes, lo cual contribuye a una comprensión más precisa y contextualizada de los factores de riesgo psicosocial en esta etapa evolutiva.

Los resultados derivados de este análisis son fundamentales para el diseño de estrategias preventivas e intervenciones psicoeducativas más eficaces, ya que permiten adaptar las acciones a las características y necesidades específicas de cada subgrupo dentro de la población adolescente evaluada.

5.1 Datos sociodemográficos de los alumnos

Tabla 5.

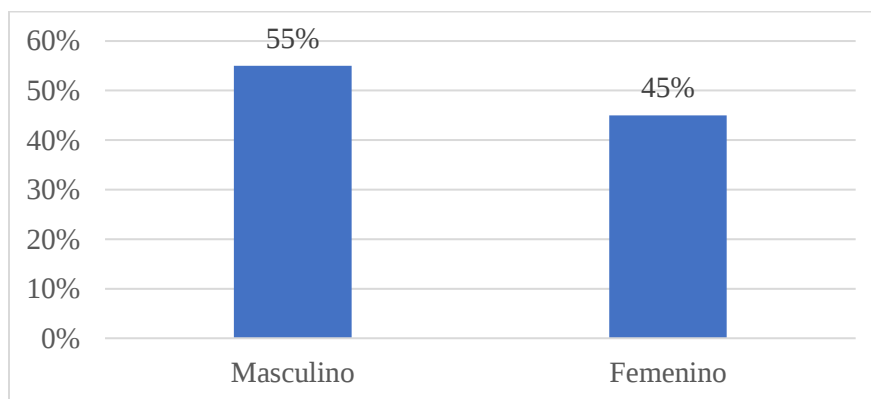
Datos sociodemográficos de los estudiantes

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	55 %
Femenino	34	45 %
Total	75	100%

Nota. La tabla muestra la distribución de los estudiantes participantes según el género reportado, expresado en valores absolutos (frecuencia) y relativos (porcentaje). **Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Figura 1.

Datos sociodemográficos de los estudiantes



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

El análisis de la distribución por sexo de los participantes revela que el 55 % corresponde al género masculino, mientras que el 45 % al género femenino. Esta ligera predominancia de varones en la muestra podría estar influenciada por la estructura demográfica propia de la Unidad Educativa o por factores contextuales específicos del entorno escolar.

Si bien la diferencia porcentual no es considerablemente marcada, resulta pertinente tenerla en cuenta al momento de analizar las variables psicológicas evaluadas. Diversos estudios han evidenciado que la vivencia y expresión de estados emocionales como la depresión, la autoestima o la ideación suicida pueden diferir según el género.

En relación con los objetivos de esta investigación, la distribución por género permitirá identificar posibles tendencias diferenciales en los niveles de depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida. Esto podría contribuir al diseño de intervenciones más específicas y sensibles al contexto de género. Por ejemplo, se ha observado que los varones tienden a manifestar el malestar psicológico mediante conductas externalizantes, mientras que las mujeres suelen presentar síntomas internalizantes con mayor frecuencia.

Por tanto, el análisis sociodemográfico no solo cumple con el propósito de caracterizar a la población estudiada, sino que también se constituye en un elemento clave para la interpretación contextualizada y significativa de los resultados obtenidos en esta investigación.

Tabla 6.

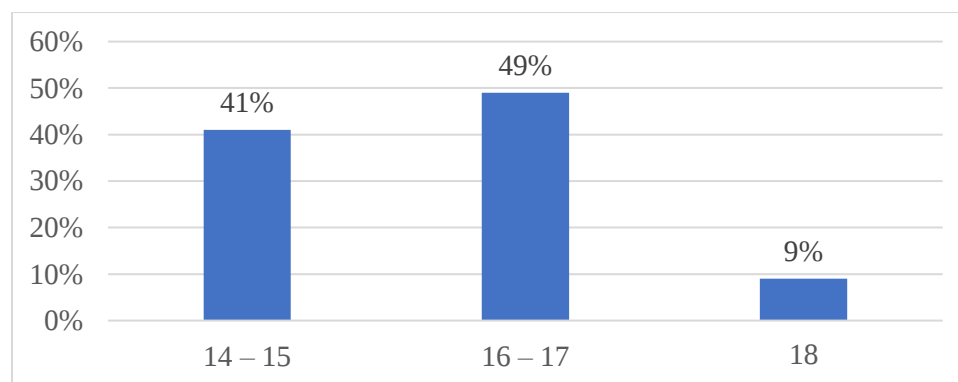
Rango de edad de los estudiantes

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
14-15	31	41%
16-17	37	49%
18	7	9%
Total	75	100%

Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Figura 2.

Rangos de edad



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

El análisis de rango de edad de los estudiantes muestra que la mayoría se encuentra en la etapa de la adolescencia, con un 49% entre los 16 y 17 años, seguido con un 41% entre los de 14 y 15 años, finalmente un 9% entre los de 18 años de edad. La distribución etaria es relevante, en la adolescencia especialmente entre los 14 y 18 años, es una fase crítica del desarrollo psicosocial, caracterizada por la construcción de la identidad, cambios hormonales, y mayor vulnerabilidad emocional. Los estudiantes en este rango pueden experimentar tensiones significativas que los hacen susceptibles a padecer síntomas depresivos, cuestionamientos sobre su valía personal y pensamientos suicidas.

Desde la perspectiva de la investigación, aborda variables como la depresión, autoestima, desesperanza e ideación suicida, el rango etario de los participantes permite contextualizar los resultados en una etapa del ciclo vital donde los factores de riesgo psicológico suelen intensificarse. La adolescencia es también una etapa donde el entorno sociofamiliar influye profundamente en la percepción de uno mismo y del futuro. Por lo tanto, conocer la edad de los sujetos facilita una intervención más detallada de los hallazgos, orientada a la necesidad de enfoques preventivos de intervención que consideren la madurez emocional propia de cada subgrupo etario.

Tabla 7.

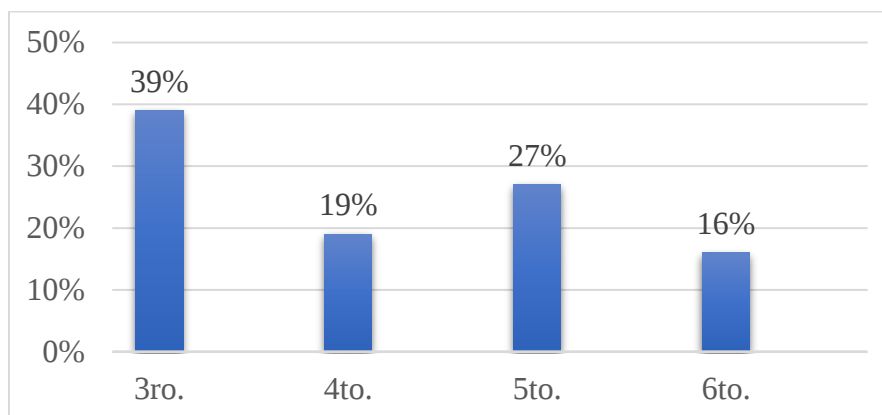
Cursos establecidos para la muestra

curso	Frecuencia	Porcentaje
3ro.	29	39%
4to.	14	19%
5to.	20	27%
6to.	12	16%
Total	75	100%

Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Figura 3.

Cursos establecidos para la muestra



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

El análisis de la distribución de estudiantes por curso muestra una mayor concentración en tercero de secundaria con un 39%; quinto de secundaria con un 27%, una menor representación en cuarto de secundaria con un 19%; y finalmente, sexto de secundaria con un 16%. La distribución puede estar influenciada por factores como la repetición de curso y abandono escolar. La predominancia de estudiantes en los primeros cursos de secundaria sugiere una mayor presencia de adolescentes en etapas iniciales y medias del desarrollo académico, lo cual puede tener implicaciones importantes en cuanto a su madurez emocional y nivel de exposición a factores estresantes. Desde la óptica de esta investigación, la distribución por cursos permite contextualizar el análisis de las variables psicológicas. Los adolescentes de tercero y cuarto de secundaria suelen estar en fases más tempranas del proceso de construcción de identidad, lo que puede aumentar su vulnerabilidad frente a la baja autoestima, desesperanza o sintomatología depresiva. Por su parte, los estudiantes de quinto y sexto de secundaria, al estar más próximos a la finalización de su etapa escolar, podrían experimentar niveles más elevados de presión académica, ansiedad por el futuro, factores que también pueden influir en la ideación suicida, la distribución por cursos aporta un marco para interpretar con mayor precisión la relación entre los factores de riesgo psicológico y el momento académico de los participantes.

5.2. Primer objetivo específico.

Evaluar el nivel de depresión en los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Tabla 8.

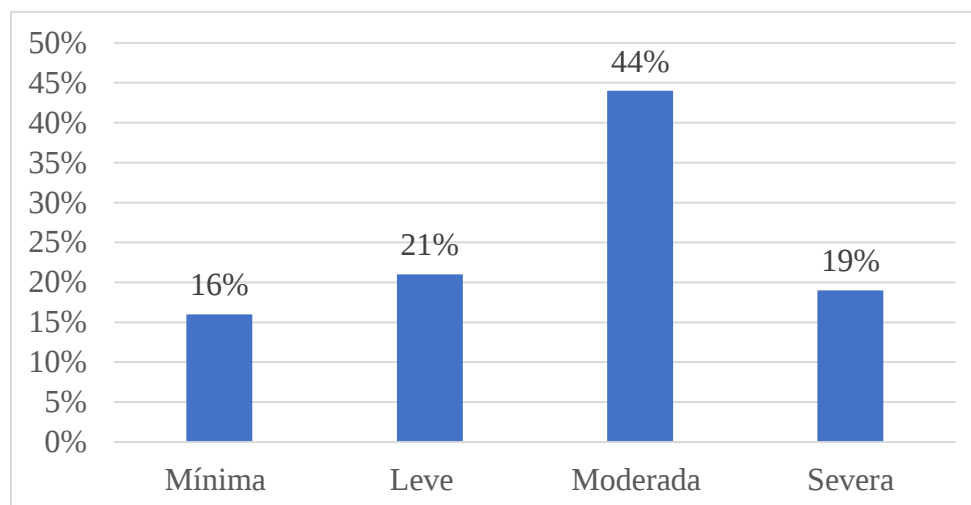
Nivel de depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Mínima (0-13 puntos)	12	16%
Depresión Leve (14-19 puntos)	16	21%
Moderada (20-28 puntos)	33	44%
Severa (29-63 puntos)	14	19%
Total	75	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del inventario de Depresión de Beck (BDI-II) a estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboración propia.

Figura 4.

Nivel de depresión



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Se puede observar los datos presentados en la tabla N.º 8, que el 44 % de los estudiantes evaluados presenta un nivel de depresión moderada, lo que representa el grupo más numeroso dentro de la muestra. De acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), este nivel comprende puntuaciones entre 20 y 28 puntos, y se asocia con una sintomatología que, aunque no alcanza niveles clínicos severos, sí refleja un malestar emocional persistente que interfiere parcialmente con el funcionamiento personal y social del individuo.

Desde el enfoque clínico de Aaron T. Beck, la depresión moderada se caracteriza por la presencia constante de un estado de ánimo deprimido, pérdida del interés en actividades cotidianas, fatiga frecuente, dificultad para concentrarse y pensamientos negativos sobre uno mismo. Aunque las personas que se encuentran en este rango aún pueden cumplir con sus responsabilidades académicas, sociales o familiares, lo hacen con un esfuerzo emocional considerable. Beck advierte que dicha condición representa una etapa de vulnerabilidad, sin intervención oportuna, puede evolucionar hacia una depresión severa con implicaciones más profundas en la salud mental y el bienestar general.

En la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, los niveles moderados de depresión podrían estar asociados a factores propios del entorno escolar, como la presión académica, la inseguridad personal, los conflictos familiares o interpersonales, y la falta de contención emocional. No obstante, es importante destacar que este grupo no presenta un grado de afectación emocional tan crítico como para ser considerado clínicamente incapacitante. Aun así, los datos alertan sobre la necesidad de acciones preventivas y programas de apoyo psicológico dentro del ámbito educativo, que permitan intervenir de manera temprana y evitar la progresión hacia cuadros depresivos más severos o con mayor riesgo suicida.

5.3. Segundo objetivo específico.

Identificar el nivel de autoestima de los estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Tabla 9.

Nivel de autoestima

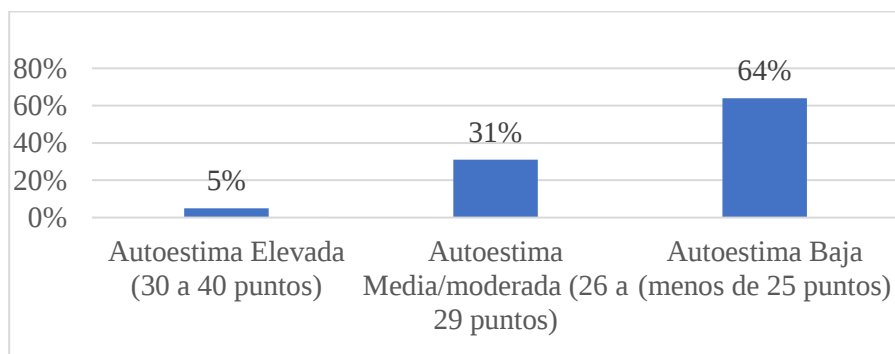
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Elevada (30-40)	4	5%
Autoestima Media/moderada	23	31%
Autoestima Baja	48	64%
Total	75	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg a estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Fuente. Elaboracion Propia.

Figura 5.

Escala de Autoestima de Rosenberg.



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg revelan que un 64% de los estudiantes evaluados presentan niveles bajos de autoestima, mientras que un 5% alcanza niveles altos. El hallazgo indica una tendencia preocupante hacia la autopercepción negativa entre los adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. La baja autoestima en la etapa del desarrollo puede estar influenciada por múltiples factores, incluyendo presiones académicas, dinámicas familiares, sociales, así como cambios físicos y emocionales propios de la adolescencia.

La elevada prevalencia de baja autoestima identificada en la muestra estudiada cumple con el segundo objetivo específico de la investigación, al evidenciar niveles significativos de autovaloración negativa entre los adolescentes. El resultado es coherente con la literatura existente, que señala la baja autoestima como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales, incluyendo la depresión e ideación suicida. Por lo tanto, los hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención y programas de apoyo psicológico en el entorno educativo, con el fin de fortalecer la autoestima de los estudiantes y prevenir posibles consecuencias negativas en su salud física y mental.

Con base en los resultados obtenidos, se puede afirmar que el segundo objetivo de dicha investigación: **“identificar el nivel de autoestima de los estudiantes mediante la**

Escala de Autoestima de Rosenberg”, ha sido verificado satisfactoriamente. La aplicación del instrumento permitió evidenciar una predominancia de niveles bajos de autoestima en la muestra estudiada, lo cual proporciona información esencial para el análisis del perfil psicológico de los adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, sustentando la necesidad de intervenciones específicas dentro del contexto escolar.

5.4. Tercer objetivo específico.

Cuantificar la intención suicida, en los adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Tabla 10.

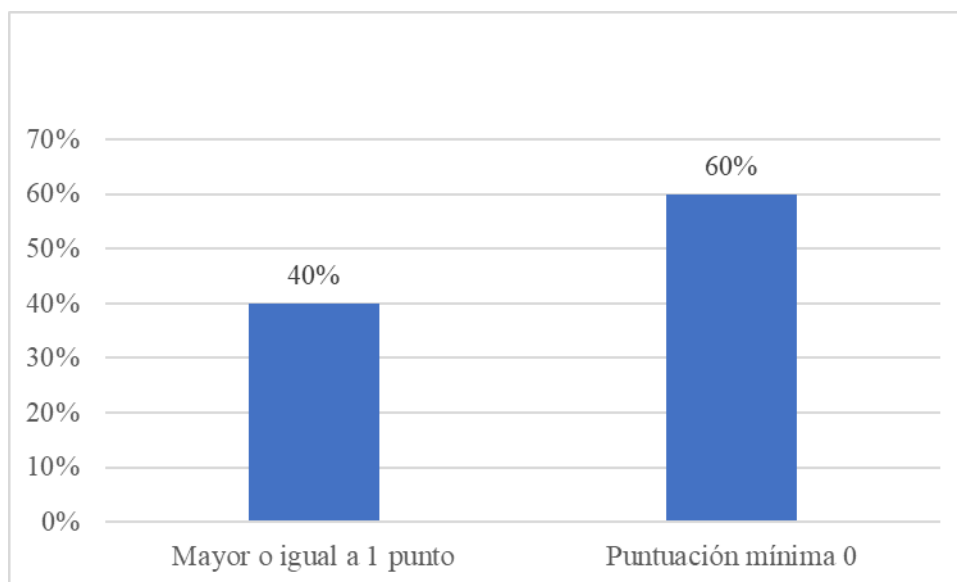
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mayor o igual a 1 punto	30	40 %
Puntuación mínima 0	45	60 %
TOTAL	75	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck a estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco. Fuente. Elaboración Propia.

Figura 6.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados obtenidos mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck muestran que el 40% de los estudiantes evaluados presenta una puntuación igual o superior a 1, lo que indica la presencia de ideación suicida, mientras que en el 60% de los estudiantes no se evidenciaron señales significativas de este tipo de pensamientos. El hallazgo revela que una parte considerable de la muestra total experimenta un grado de pensamiento relacionado con la muerte, la idea de desaparecer, razón por la cual requiere atención inmediata y especializada. La Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), fue desarrollada con el propósito de detectar y cuantificar la intensidad de pensamientos suicidas, considerando aspectos como el deseo de morir, la preparación para el acto suicida, la percepción de control sobre la vida y la desesperanza. Según los autores, una puntuación igual o superior a 1 en la escala ya es indicativa de riesgo suicida, y a medida que aumentan los valores, se incrementa proporcionalmente la gravedad del riesgo suicida. (Beck, et al, 1979).

La presencia de ideación suicida en un 40% de la muestra puede estar vinculada con otros factores psicológicos previamente evaluados en esta investigación, como la alta prevalencia de depresión moderada y autoestima baja, lo cual refuerza la necesidad de comprender la ideación suicida como parte de un entramado emocional más amplio, donde múltiples variables interrelacionadas influyen en la salud mental de los adolescentes.

Se concluye que el tercer objetivo: **“Cuantificar y evaluar la intención suicida o grado de seriedad de la ideación suicida, mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck”**, ha sido verificado satisfactoriamente. La aplicación del instrumento permitió no solo detectar la presencia de ideación suicida en la población estudiantil, sino también identificar su magnitud y posibles vínculos con otros factores emocionales relevantes, aportando información clave para futuras intervenciones en el ámbito educativo y clínico.

5.5. Cuarto objetivo específico.

Los adolescentes de secundaria presentan un nivel bajo de desesperanza de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Tabla 11.

Escala de Desesperanza de Beck

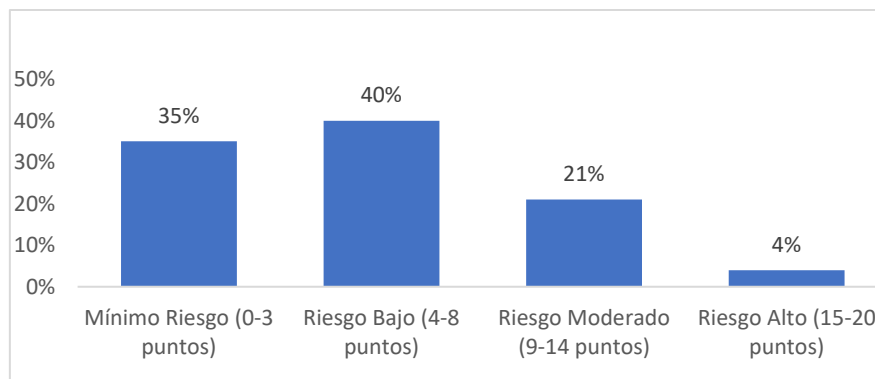
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo riesgo (0-3 puntos)	26	35%
Riesgo bajo (4-8 puntos)	30	40%
Riesgo moderado (9-14 puntos)	16	21%
Riesgo alto (15-20 puntos)	3	4%
Total	75	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck a estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Fuente. Elaboración Propia.

Figura 7.

Escala de Desesperanza de Beck



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la tabla N.º 11, el nivel predominante de riesgo suicida en la población estudiantil es de riesgo bajo, representando el 40 % del total de los adolescentes evaluados. Dicha información se obtuvo mediante la aplicación del Test de Desesperanza de Beck (BHS), el cual permite identificar el grado de pesimismo o desesperanza en los individuos, aunque una parte significativa de los estudiantes no presenta niveles elevados de riesgo, este porcentaje sugiere la necesidad de vigilancia preventiva y acompañamiento emocional. El BHS evalúa tres dimensiones fundamentales: percepción del futuro, pérdida de motivación y expectativas negativas, permitiendo así estimar el grado de desesperanza, un factor que Beck y sus colaboradores identificaron como un predictor altamente significativo del riesgo suicida.

La desesperanza tiene una correlación más fuerte con la conducta suicida que la depresión, lo cual implica una visión persistente de los problemas que no tienen solución y cuyo futuro es inevitablemente negativo. (Beck, et al, 1974).

En el contexto de la investigación, los datos obtenidos guardan coherencia en los resultados de otras variables medidas, como ser la baja autoestima, presencia de depresión. Se puede afirmar que el cuarto objetivo específico: **“Detectar el riesgo suicida en la población adolescente, mediante la Escala de Desesperanza de Beck”**, fue alcanzado satisfactoriamente, el instrumento aplicado permitió identificar niveles diferenciados de riesgo en la muestra estudiada, proporcionando un panorama claro de las necesidades emocionales presentes y orientando posibles acciones de presentación e intervención en el ámbito escolar.

5.6. CRUCE DE VARIABLES

Tabla 12.

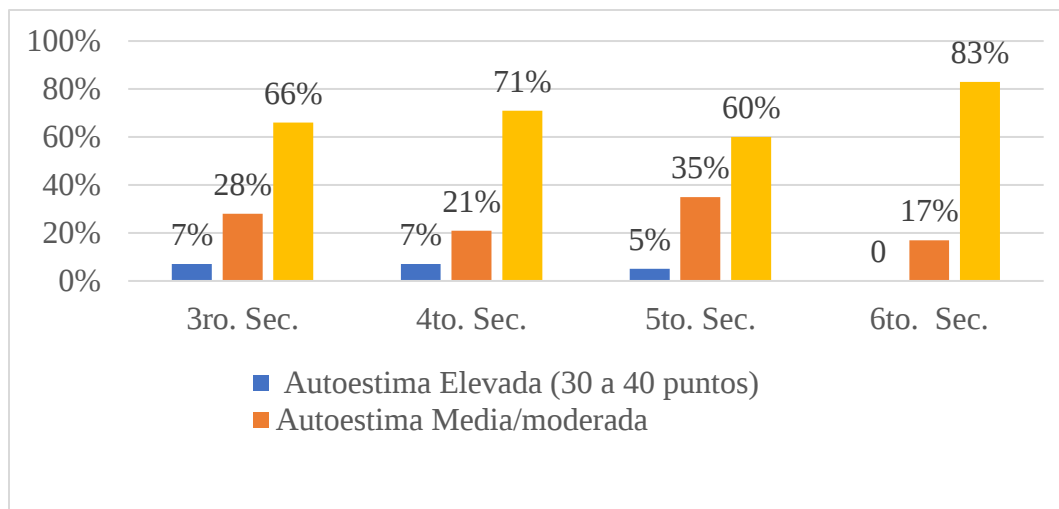
Nivel de autoestima por curso de los estudiantes

NIVEL DEL CURSO								
Niveles	3ro. Sec.		4to. Sec.		5to. Sec.		6to. Sec.	
	FR	%	FR	%	FR.	%	FR	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	2	7 %	1	7 %	1	5 %	-	-
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	8	28 %	3	21 %	7	35 %	2	17 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	19	66 %	10	71 %	12	60 %	10	83 %
TOTAL	29	100 %	14	100 %	20	100 %	12	100 %

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima de los estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 8.

Nivel de autoestima por curso de los estudiantes



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados de la tabla 12 y la figura 8, muestra la distribución de los niveles de autoestima por curso en los estudiantes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Se observa que en todos los niveles académicos (3. °, 4. °, 5. ° y 6. ° de secundaria), predomina la autoestima baja, con mayor frecuencia en los cursos de 3. ° y 5.°.

El nivel de autoestima media es más visible en el curso de 4. °, mientras que la autoestima alta es poco inexistente en toda la población estudiada. La autoestima baja no está asociada exclusivamente a un grado académico específico, sino que se manifiesta de forma transversal en toda la población adolescente evaluada; sin embargo, la mayor concentración de autoestima baja se presenta en los cursos de 3. ° y 5.° de secundaria, podría estar relacionada con momentos específicos del desarrollo adolescente, como el inicio de la educación media y la transición hacia el último año escolar, dichos momentos suelen implicar mayores exigencias académicas, presiones sociales y conflictos internos que afectan directamente la percepción del autovalor; en este sentido, la autoestima baja se convierte en un factor de riesgo constante como señalan estudios previos, puede facilitar la aparición de síntomas depresivos y la ideación suicida si no es abordada adecuadamente.

El cruce de variables entre el curso de variables entre el curso y nivel de autoestima aporta una comprensión más detallada sobre cómo se distribuye la autoestima en la población estudiada, permite identificar en que niveles educativos podría concentrarse la intervención psicológica preventiva, estos hallazgos fortalecen el cumplimiento del segundo objetivo específico de la investigación, al ofrecer no solo un panorama general del nivel de autoestima, sino también su relación con el curso, lo que permite orientar acciones de prevención focalizadas por grado académico.

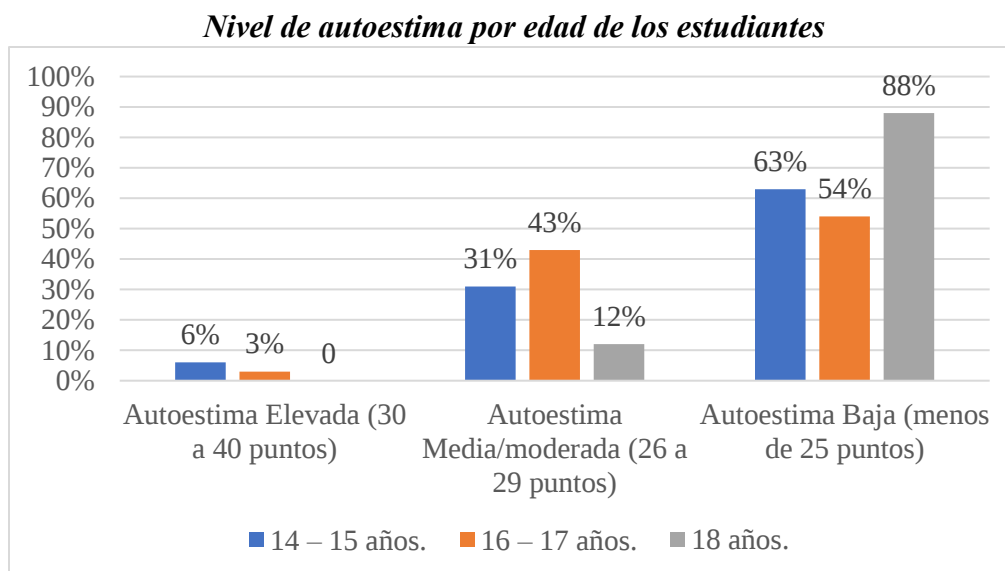
Tabla 13.

Nivel de autoestima por edad de los estudiantes

NIVEL DE EDAD.						
Niveles	14 – 15 años.		16 – 17 años.		18 años.	
	FR	%	FR	%	FR.	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	2	6 %	1	3%	-	-
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	10	31 %	15	43 %	1	12 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	20	63 %	19	54 %	7	88 %
TOTAL	32	100 %	35	100 %	8	100 %

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima de los estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 9.



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

La figura 9 refleja que el mayor porcentaje de estudiantes con autoestima baja se encuentra en el grupo de 18 años, con un 88%, seguido del grupo de 14 a 15 años correspondiente al 63% de la muestra total, los estudiantes de 16 a 17 años correspondiente al 54% de muestra total. Por otro lado, la autoestima media predomina más en el grupo de 16 a 17 años con un 43%, mientras que la autoestima elevada tiene una presencia mínima y solo se observa en los grupos menores, siendo inexistente en los estudiantes de 18 años.

Estos resultados permiten establecer que la autoestima decrece conforme los estudiantes se acercan al final de su etapa escolar, este fenómeno puede estar influido por el estrés anticipado del egreso, las expectativas familiares, sociales y el temor a enfrentar decisiones trascendentales sobre el futuro, tomando en cuenta que en este grupo etario pueden influir situaciones de frustración acumulada o conflictos no resueltos que inciden negativamente en la percepción personal, la ausencia total de autoestima elevada en los mayores de edad es un dato preocupante, y revela una necesidad urgente de atención emocional específica para este segmento.

El análisis figurativo complementa los hallazgos del objetivo específico sobre la autoestima, muestra como esta variable no solo se encuentra disminuida en general, sino que su deterioro es más acentuado en los estudiantes de mayor edad, esta evidencia refuerza la importancia de intervenir desde edades tempranas con programas de fortalecimiento de autoestima, especialmente diseñados para acompañar el proceso de transición hacia la adultez.

Tabla 14.

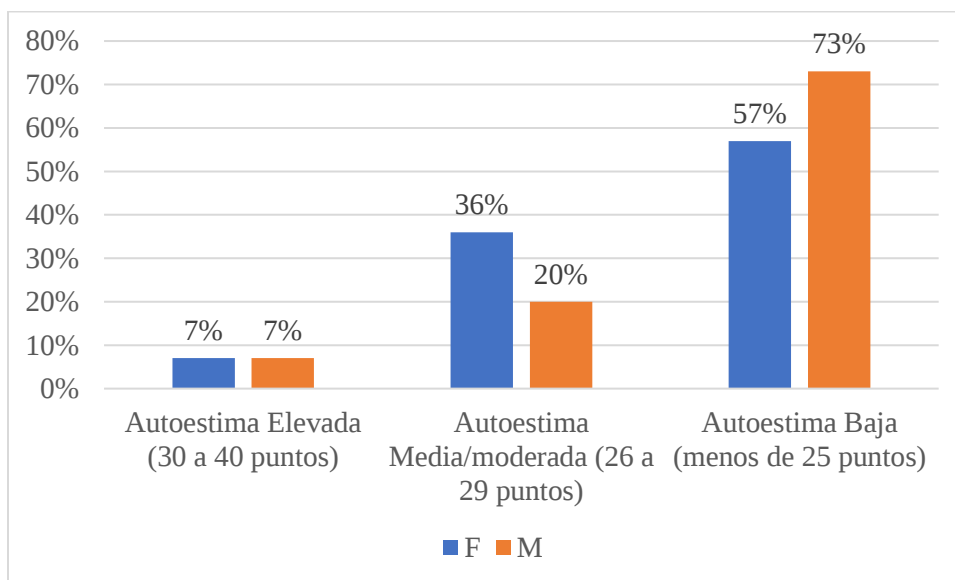
Nivel de autoestima por género de los estudiantes

3.º sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	1	7 %	1	7 %
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	5	36 %	3	20 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	8	57 %	11	73 %
TOTAL	14	100%	15	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima por sexo de los estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 10.

Nivel de autoestima por género de 3° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En los estudiantes de tercero de secundaria, tanto hombres como mujeres presentan un alto porcentaje de autoestima baja: el 73 % en el caso de los varones y el 57 % en el caso de las mujeres. La autoestima media se reporta en el 36 % de las mujeres y en el 20 % de los varones. Por su parte, la autoestima alta se distribuye de manera equitativa y marginal, con un 7 % en ambos sexos. Estos datos reflejan un predominio de autoestima baja en ambos grupos, siendo más acentuado en los varones.

Es posible que los estudiantes varones estén experimentando presiones adicionales asociadas a estereotipos sociales relacionados con el rendimiento académico, la independencia emocional o la conformidad con los roles de género tradicionales, lo cual podría impactar negativamente en su autovaloración.

En contraste, las mujeres presentan una distribución levemente más equilibrada entre los niveles de autoestima baja y media, lo que sugiere una percepción personal menos deteriorada en este grupo específico.

Este hallazgo se vincula con uno de los objetivos específicos de la investigación, al evidenciar diferencias significativas en los niveles de autoestima según el sexo.

Por tanto, los resultados refuerzan la necesidad de diseñar estrategias de intervención diferenciadas que consideren el impacto del género en la construcción de la autoestima adolescente, especialmente en niveles educativos intermedios como tercero de secundaria.

Tabla 15.

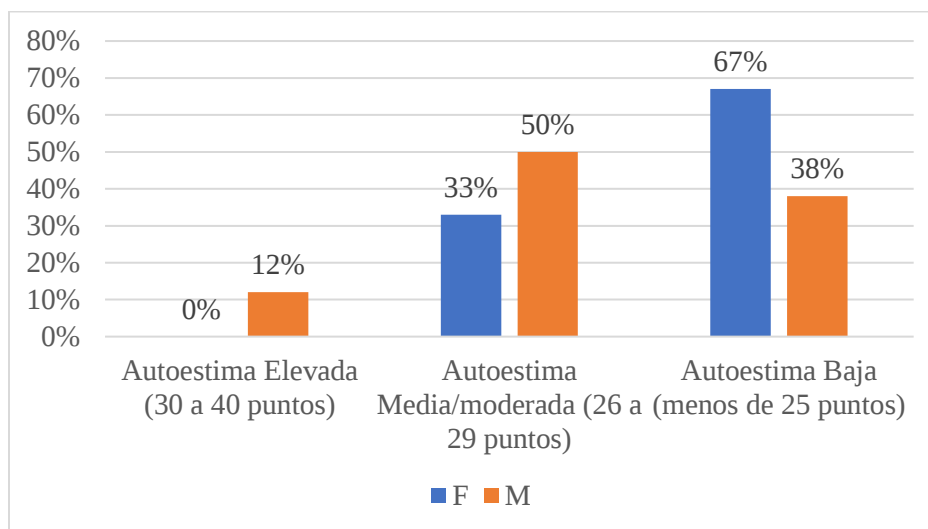
Nivel de autoestima por género de los estudiantes de 4to sec.

4.º sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	-	-	1	12 %
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	2	33%	4	50 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	4	67 %	3	38 %
TOTAL	6	100%	8	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima por sexo de los estudiantes de 4.º to. de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 11.

Nivel de autoestima por género de 4° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

La Tabla 15 y la Figura 11 muestran la distribución del nivel de autoestima por género en los estudiantes de cuarto de secundaria. En el grupo femenino, el 67 % presenta autoestima baja y el 33 % autoestima moderada, sin registrarse casos de autoestima alta. En el grupo masculino, el 38 % presenta autoestima baja, el 50 % autoestima moderada y el 12 % autoestima elevada. Esta información revela una diferencia notoria entre ambos géneros en cuanto al nivel de autoestima.

La predominancia de autoestima baja en las mujeres de este curso podría estar relacionada con factores como el autoconcepto corporal, las expectativas sociales y los cambios emocionales propios de la adolescencia, lo cual se alinea con estudios previos que asocian la baja autoestima con una mayor vulnerabilidad emocional. En contraste, los varones presentan una distribución más equilibrada entre los distintos niveles de autoestima, lo que podría reflejar una mayor estabilidad en la percepción de sí mismos o una menor presión social en este grupo etario.

Con base en estos datos, se cumple con el segundo objetivo específico del estudio, al identificar los niveles de autoestima en función de variables sociodemográficas como el sexo. Este análisis permite una comprensión más profunda de los factores de riesgo psicológico asociados a la autoestima y proporciona una base sólida para el diseño de intervenciones diferenciadas por género que contribuyen al bienestar emocional de los adolescentes.

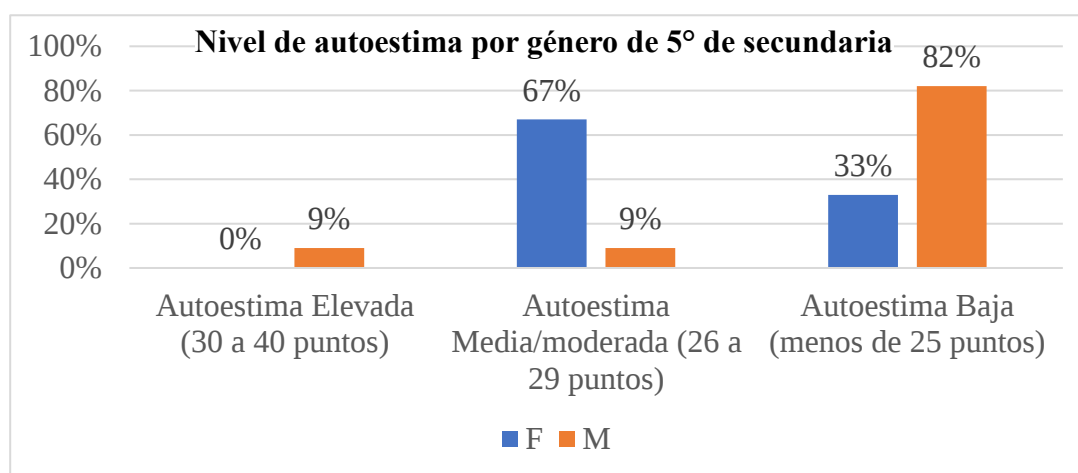
Tabla 16.

Nivel de autoestima por género de los estudiantes de 5° de secundaria

5.° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	-	-	1	9 %
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	6	67 %	1	9 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	3	33 %	9	82 %
TOTAL	9	100%	11	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima por género de los estudiantes de 4.° to. de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 12.



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En la tabla 16 y la figura 12 se observa, en el grupo femenino de quinto de secundaria, el 67% de estudiantes presenta una autoestima moderada, el 33% presenta autoestima baja, no se reportan casos de autoestima elevada. en el grupo masculino, se evidencia una situación más crítica, el 82% presenta autoestima baja, el 9% autoestima elevada que refleja una diferencia significativa en la distribución del nivel de autoestima entre ambos sexos. Los resultados destacan una prevalencia preocupante de autoestima baja en los varones de este curso, lo que podría estar vinculado con factores como la presión académica, conflictos familiares o la transición a etapas más exigentes de la vida estudiantil. En cambio, las mujeres en este grupo muestran un predominio de autoestima moderada, lo cual puede indicar una percepción más equilibrada de sí mismas; sin embargo, la ausencia de autoestima elevada en el grupo femenino también sugiere una necesidad de fortalecer su desarrollo emocional y autovaloración. Los hallazgos permiten confirmar el cumplimiento del segundo objetivo específico del estudio, al evidenciar el nivel de autoestima en los adolescentes en función del género. La segmentación de los resultados por curso y género aporta un panorama más preciso sobre los factores psicosociales que inciden en la autoestima, permitiendo orientar estrategias de intervención más focalizadas y pertinentes a las necesidades de cada grupo.

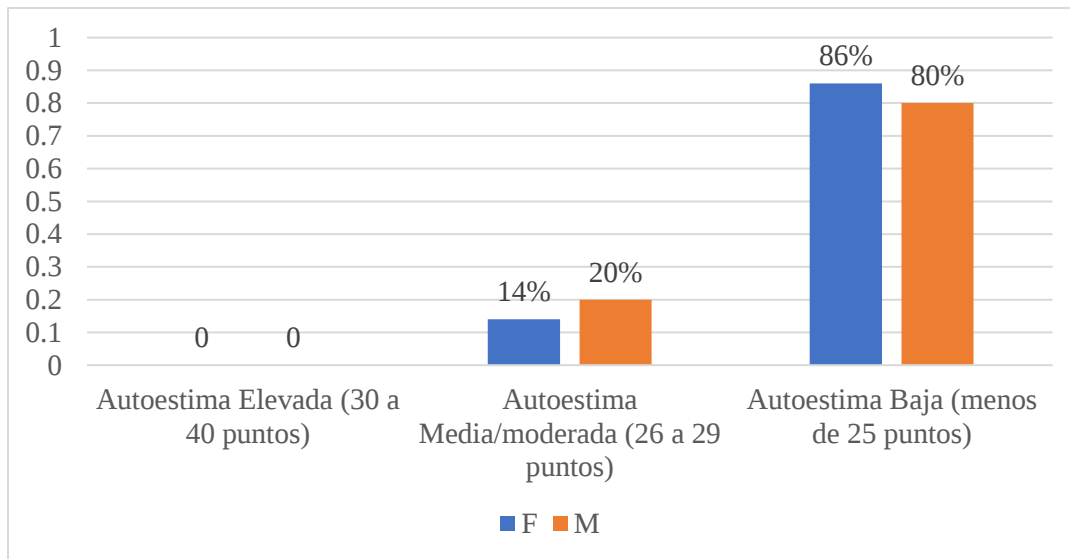
Tabla 17.***Nivel de autoestima por género de los estudiantes de 6to de secundaria***

6.º sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Autoestima Elevada (30 a 40 puntos)	-	-	-	-
Autoestima Media/moderada (26 a 29 puntos)	1	14 %	1	20 %
Autoestima Baja (menos de 25 puntos)	6	86 %	4	80%
TOTAL	7	100%	5	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir del nivel de autoestima por género de los estudiantes de 6.º to. de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. **Fuente.** Elaboracion Propia.

Figura 13.

Nivel de autoestima por género de 6° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

La Tabla 17 y la Figura 13 muestran la distribución del nivel de autoestima en estudiantes del sexto curso de secundaria, diferenciada por el género. Tanto en el grupo femenino como en el masculino se observa una alta prevalencia de autoestima baja. En el caso de las mujeres, el 86 % presenta autoestima baja y el 14 % autoestima moderada; en el grupo masculino, el 80 % reporta autoestima baja y el 20 % autoestima moderada. Ninguno de los grupos presenta niveles de autoestima elevada.

Este panorama sugiere que los estudiantes del último curso de secundaria podrían estar atravesando una etapa de presión emocional significativa, posiblemente relacionada con el cierre del ciclo escolar, la toma de decisiones sobre su futuro académico o laboral, y otros factores asociados a procesos de transición. La ausencia total de autoestima elevada en ambos géneros evidencia una necesidad urgente de implementar estrategias de contención emocional y programas de fortalecimiento personal, orientados al acompañamiento psicoafectivo en esta etapa crítica del desarrollo adolescente.

Los resultados respaldan el cumplimiento del segundo objetivo específico de la investigación, relacionado con la identificación de los niveles de autoestima según variables sociodemográficas. El análisis por curso y género revela un patrón consistente de autoestima baja, especialmente pronunciado en el último año de secundaria. Este hallazgo constituye un indicador relevante para el diseño e implementación de intervenciones psicoeducativas enfocadas en mejorar la autopercepción y promover el bienestar emocional de los estudiantes próximos a egresar del sistema escolar.

Tabla 18.

Nivel de depresión por nivel de curso de los estudiantes

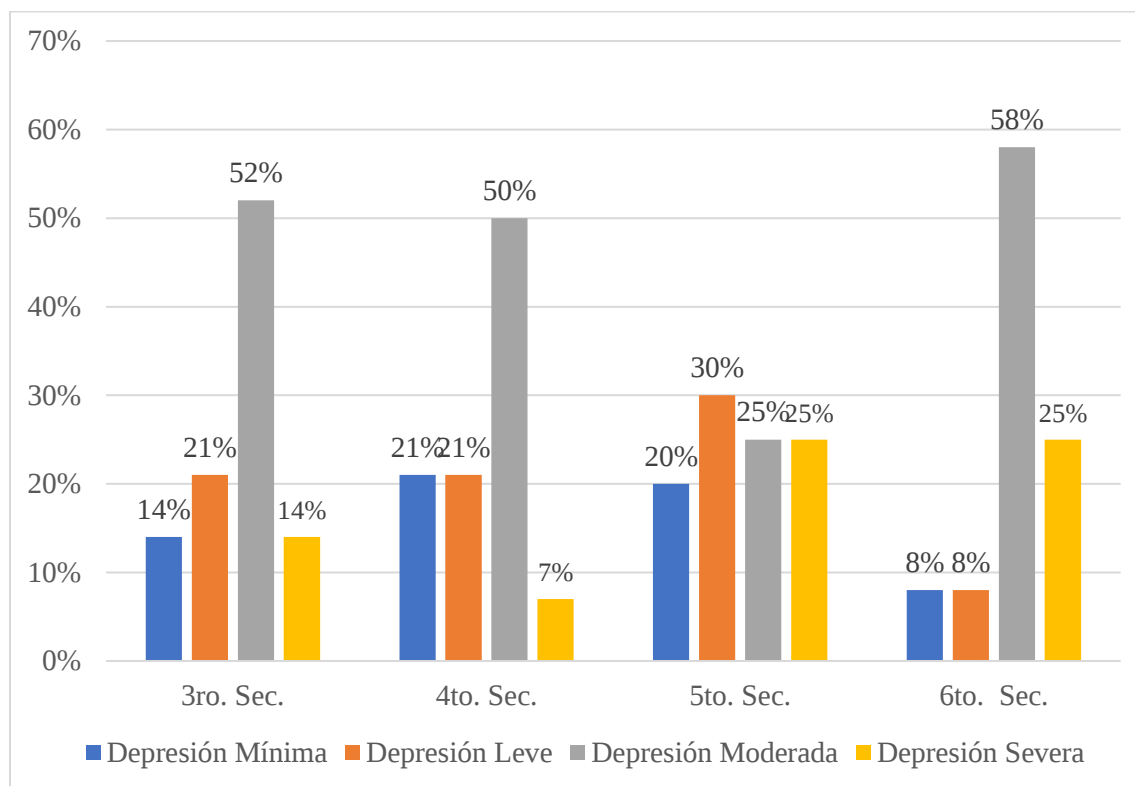
Nivel de Curso								
Niveles	3° sec.		4° sec.		5° sec.		6° sec.	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR.	%
Depresión Mínima	4	14 %	3	21 %	4	25%	1	8 %
Depresión Leve	6	21 %	3	21 %	6	30 %	1	8 %
Depresión Moderada	15	52 %	7	50 %	5	20 %	7	58 %
Depresión Severa	4	14 %	1	7 %	5	25 %	3	25 %
TOTAL	29	100%	14	100%	20	100 %	12	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) a estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 14.

Nivel de depresión por nivel de curso de los estudiantes



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los datos muestran que el nivel de depresión moderada es el más frecuente en todos los cursos, siendo más alto en sexto de secundaria, con un 58 %, y en tercero de secundaria, con un 52 %. Sin embargo, se evidencia un aumento significativo de casos de depresión severa en quinto de secundaria, donde alcanza el 25 %, igualando el porcentaje de depresión mínima en ese mismo curso. En sexto de secundaria, aunque predomina la depresión moderada, también se registra un 25 % de casos de depresión severa. Por otro lado, los niveles de depresión leve y mínima se encuentran distribuidos de manera más equitativa entre los distintos cursos. Este patrón sugiere que, a medida que los estudiantes avanzan en su trayectoria escolar, la sintomatología depresiva tiende a volverse más compleja y delicada.

En particular, el aumento de casos de depresión severa en quinto y sexto de secundaria podría estar asociado con una acumulación de factores estresantes, como la presión académica, la incertidumbre respecto al futuro y la falta de contención emocional. Esta progresión también podría reflejar el proceso de transición hacia la adultez, etapa en la cual las demandas sociales y familiares se intensifican, generando una mayor vulnerabilidad psicológica. Los datos obtenidos permiten afirmar que se ha cumplido con el primer objetivo específico del estudio, al evaluar de manera adecuada la gravedad de la sintomatología depresiva según el curso. Este análisis permite identificar no solo la presencia de depresión en la población estudiantil, sino también diferencias significativas entre los niveles escolares, lo cual proporciona información valiosa para el diseño de intervenciones psicoeducativas diferenciadas, adaptadas al grado académico y a las necesidades emocionales de los adolescentes.

Tabla 19.

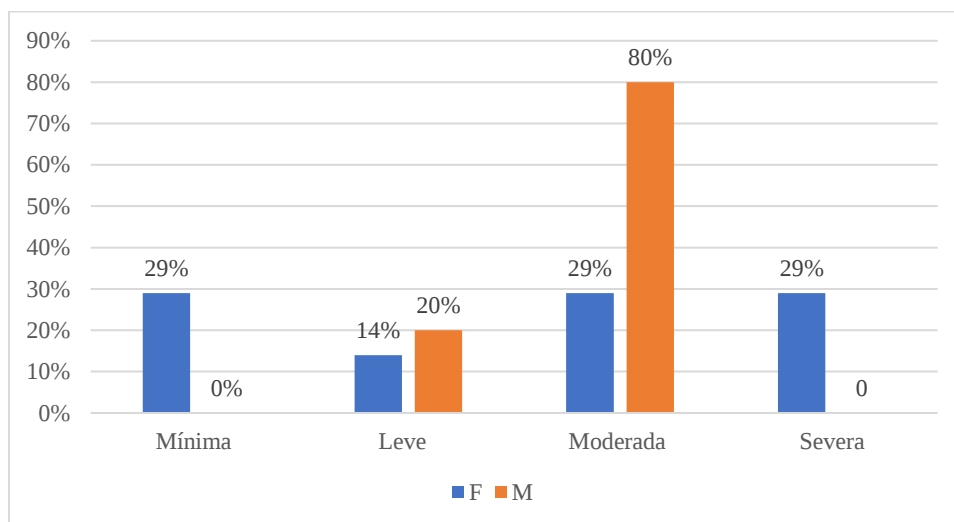
Nivel de depresión por género de los estudiantes

3° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mínima	4	29%	-	-
Leve	2	14 %	3	20 %
Moderada	4	29 %	12	80%
Severa	4	29 %	-	-
Total	14	100%	15	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) a estudiantes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género. **Fuente.** Elaboración propia.

Figura 15.

Nivel de depresión por género de 3ro de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de tercero de secundaria se observa una diferencia significativa en los niveles de depresión según el género de los estudiantes. De acuerdo con los resultados, el 80 % de los varones presenta un nivel de depresión moderada, mientras que en el caso de las mujeres este nivel alcanza solo el 29 %. Por otro lado, las mujeres presentan un porcentaje más elevado en depresión severa, con un 29 %, frente a un 0 % en los varones.

Estos datos indican que, en este curso específico, los estudiantes varones manifiestan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el nivel moderado, mientras que las mujeres presentan una proporción considerable de depresión severa. Esta diferencia de patrones podría estar influenciada por múltiples factores, entre ellos los cambios hormonales propios de la pubertad, la presión académica, las dinámicas familiares y el contexto socioemocional. Estudios previos han señalado que los varones adolescentes, aunque culturalmente tienden a ocultar sus emociones, pueden presentar manifestaciones depresivas más marcadas al no contar con estrategias adecuadas de afrontamiento (Beck et al., 1996).

Además, se ha observado que los varones tienden a internalizar sus emociones, lo cual podría derivar en una mayor expresión de síntomas depresivos no verbalizados, lo que dificulta su detección temprana. Este aspecto subraya la importancia de considerar las diferencias de género en el análisis de la salud mental adolescente y en la formulación de estrategias de intervención.

Los resultados permiten afirmar que se ha cumplido con el primer objetivo específico de esta investigación, al evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en los adolescentes mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II). El análisis por género en el curso de tercero de secundaria revela diferencias significativas en los niveles de depresión, lo cual pone en evidencia la necesidad de diseñar enfoques preventivos e intervenciones psicoeducativas que contemplen las particularidades de género en la manifestación de los trastornos afectivos en la adolescencia.

Tabla 20.

Nivel de depresión por género de los estudiantes de 4to de secundaria

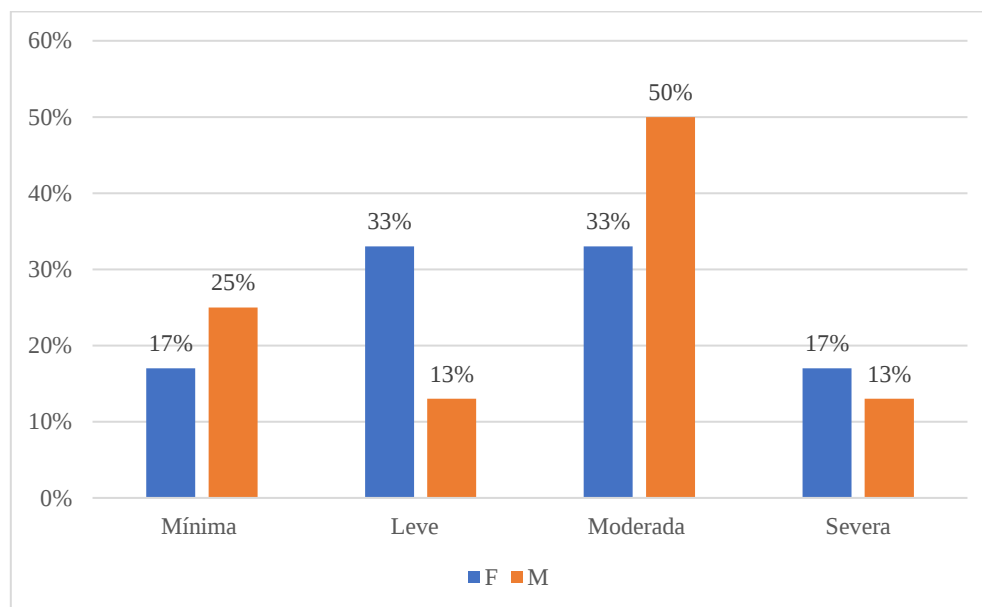
4° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mínima	1	17 %	4	25%
Leve	2	33 %	1	13%
Moderada	2	33 %	2	50%
Severa	1	17 %	1	13%
Total	6	100%	8	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) a estudiantes de cuarto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 16.

Niveles de depresión por género del 4° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de cuarto de secundaria se observa una distribución relativamente equilibrada de los niveles de depresión entre varones y mujeres. En el caso de los varones, el 50 % presenta depresión moderada, seguido por un 25 % con depresión mínima, un 13 % con depresión leve y un 13 % con depresión severa. En cuanto a las mujeres, la mayoría se encuentra en los niveles de depresión leve y moderada, con un 33 % en cada nivel, mientras que los niveles mínimo y severo representan el 17 % respectivamente.

La distribución refleja que tanto varones como mujeres experimentan distintos grados de sintomatología depresiva. No obstante, en el curso de cuarto de secundaria, los varones tienden a reportar niveles más altos de depresión, particularmente en las categorías mínima y moderada. Aunque las diferencias no son demasiado marcadas como en el curso de tercero de secundaria, se mantiene una tendencia en la que los varones manifiestan mayor sintomatología en los niveles intermedios.

Los resultados pueden estar vinculados con factores contextuales y personales que influyen en el bienestar emocional de los estudiantes, tales como la exigencia académica propias del nivel secundario, las dinámicas familiares o el proceso de transición hacia una etapa de mayor responsabilidad personal y social. Así mismo, la presencia de casos de depresión severa en ambos géneros evidencia la necesidad de brindar atención psicológica oportuna, sin distinción de género. En este sentido, se concluye que el objetivo específico de evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva fue alcanzado satisfactoriamente. La información obtenida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), permitió identificar diferencias significativas en los niveles de depresión según el género en el curso de cuarto de secundaria, lo cual refuerza la importancia de implementar intervenciones dirigidas tanto a varones como a mujeres, con estrategias adaptadas a las particularidades emocionales que se presentan en esta etapa educativa.

Tabla 21.

Nivel de depresión por género de los estudiantes de 5to de secundaria

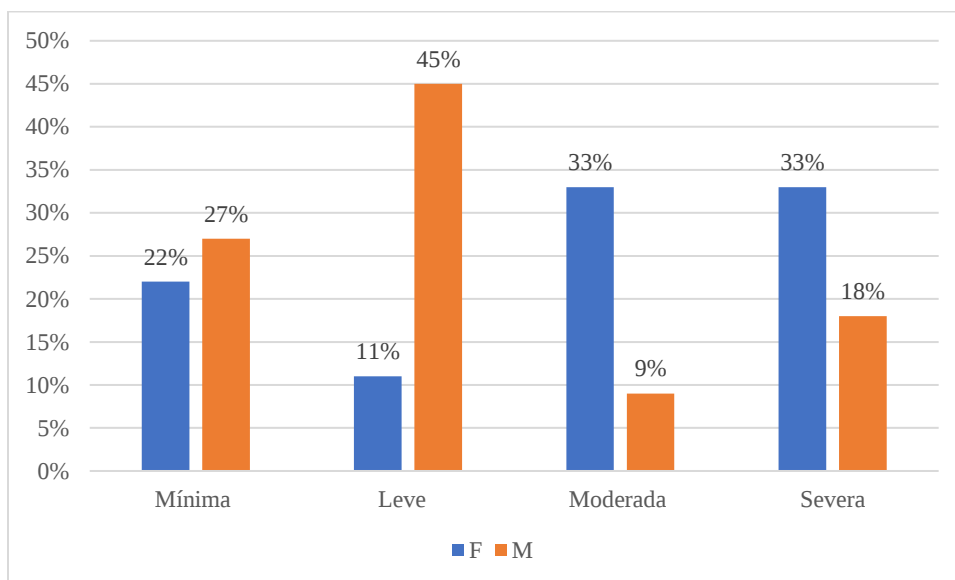
5° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mínima	2	22 %	3	27 %
Leve	1	11 %	5	45 %
Moderada	3	33 %	1	9 %
Severa	3	33 %	2	18 %
Total	9	100%	11	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) a estudiantes de quinto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 17.

Nivel de depresión por género de 5° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de quinto de secundaria se evidencian diferencias notorias entre ambos géneros en relación con los niveles de depresión. En el caso de femenino, los niveles más prevalentes son la depresión moderada (33 %), la depresión severa (33 %), seguidos por la depresión mínima (22 %), leve (11 %). En contraste, en el grupo masculino predomina la depresión leve con un 45 %, seguida de la depresión moderada (27 %), la depresión severa (18 %), finalmente, la depresión mínima (9 %), los datos indican que, en este nivel educativo, las estudiantes mujeres presentan mayores niveles de sintomatología depresiva severa en comparación con sus pares varones. Este patrón sugiere que las adolescentes de quinto de secundaria podrían estar enfrentando situaciones emocionales más intensas o contando con menores recursos de afrontamiento. Factores como las crecientes exigencias académicas, la proximidad al egreso escolar y la presión por tomar decisiones respecto a su futuro académico o laboral pueden actuar como detonantes del malestar emocional en este grupo.

Se refuerza la evidencia que indica que el género femenino tiende a manifestar los síntomas depresivos de manera más marcada, mientras que el género masculino, presentan un perfil sintomatológico más leve, aunque igualmente relevante desde una perspectiva preventiva. Los hallazgos subrayan la importancia de no subestimar la sintomatología en ningún nivel, independiente de su gravedad aparente.

Con base en los resultados obtenidos, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en los adolescentes. La aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) permitió identificar que, en el curso de quinto de secundaria, las mujeres presentan mayores niveles de depresión severa en comparación con los varones. Los hallazgos resultan clave para el diseño de intervenciones psicológicas diferenciadas, que atiendan con especial énfasis los factores de riesgo emocionales y contextuales presentes en este grupo etario.

Tabla 22.

Nivel de depresión por género de los estudiantes de 6° de secundaria

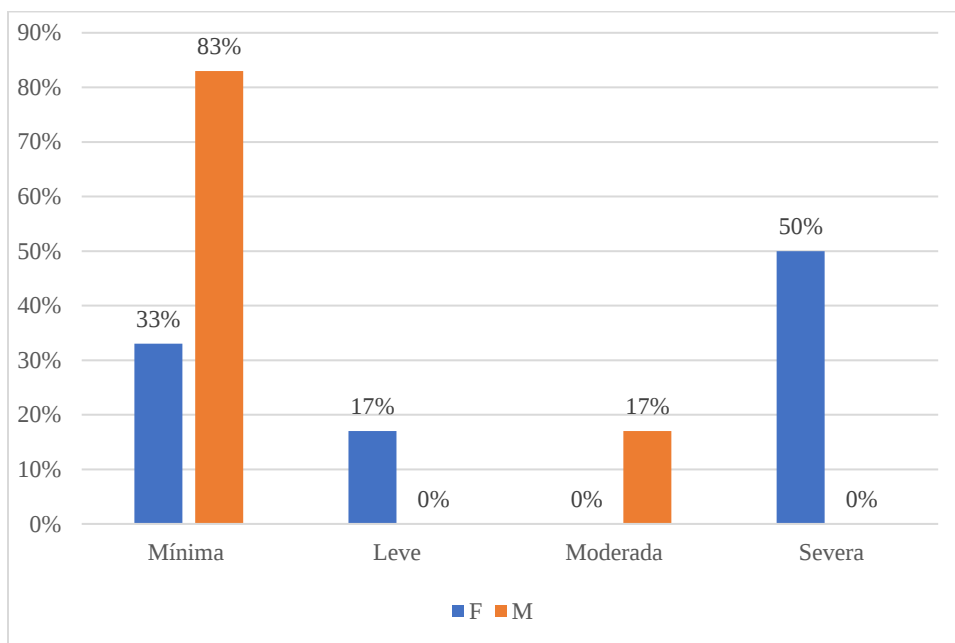
6° sec.	Género			
	F		M	
	FR	%	FR	%
Mínima	2	33 %	5	83 %
Leve	1	17 %	-	-
Moderada	-	-	1	17 %
Severa	3	50 %	-	-
Total	6	100%	6	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) a estudiantes de sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 18.

Nivel de depresión por género del 6° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de sexto de secundaria se observan diferencias marcadas en los niveles de depresión entre varones y mujeres. En el grupo femenino, el 50 % de las estudiantes presenta un nivel de depresión severa, el 17 % depresión leve y no se registran casos en los niveles de depresión mínima o moderada. En contraste, en el grupo masculino, el 83 % presenta depresión moderada y el 17 % depresión mínima, sin casos reportados en las categorías leve o severa. Estos datos evidencian una mayor carga emocional negativa en las mujeres al finalizar el nivel secundario. El elevado porcentaje de depresión severa en el género femenino sugiere una vulnerabilidad psicológica significativa, posiblemente asociada a factores como la presión académica, el estrés vinculado a la toma de decisiones sobre el futuro, una menor percepción de apoyo emocional, así como a características propias del momento evolutivo. La ausencia de niveles severos en los varones no implica la inexistencia de malestar, pero sí sugiere una sintomatología menos grave dentro de este grupo etario.

Este perfil diferencial refuerza la necesidad de intervenciones psicológicas urgentes y focalizadas, particularmente dirigidas a las estudiantes mujeres de este curso, quienes podrían estar atravesando una etapa de mayor desgaste emocional. A su vez, se destaca la importancia de mantener estrategias preventivas también en el grupo masculino, con el fin de evitar que los síntomas progresen a niveles más críticos.

Se confirma así el cumplimiento del objetivo específico de evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en los adolescentes. La aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) permitió identificar niveles preocupantes de depresión severa en el grupo femenino del sexto curso de secundaria, lo cual subraya la necesidad de diseñar estrategias de intervención psicológica que consideren tanto las diferencias de género como las particularidades del momento evolutivo y académico de los estudiantes.

Tabla 23.

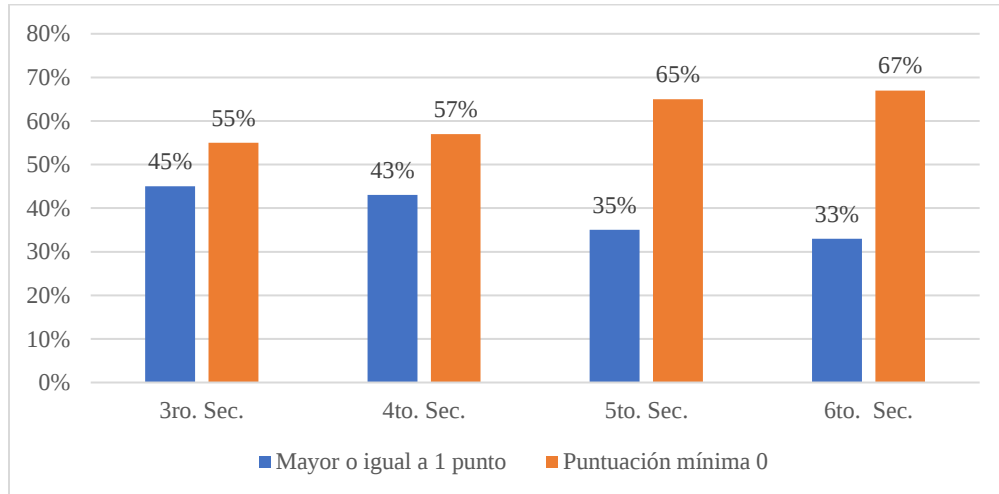
Nivel de intención suicida por nivel de cursos de los estudiantes

NIVEL DE CURSO								
Niveles	3° sec.		4° sec.		5° sec.		6° sec.	
	FR	%	FR	%	FR.	%	FR.	%
Mayor o igual a 1 punto	13	45 %	6	43 %	7	35%	4	33 %
Puntuación mínima 0	16	55 %	8	57 %	13	65 %	8	67 %
TOTAL	29	100 %	14	100 %	20	100%	12	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Los niveles de intención suicida fueron clasificados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento. **Fuente.** Elaboración propia.

Figura 19.

Nivel de intención suicida por cursos de los estudiantes



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) evidencian que el 45 % del total de estudiantes evaluados obtuvo una puntuación igual o superior a 1, lo que indica la presencia de ideación suicida. Este hallazgo corresponde a 30 de los 75 estudiantes evaluados.

Al analizar la distribución de la ideación suicida por curso, se observa la presencia de ideación suicida:

- ✓ **Tercero de secundaria:** 45 % (n = 13)
- ✓ **Cuarto de secundaria:** 43 % (n = 6).
- ✓ **Quinto de secundaria:** 35 % (n = 7).
- ✓ **Sexto de secundaria:** 33 % (n = 4).

Por otro lado, los estudiantes que obtuvieron una puntuación mínima (0 puntos), es decir, sin indicios de ideación suicida, se distribuyen de la siguiente manera:

- ✓ **Tercero de secundaria:** 55 % (n = 16).
- ✓ **Cuarto de secundaria:** 57 % (n = 8).
- ✓ **Quinto de secundaria:** 65 % (n = 13).
- ✓ **Sexto de secundaria:** 67 % (n = 8).

Estos resultados evidencian una tendencia decreciente en la prevalencia de ideación suicida conforme se avanza en el nivel educativo. El porcentaje más alto se presenta en tercero de secundaria (45 %), y el más bajo en sexto (33 %). Esta disminución podría estar relacionada con el desarrollo progresivo de habilidades de afrontamiento, una mayor madurez emocional o una adaptación gradual a las demandas escolares, familiares y sociales.

No obstante, la presencia sostenida de ideación suicida en todos los cursos de secundaria constituye un hallazgo preocupante. Esto subraya la necesidad de intervenciones preventivas transversales, con énfasis en la detección temprana, la promoción de la salud mental y el fortalecimiento de factores protectores, como la autoestima, el apoyo emocional y el manejo del estrés.

En este contexto, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de cuantificar y evaluar la intención suicida en los adolescentes, mediante la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

La identificación de un 40 % de estudiantes con ideación suicida refuerza la urgencia de implementar programas institucionales de prevención del suicidio, diseñados de forma sensible al momento evolutivo, emocional y académico de los estudiantes.

Tabla 24.

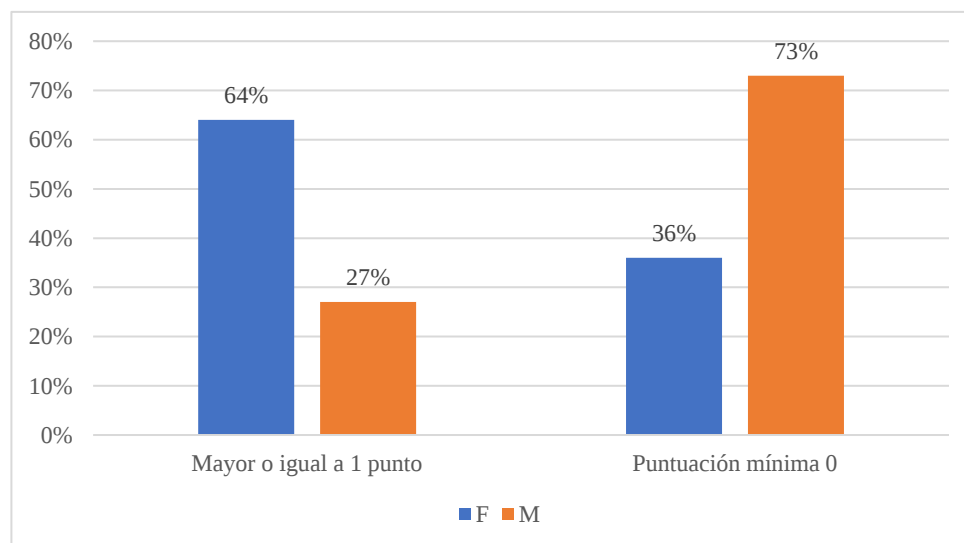
Nivel de intención suicida por género de los estudiantes de 3° de secundaria

3° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mayor o igual a 1 punto	9	64 %	4	27 %
Puntuación mínima 0	5	36%	11	73 %
TOTAL	14	100%	15	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Los niveles de intención suicida fueron clasificados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento. **Fuente.** Elaboración propia.

Figura 20.

Nivel de intención suicida por género de 3° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados muestran que el 64 % del género femenino en el curso de tercero de secundaria presenta ideación suicida, en comparación con un 27 % del género masculino, lo que refleja una diferencia considerable entre ambos grupos. En contraste, el 36 % de las mujeres y el 73 % de los varones no presentan ideación suicida, de acuerdo con los criterios establecidos por la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS).

Los datos sugieren una mayor vulnerabilidad emocional y psicológica en las adolescentes en comparación con sus pares varones en este curso. Durante las etapas iniciales de la adolescencia, es común que las mujeres experimenten con mayor intensidad sintomatología relacionada con la depresión, la baja autoestima y la desesperanza, factores que se han identificado como contribuyentes significativos a la ideación suicida.

Este hallazgo es consistente con diversos estudios que destacan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes mujeres, especialmente en contextos de alta exigencia académica, presión social y cambios emocionales propios de esta etapa del desarrollo.

Se confirma el cumplimiento del objetivo específico de cuantificar y evaluar la intención suicida desglosada por género, permitiendo una interpretación más detallada y contextualizada de los riesgos presentes. La diferencia entre el género femenino y masculino en tercero de secundaria permite establecer líneas de intervención más específicas, orientadas a fortalecer el acompañamiento emocional y psicológico de las adolescentes, quienes presentan mayor riesgo de ideación suicida según los datos analizados.

Tabla 25.

Nivel de intención suicida por género de los estudiantes de 4° de secundaria

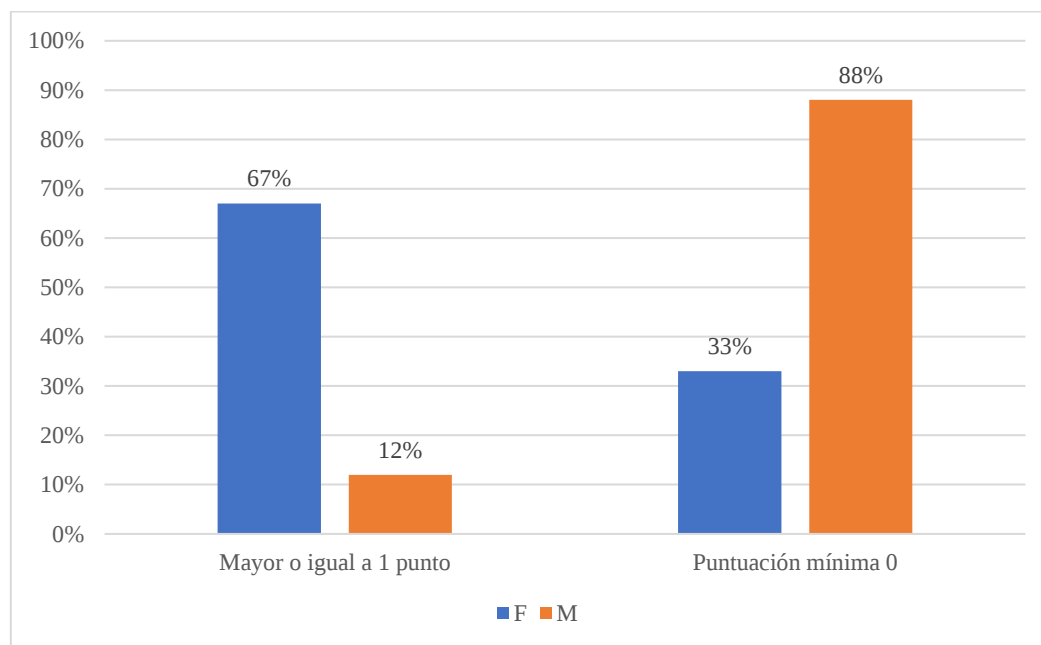
4° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mayor o igual a 1 punto	4	67 %	1	12 %
Puntuación mínima 0	2	33%	7	88%
TOTAL	6	100%	8	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de cuarto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Los niveles de intención suicida fueron clasificados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 21.

Nivel de intención suicida por género de los estudiantes de 4° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de cuarto de secundaria, los resultados obtenidos mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) muestran que el 67 % de las estudiantes del género femenino obtuvo una puntuación igual o superior a 1, lo que indica la presencia de ideación suicida. En contraste, solo el 12 % de los varones alcanzó dicho umbral. El 33 % de las mujeres y el 88 % de los varones presentan una puntuación mínima (0), lo que sugiere la ausencia de ideación suicida en estos casos.

Estos resultados evidencian una clara brecha de género en cuanto a la presencia de pensamientos suicidas, siendo significativamente más alta en el grupo femenino. Este patrón refuerza lo observado en niveles educativos anteriores, confirmando que el género femenino es más propenso a presentar ideación suicida.

Las diferencias pueden estar influenciadas por factores emocionales, sociales y culturales que afectan de manera distinta la salud mental de cada género, tales como relaciones interpersonales conflictivas, presión social, desigual acceso a redes de apoyo emocional o dificultades para desarrollar mecanismos de afrontamiento efectivos.

Con base a los hallazgos, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de cuantificar y evaluar la intención suicida por género en el curso de cuarto de secundaria. Los resultados obtenidos permiten justificar la necesidad de intervenciones focalizadas en el fortalecimiento de la salud mental de las adolescentes, así como la provisión de apoyo psicológico oportuno, sensible a las diferencias de género y a las particularidades del desarrollo emocional en esta etapa educativa.

Tabla 26.

Nivel de intención suicida por género de los estudiantes

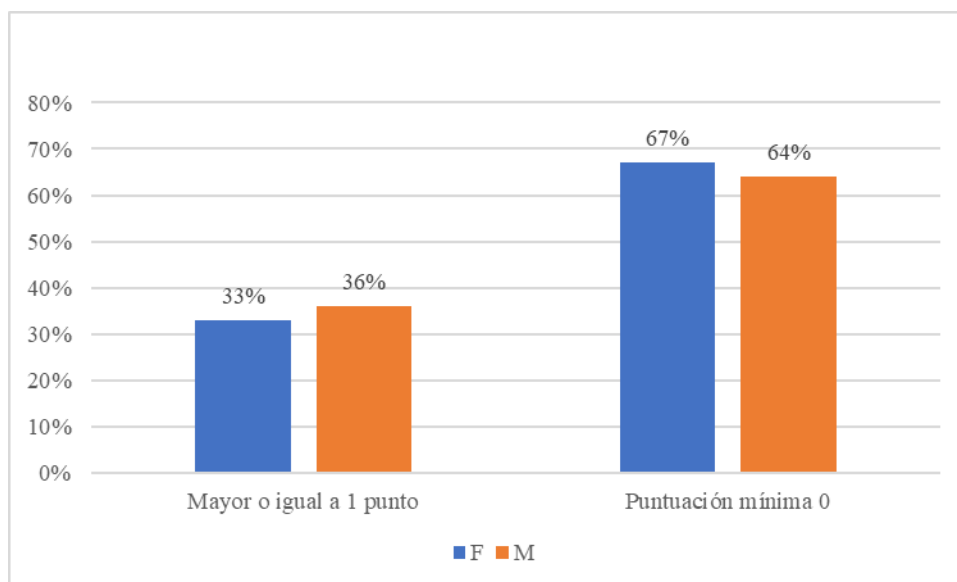
5° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mayor o igual a 1 punto	3	33 %	4	36 %
Puntuación mínima 0	6	67 %	7	64%
TOTAL	9	100%	11	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de quinto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Los niveles de intención suicida fueron clasificados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 22.

Nivel de intención de suicida de 5° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de quinto de secundaria, los resultados revelan que tanto el género femenino como el masculino presentan niveles similares de ideación suicida. De acuerdo con la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS), el 33 % de las mujeres y el 36 % de los varones obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 1, lo que indica la presencia de pensamientos o intentos suicidas. En contraste, el 67 % de las mujeres y el 64 % de los varones registraron puntuaciones mínimas (0), reflejando la ausencia de ideación suicida o intentos de suicidio.

A diferencia de otros niveles educativos analizados, la distribución por género en cuanto a la ideación suicida en quinto de secundaria es relativamente equilibrada, sin diferencias marcadas entre varones y mujeres. Este resultado sugiere que, en esta etapa específica del ciclo escolar, los factores de riesgo y protección emocional podrían estar incidiendo de manera similar en ambos géneros.

Es posible que variables como la carga académica, las expectativas personales y familiares, así como la presión vinculada a decisiones sobre el futuro académico o laboral, estén generando un impacto emocional comparable entre adolescentes de ambos géneros. La similitud en los niveles de ideación suicida resalta la importancia de diseñar estrategias preventivas universales, dirigidas a toda la población estudiantil, sin limitarse a intervenciones basadas únicamente en el género.

Con base a los resultados, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de cuantificar y evaluar la intención suicida en los estudiantes de quinto de secundaria. Los hallazgos permiten identificar una tendencia equiparable entre ambos géneros, lo que refuerza la necesidad de acciones de prevención e intervención psicoeducativa inclusivas, que contemplen las vulnerabilidades emocionales presentes en todos los adolescentes, sin distinción de género.

Tabla 27.

Nivel de intención suicida por género de los estudiantes de 6° de secundaria

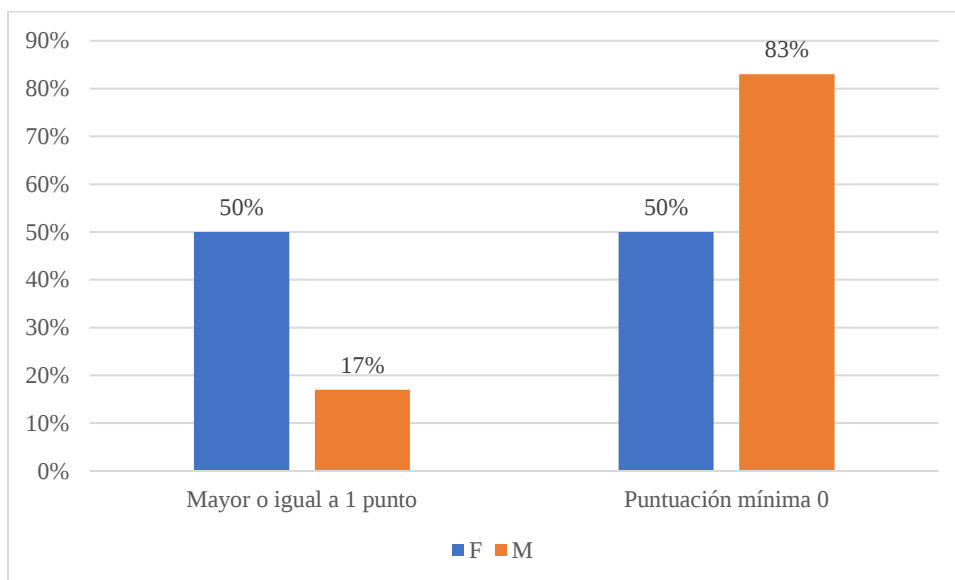
6° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Mayor o igual a 1 punto	3	50 %	1	17%
Puntuación mínima 0	3	50 %	5	83 %
TOTAL	6	100%	6	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro. Los niveles de intención suicida fueron clasificados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 23.

Nivel de intención suicida de 6° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

En el curso de sexto de secundaria, los resultados obtenidos mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS), muestran que el 50 % del género femenino presenta una puntuación igual o superior a 1, lo cual indica la presencia de ideación suicida o intento de suicidio. Sin embargo, el 17 % del género masculino alcanza ese umbral, mientras que el 83 % de los varones obtuvo una puntuación mínima (0), lo que refleja la ausencia de ideación suicida. El 50 % restante de las mujeres también obtuvo una puntuación mínima, evidenciando una distribución equitativa dentro del grupo femenino. Este resultado pone de manifiesto una diferencia significativa por género en este nivel educativo, donde las adolescentes mujeres presentan un mayor riesgo de ideación suicida en comparación con sus pares varones. Este hallazgo podría estar relacionado con una mayor carga emocional percibida, expectativas autoimpuestas, ansiedad anticipatoria y una posible falta de contención emocional por parte del entorno familiar o escolar.

La cercanía al egreso escolar y la necesidad de tomar decisiones académicas o vocacionales importantes pueden generar un nivel elevado de estrés, especialmente en el grupo femenino, afectando su estabilidad emocional en una etapa crítica del desarrollo. Con base en estos resultados, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de cuantificar y evaluar la intención suicida en estudiantes de sexto de secundaria. La identificación de un elevado nivel de ideación suicida en el género femenino resalta la necesidad de diseñar estrategias de intervención con enfoque diferencial de género, que promuevan el fortalecimiento emocional de las adolescentes en el último año de formación escolar, y que atiendan las particularidades psicosociales que enfrentan en esta etapa de transición.

Tabla 28.

Nivel de riesgo suicida por nivel de curso de los estudiantes

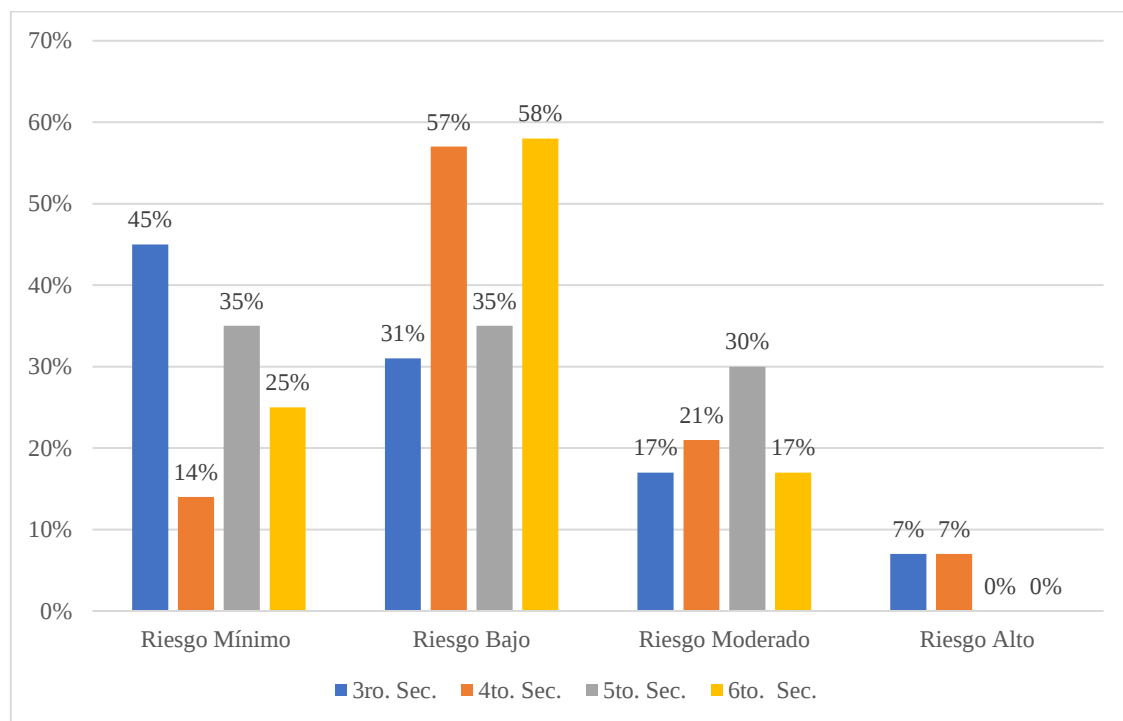
Nivel de Curso								
Niveles	3° sec.		4° sec.		5° sec.		6° sec.	
	FR	%	FR	%	FR.	%	FR.	%
Riesgo Mínimo	13	45 %	2	14 %	7	35 %	3	25 %
Riesgo Bajo	9	31 %	8	57 %	7	35 %	7	58 %
Riesgo Moderado	5	17 %	3	21 %	6	30%	2	17 %
Riesgo Alto	2	7 %	1	7 %	-	-	-	-
TOTAL	29	100%	14	100 %	20	100%	12	100%

Nota. Los datos corresponden a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 24.

Nivel de riesgo suicida por nivel de curso de los estudiantes



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados presentados en la Tabla 28 indican que el nivel de riesgo suicida varía según el curso escolar de los estudiantes evaluados mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS). En tercero de secundaria, el 45 % de los estudiantes presenta un riesgo mínimo, seguido por un 31 % con riesgo bajo, un 17 % con riesgo moderado y un 7 % con riesgo alto. En cuarto de secundaria, el 14 % de los estudiantes presenta riesgo mínimo, el 57 % riesgo bajo, el 21 % riesgo moderado y el 7 % riesgo alto. Por otro lado, en quinto de secundaria, el 35 % presenta tanto riesgo mínimo como riesgo bajo, mientras que el 30 % presenta riesgo moderado, y no se reportan casos de riesgo alto. Finalmente, en sexto de secundaria, el 25 % presenta riesgo mínimo, el 58 % riesgo bajo y el 17 % riesgo moderado, sin presencia de riesgo alto.

Estos datos reflejan una disminución del riesgo alto en los cursos superiores, así como una prevalencia del riesgo bajo en cuarto y sexto de secundaria. La distribución sugiere que los estudiantes de cuarto de secundaria presentan una mayor proporción de riesgo bajo, posiblemente relacionado con las presiones académicas, sociales y personales propios de esa etapa escolar, caracterizada por una transición en las exigencias curriculares y emocionales.

La ausencia de riesgo alto en quinto y sexto de secundaria podría estar asociada con una mejor adaptación emocional, una mayor madurez psicológica o el desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas. No obstante, la presencia de riesgo moderado en todos los niveles académicos indica que existe una vulnerabilidad latente en la población estudiantil, lo que subraya la urgente necesidad de intervenciones preventivas continuas y sostenidas. En este sentido, se cumple el objetivo específico de detectar el nivel de riesgo suicida en adolescentes de secundaria, permitiendo identificar variaciones relevantes según el curso escolar. Esta información es fundamental para el diseño de estrategias de prevención e intervención psicológica diferenciadas, ajustadas a las necesidades particulares de cada grupo educativo, con el fin de promover el bienestar emocional y reducir los factores de riesgo asociados al suicidio.

Tabla 29.

Nivel de riesgo suicida por género de los estudiantes de 3° de secundaria

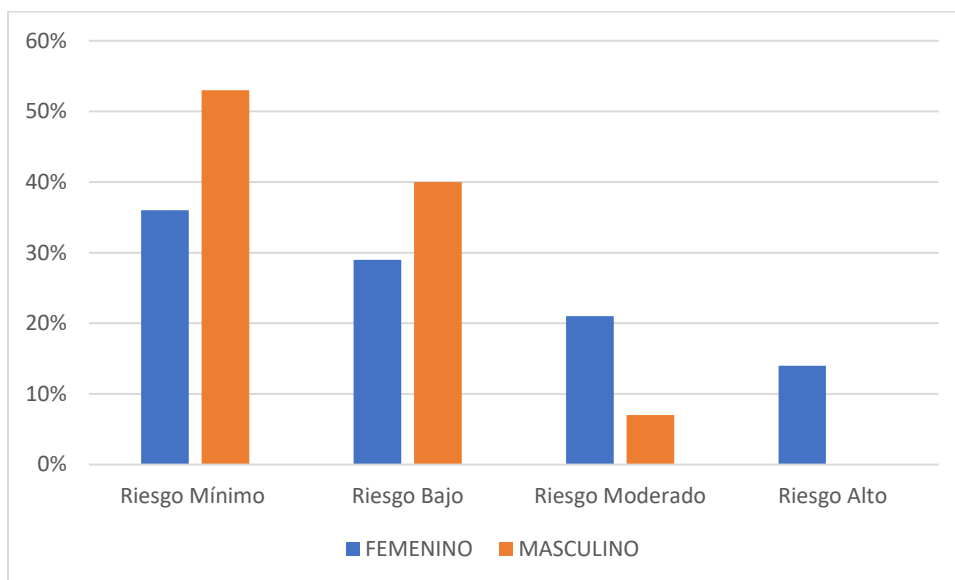
3° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Riesgo Mínimo	5	36 %	8	53 %
Riesgo Bajo	4	29 %	6	40 %
Riesgo Moderado	3	21 %	1	7 %
Riesgo Alto	2	14 %	-	-
TOTAL	14	100%	15	100%

Nota. Los datos expresan frecuencias y porcentajes obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de tercero de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 25.

Nivel de riesgo suicida por género de 3° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados presentados en la Tabla 29 muestran diferencias significativas en los niveles de riesgo suicida entre hombres y mujeres del curso de tercero de secundaria, según la evaluación realizada con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

En el género femenino, el 36 % de las estudiantes presenta riesgo mínimo, el 29 % riesgo bajo, el 21 % riesgo moderado y el 14 % riesgo alto. En contraste, los varones presentan un 53 % en riesgo mínimo, un 40 % en riesgo bajo, solo un 7 % en riesgo moderado, no se reportan casos en el nivel de riesgo alto.

Los resultados evidencian una mayor vulnerabilidad emocional en el grupo femenino, dado que presentan una mayor proporción de casos en los niveles moderado y alto, en comparación con sus pares masculinos, este patrón concuerda con estudios previos que señalan que las adolescentes tienden a experimentar emociones más intensas, sentimientos de desesperanza y pensamientos negativos con mayor frecuencia que los varones.

Esta diferencia puede atribuirse a factores psicosociales y culturales que influyen de manera diferenciada en cada género, tales como las expectativas sociales, las habilidades de manejo emocional, el autoconcepto y las dinámicas familiares. Las mujeres, en esta etapa del desarrollo, pueden estar expuestas a presiones sociales y personales que afectan de forma más intensa su estabilidad emocional.

Con base en los datos recolectados, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de detectar el riesgo suicida en los adolescentes, a través de la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck. La desagregación de los resultados por género ha permitido identificar diferencias relevantes en los niveles de riesgo, lo cual constituye una información esencial para el diseño de estrategias de intervención con enfoque de género, orientadas a atender de manera diferenciada y sensible las necesidades emocionales tanto de los adolescentes varones como de las mujeres.

Tabla 30.

Nivel de riesgo suicida por género de los estudiantes de 4° de secundaria

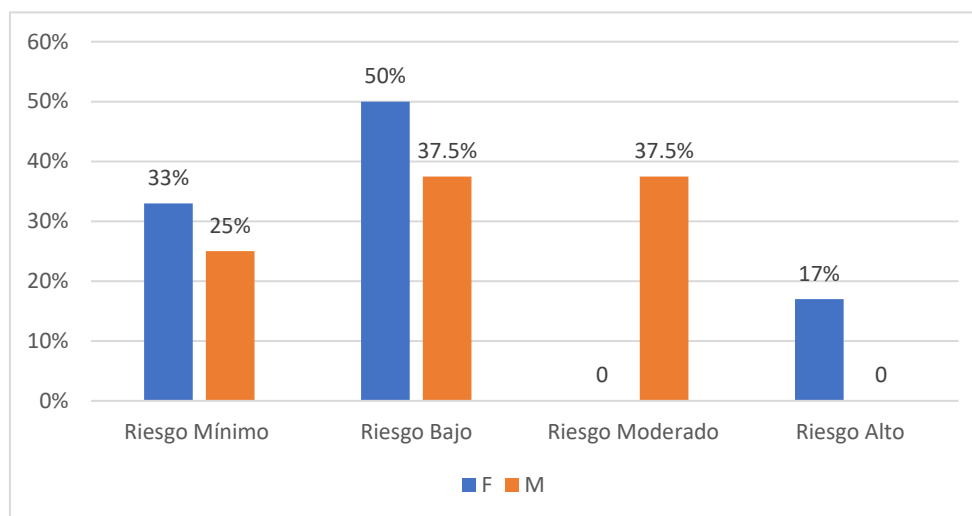
4° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Riesgo Mínimo	2	33 %	2	25 %
Riesgo Bajo	3	50 %	3	37, 5 %
Riesgo Moderado	-	-	3	37, 5%
Riesgo Alto	1	17%	-	-
TOTAL	6	100%	8	100%

Nota. Los datos expresan frecuencias y porcentajes obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de cuarto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 26.

Nivel de riesgo suicida por género de 4° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados presentados en la Tabla 30 indican diferencias notables en el nivel de riesgo suicida según el género entre los estudiantes de cuarto de secundaria, evaluados mediante la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). En el género femenino, el 50 % de las estudiantes presenta riesgo bajo, el 33 % riesgo mínimo y el 17 % riesgo alto. En contraste, en el género masculino, el 37,5 % de los estudiantes se encuentra tanto en riesgo bajo como en riesgo moderado, y el 25 % presenta riesgo mínimo, sin registrarse casos de riesgo alto.

Sugiere una situación diferenciada entre ambos géneros. Las mujeres presentan una mayor concentración en los extremos del espectro de riesgo, lo que puede reflejar una mayor fluctuación emocional o sensibilidad frente a factores estresores. En cambio, los varones evidencian una distribución más homogénea, con proporciones similares en los niveles bajo y moderado, lo cual podría interpretarse como una respuesta emocional más estable ante los desafíos propios de esta etapa escolar. Las diferencias pueden estar relacionadas con factores socioculturales, familiares o escolares que inciden de manera distinta en el bienestar emocional de varones y mujeres. En el caso de las adolescentes, es posible que factores como las expectativas sociales, el autoconcepto corporal, la presión académica o las relaciones interpersonales impacten más en su percepción de desesperanza y riesgo suicida.

Con base en los datos obtenidos, se confirma el cumplimiento del objetivo específico de detectar el riesgo suicida en adolescentes mediante la Escala de Desesperanza de Beck. La identificación de distintos niveles de riesgo desagregados por género proporciona información clave para diseñar intervenciones preventivas con enfoque diferenciado, capaces de atender las particularidades emocionales de varones y mujeres en esta etapa educativa.

Tabla 31.

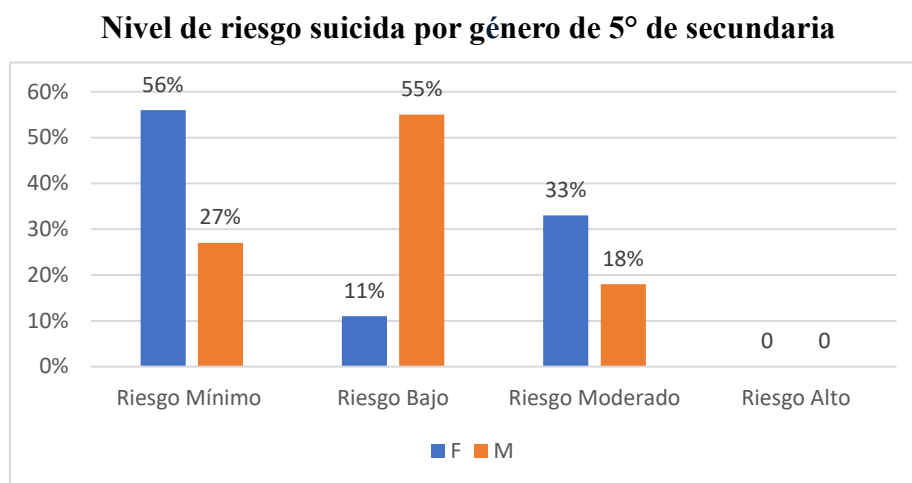
Nivel de riesgo suicida por género de los estudiantes

5° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Riesgo Mínimo	5	56 %	3	27 %
Riesgo Bajo	1	11 %	6	55 %
Riesgo Moderado	3	33 %	2	18%

Nota. Los datos expresan frecuencias y porcentajes obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de quinto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género.

Fuente. Elaboración propia.

Figura 27.



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados presentados en la Tabla 31 evidencian diferencias importantes en los niveles de riesgo suicida entre mujeres y varones del curso de quinto de secundaria, evaluados a través de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). En el caso del género femenino, el 56 % de las estudiantes presenta un riesgo mínimo, el 33 % se encuentra en riesgo moderado, y el 11 % en riesgo bajo. En contraste, entre los varones, el 55 % presenta riesgo bajo, el 27 % se encuentra en riesgo mínimo, y el 18 % en riesgo moderado. Cabe resaltar que no se reportan casos de riesgo alto en ninguno de los dos géneros, estos datos reflejan un patrón diferenciado entre hombres y mujeres respecto a la percepción del riesgo suicida. Mientras que en las mujeres predomina el riesgo mínimo, en los varones se observa una mayor concentración en el riesgo bajo, lo cual podría sugerir que las adolescentes emplean estrategias de afrontamiento más efectivas o presentan una percepción más optimista del futuro, al menos desde la dimensión evaluada por la escala. Por el contrario, los varones podrían estar experimentando un malestar psicológico menos expresado emocionalmente, posiblemente influenciado por estereotipos de género que limitan la manifestación abierta de sus emociones, lo que derivaría en niveles más altos de desesperanza.

Con base en estos hallazgos, se puede afirmar que se ha cumplido el cuarto objetivo específico de la investigación, consistente en detectar el riesgo suicida mediante la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck. La diferenciación del nivel de riesgo por género permite identificar matices relevantes en la salud emocional de los adolescentes, y respalda la necesidad de implementar intervenciones psicoeducativas diferenciadas por género, que consideren las diversas formas en que varones y mujeres experimentan, interpretan y gestionan la desesperanza y el riesgo suicida en el contexto escolar.

Tabla 32.

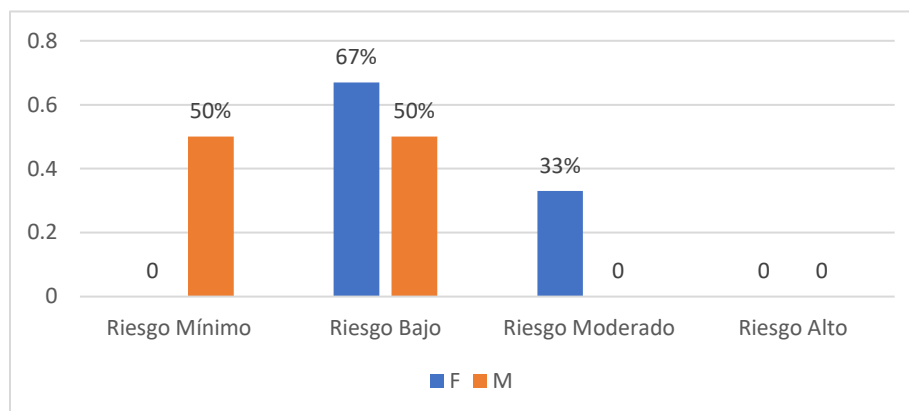
Nivel de riesgo suicida por género de los estudiantes de 6° de secundaria

6° sec.	Género			
Niveles	F		M	
	FR	%	FR	%
Riesgo Mínimo	-	-	3	50 %
Riesgo Bajo	4	67 %	3	50 %
Riesgo Moderado	2	33%	-	-
Riesgo Alto	-	-	-	-
TOTAL	6	100%	6	100%

Nota. Los datos expresan frecuencias y porcentajes obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (BSS) a estudiantes de quinto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, diferenciados por género. **Fuente.** Elaboración propia.

Figura 28.

Nivel de riesgo suicida por género de 6° de secundaria



Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el estudio.

De acuerdo con los datos reflejados en la tabla 32, los estudiantes del curso de sexto de secundaria presentan el 67% de riesgo suicida bajo, el 33% presenta riesgo moderado, en este caso no se presentan casos con riesgo mínimo, ni alto. En el género masculino el 50% presenta riesgo mínimo, mientras que el 50% presenta riesgo bajo, sin presencia de casos en los niveles moderado o alto. La distribución del riesgo suicida por género en el curso de quinto de secundaria revela que los estudiantes presentan niveles de desesperanza más elevados en comparación con sus compañeros varones, este dato es relevante si se considera que la desesperanza es uno de los principales predictores de ideación suicida y su presencia en niveles moderados, especialmente en el género femenino, podría estar asociada a factores como la presión académica la inseguridad emocional o cambios relacionados con la identidad personal. En contraste, la mitad de los varones mantiene un riesgo mínimo, lo que puede reflejar una percepción menos negativa del futuro o una mejor capacidad de afrontamiento emocional. el análisis de los datos permite confirmar el cumplimiento del cuarto objetivo específico, que consistía en detectar el riesgo suicida mediante la Escala de Desesperanza de Beck, este instrumento ha permitido evidenciar diferencias significativas por el género, destacando la necesidad de diseñar estrategias de intervención específicas que aborden los factores de desesperanza particularmente en los estudiantes, con el objetivo de prevenir la progresión hacia niveles más altos de riesgo suicida.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo tiene como propósito sintetizar los hallazgos más relevantes de la investigación a través de conclusiones claras y fundamentadas, así como proponer recomendaciones orientadas a la prevención e intervención temprana del riesgo suicida en el contexto educativo, familiar e institucional, desde una perspectiva psicológica y social. Las propuestas formuladas buscan ser un aporte práctico y teórico que favorezca el diseño de estrategias de atención integral a la salud mental adolescente.

6.1 CONCLUSIONES

- ✓ **Primer objetivo específico.** Evaluar el nivel de depresión en los adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Los resultados obtenidos permiten afirmar con claridad que los adolescentes de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro” presentan, en su mayoría, un nivel moderado de sintomatología depresiva. Esta condición, evaluada a través de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), evidencia la presencia de un malestar emocional significativo, pero no completamente incapacitante, afecta de manera notoria el estado anímico, la percepción de sí mismos y el desenvolvimiento cotidiano de los estudiantes.

La depresión moderada en adolescentes puede manifestarse mediante sentimientos persistentes de tristeza, desmotivación, inseguridad personal y dificultades para afrontar las exigencias escolares y sociales. Estos síntomas, aunque muchas veces invisibilizados o atribuidos a cambios propios de la edad, configuran un cuadro clínico que requiere atención, ya que puede escalar hacia una depresión más grave si no se interviene oportunamente. Beck, et al, (1996).

- ✓ **Segundo objetivo específico.** Identificar el nivel de autoestima de los estudiantes de tercero a sexto de secundaria de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg permiten afirmar que los adolescentes de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro”, presentan, de forma predominante, niveles bajos de autoestima.

Dicha condición se manifiesta en una autopercepción negativa, baja valoración personal, dificultades para reconocer sus propias capacidades, cualidades, lo que puede afectar el bienestar emocional y la adaptación social de los estudiantes.

Según Rosenberg (1965), la autoestima se define como la actitud global que tiene una persona hacia sí misma, expresada en términos de aceptación o rechazo. En los casos de baja autoestima, esta actitud se caracteriza por la falta de confianza en uno mismo, sentimientos de inutilidad, y una marcada tendencia a la autocrítica. Estos indicadores fueron evidentes en la mayoría de los adolescentes evaluados, lo cual sugiere un estado emocional vulnerable que puede repercutir en diversas áreas de su vida, como el rendimiento académico, la interacción social y la estabilidad emocional.

- ✓ **Tercer objetivo específico.** Cuantificar la intención suicida la ideación suicida en los adolescentes de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SSI) permiten afirmar que una proporción significativa de adolescentes presenta un grado clínicamente relevante de ideación suicida.

Lo cual refleja una problemática emocional de fondo que no puede ser ignorada en el entorno escolar, los resultados evidencian que un determinado grupo de estudiantes manifestó pensamientos relacionados con la muerte, la inutilidad de la vida o el deseo de desaparecer, lo cual presenta una intención suicida con distintos niveles de estructuración. Desarrollaron esta escala con el objetivo de evaluar la severidad de la ideación suicida en función de indicadores como la frecuencia del pensamiento, el deseo de morir, la planificación del acto y la percepción de control. Según los autores, cualquier puntuación mayor a cero debe ser considerada clínicamente relevante, la ideación suicida, incluso en sus formas más iniciales, puede escalar rápidamente en momentos de crisis si no es detectada y atendida a tiempo. En función a los resultados, se concluye que existe una presencia real y preocupante de pensamientos suicidas entre los adolescentes evaluados.

- ✓ **Cuarto objetivo específico.** Detectar el riesgo suicida en la población adolescente de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

A partir de la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), se concluye que los adolescentes de la Unidad Educativa “Eduardo Orozco Alfaro” presentan en su mayoría un nivel bajo de riesgo suicida, lo que indica que, si bien existe la presencia de pensamientos negativos sobre el futuro, no alcanzan, una intensidad severa. Sin embargo, este hallazgo no debe ser interpretado como una ausencia de riesgo, tomando en cuenta que la desesperanza, incluso en niveles bajos, constituye un indicador psicológico significativo que puede evolucionar hacia un estado más agravante si no es abordado a tiempo.

Según Beck, et al, (1974), la desesperanza se define como una visión negativa persistente del futuro y la percepción de falta de control sobre los acontecimientos, dicha condición se ha identificado como un predictor sólido de la conducta suicida, incluso más que la depresión, debido a su relación directa con la pérdida de motivación y la ausencia de expectativas positivas. De hecho, Beck et al. (1985) demostraron que altos niveles de desesperanza están fuertemente asociados con intentos suicidas consumados, lo que refuerza la necesidad de atender este indicador incluso en sus fases iniciales. Por tanto, se concluye que el riesgo suicida, aunque bajo en términos cuantitativos dentro de la muestra estudiada, requiere una atención constante desde una perspectiva preventiva.

✓ **Objetivo general. -**

- **Relación significativa entre depresión y la ideación suicida:** El análisis estadístico permitió evidenciar una correlación positiva entre los niveles de depresión y la ideación suicida en los adolescentes evaluados. Aquellos estudiantes que presentaron puntuaciones moderadas o severas en la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) mostraron una mayor frecuencia de pensamientos suicidas. Este hallazgo respalda la premisa de que la depresión constituye un factor de riesgo crítico y clínicamente relevante en la aparición de ideación suicida durante la adolescencia.
- **Influencia de la autoestima en la conducta suicida:** Los datos obtenidos a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg reflejan que los adolescentes con puntuaciones bajas en autoestima son más propensos a presentar ideación suicida. La escasa autovaloración se vincula con mayor

vulnerabilidad emocional ante situaciones estresantes o conflictos personales, lo que incrementa la probabilidad de pensamientos autodestructivos.

Por el contrario, una autoestima elevada parece actuar como factor protector frente al riesgo suicida.

- **Desesperanza como predictor de riesgo suicida:** La aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck reveló que una proporción considerable de estudiantes presentó actitudes negativas persistentes hacia el futuro. Estos pensamientos se relacionan directamente con mayores niveles de ideación suicida. La desesperanza, en este contexto, actúa como un elemento mediador entre la depresión y el suicidio, facilitando la intensificación del malestar psicológico y la cronificación de los síntomas emocionales.
- **Necesidad de intervención contextualizada:** El análisis global de los resultados indica que la ideación suicida en adolescentes no es explicada únicamente por una variable aislada, sino que es producto de la interacción de múltiples factores emocionales, familiares, escolares y sociales. Por ello, se destaca la necesidad de desarrollar estrategias de prevención e intervención adaptadas al contexto educativo y comunitario, con un enfoque multidisciplinario, que atienda las particularidades psicosociales de esta población vulnerable.

Respondiendo a las hipótesis planteadas.

Hipótesis 1. Los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro presentan un nivel de depresión moderado.

Los resultados obtenidos mediante la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) confirmaron que el nivel de depresión predominante entre los adolescentes evaluados es moderado, lo cual concuerda con la hipótesis planteada.

La mayoría de los estudiantes manifestó síntomas emocionales, conductuales asociados a este nivel, como desánimo, pérdida de interés, dificultad de concentración y cambios en la interacción social. De acuerdo con Beck, et al, (1996), este nivel refleja una

afectación significativa del estado de ánimo, aunque no llega a la incapacidad total, requiere atención clínica oportuna para evitar su progresión.

Hipótesis 2. Los estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro, presentan un nivel bajo de autoestima.

Los resultados indicaron que la mayoría de los adolescentes evaluados presenta autoestima baja, de acuerdo con la Escala de Autoestima de Rosenberg, respalda la hipótesis inicial, puesto que estudiantes con menor autovaloración expresaron mayor inseguridad, autocrítica excesiva y una percepción negativa de sí mismos. Según Rosenberg (1965), una baja autoestima está directamente asociada con dificultades de adaptación social, bajo rendimiento y mayor susceptibilidad a trastornos emocionales, como la depresión o la ideación suicida.

Hipótesis 3. Los adolescentes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro presentan un nivel moderado de ideación suicida.

La evaluación mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SSI) reveló que un porcentaje importante de los adolescentes muestra un nivel clínicamente relevante de ideación suicida, lo cual confirma la presencia de una intencionalidad suicida moderada en la muestra. Estos hallazgos coinciden con lo previsto en la hipótesis, quienes presentaron ideación suicida también reflejaron niveles elevados de desesperanza y antecedentes de vulnerabilidad emocional, tal como lo señalan Beck, Kovacs y Weissman (1979).

Hipótesis 4. Los adolescentes de secundaria presentan un nivel bajo de desesperanza de la Unidad Educativa Eduardo Orozco Alfaro.

Los resultados indicaron que el riesgo suicida predominante fue bajo, también se identificaron casos con niveles moderados y altos de desesperanza, lo cual confirma la existencia del factor en la población, pero no en su mayoría. Esto sugiere que, si bien no todos los estudiantes se encuentran en un estado crítico, sí existe un grupo en situación de alerta. Como indican Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), la desesperanza es uno de los predictores más fuertes de conducta suicida, incluso por encima de la depresión.

6.2. RECOMENDACIONES

- **Para la población estudiantil.** - Promover la participación activa de los adolescentes en talleres psicoeducativos centrados en el fortalecimiento de la autoestima, la regulación emocional, el manejo del estrés y la resolución de conflictos. Estos espacios deben estar orientados a fomentar la resiliencia, la autoaceptación y la expresión emocional, como medidas preventivas frente a trastornos emocionales como la depresión, la desesperanza o la ideación suicida, reforzando con la solicitud de asistencia profesional en el área psicológica, fortalecer la relación con los padres de familia.

Incentivar la búsqueda de ayuda psicológica como una acción de valentía emocional, superando estigmas y promoviendo la cultura del autocuidado. Reconocer que pedir ayuda es un signo de fortaleza emocional, especialmente en momentos de crisis, duelo o malestar.

Fomentar redes de apoyo entre pares a través de actividades grupales, tutorías estudiantiles o espacios seguros de diálogo, que permitan compartir experiencias, validar emociones y evitar el aislamiento afectivo, que es uno de los principales factores de riesgo para el suicidio en la adolescencia, mediante el fortalecimiento de la interacción social con amigos.

- **Para el plantel docente.** Implementar programas de capacitación continua para el personal docente y administrativo en salud mental escolar, enfocados en la detección temprana de síntomas depresivos, baja autoestima, ideación suicida y desesperanza. Estas formaciones deben incluir el uso de protocolos de intervención y estrategias básicas de contención emocional (Beck et al., 1985). Fomentar un clima escolar empático, inclusivo y libre de estigmas, donde los estudiantes se sientan valorados, comprendidos y emocionalmente seguros. El vínculo afectivo profesor-alumno es un factor protector clave frente al riesgo emocional.

Establecer una articulación constante con los profesionales en psicología del colegio, a fin de garantizar intervenciones oportunas, interdisciplinarias y centradas en la contención emocional del estudiante.

- **Para los padres de familia.** Promover la participación activa de las familias en talleres de orientación emocional y salud mental, que les permitan desarrollar habilidades de escucha empática, comunicación asertiva y acompañamiento afectivo dentro del hogar. Establecer canales fluidos de comunicación entre las familias y la institución educativa, favoreciendo la detección conjunta de señales de malestar emocional y la acción temprana en casos de riesgo.

Brindar un entorno familiar protector y de contención emocional que pueda mitigar el impacto de las presiones escolares, relacionales o personales en la salud mental del adolescente. La familia es el principal soporte emocional y uno de los factores protectores más importantes frente al suicidio (Beck et al., 1974; OMS, 2018).

- **Para la institución educativa.** Implementar programas institucionales de promoción y prevención en salud mental que integren talleres, actividades lúdico-terapéuticas, y campañas informativas dirigidas a estudiantes, padres y docentes, abordando temáticas como autoestima, depresión, desesperanza, resiliencia y prevención del suicidio.

Establecer protocolos de actuación claros y actualizados para la atención de casos de riesgo emocional o ideación suicida, que se basen en principios éticos, confidenciales y de enfoque interdisciplinario.

Fomentar alianzas con centros de salud, ONG, universidades e instituciones gubernamentales, que fortalezcan la red de apoyo y garanticen la continuidad del cuidado de los adolescentes en riesgo.

Promover investigaciones futuras en distintos contextos geográficos y educativos que permitan ampliar el conocimiento sobre los factores psicosociales implicados en la ideación suicida. Se sugiere incluir variables adicionales como violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, acoso escolar, disfunción familiar y estrés académico, con el fin de desarrollar intervenciones más integrales y contextualizadas.