Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL CONALEP PLANTEL 155 SALINA CRUZ OAXACA

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDE IN ADOLESCENTS FROM THE NATIONAL COLLEGE OF PROFESSIONAL TECHNICAL EDUCATION (CONALEP) CAMPUS 155, SALINA CRUZ, OAXACA

Luz Divina Flores Pinal
Hospital General de Zona Número 2 Dr. Francisco Macin Domínguez, México

Alexandra Michiko Kitazawa Ohtomo
Hospital General de Zona Número 2 Dr. Francisco Macin Domínguez, México

Guillermina Santiago Galvez
Hospital General de Zona Número 2 Dr. Francisco Macin Domínguez, México

Ignacio Lázaro Niño
Hospital General de Zona Número 2 Dr. Francisco Macin Domínguez, México

Alfredo Gonzalez Ayala
Hospital General de Zona Número 2 Dr. Francisco Macin Domínguez, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19846

Factores de Riesgo para Suicidio en Adolescentes del CONALEP Plantel 155 Salina Cruz OAXACA

Luz Divina Flores Pinal[1]
luzflorespinal@gmail.com
https://orcid.org/0009-0001-8495-6864
Hospital General de Zona Número 2
Dr. Francisco Macin Domínguez
Salina Cruz-Oaxaca-México

Alexandra Michiko Kitazawa Ohtomo
alexamich75@gmail.com
https://orcid.org/0009-0007-8994-1403
Hospital General de Zona Número 2
Dr. Francisco Macin Domínguez
Salina Cruz-Oaxaca-México

Guillermina Santiago Galvez
matiasloarca@gmail.com
https://orcid.org/0009-0000-3194-6278
Hospital General de Zona Número 2
Dr. Francisco Macin Domínguez
Salina Cruz-Oaxaca-México

Ignacio Lázaro Niño
ignacholn@gmail.com
https://orcid.org/0009-0003-1800-8473
Hospital General de Zona Número 2
Dr. Francisco Macin Domínguez
Salina Cruz-Oaxaca-México

Alfredo Gonzalez Ayala
edumed01.hgz01375@imss.gob.mx
https://orcid.org/0009-0005-3253-9048
Hospital General de Zona Número 2
Dr. Francisco Macin Domínguez
Salina Cruz-Oaxaca-México

RESUMEN

El suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad en adolescentes a nivel mundial, siendo un problema de salud pública que afecta de manera creciente a esta población vulnerable. En México, las tasas de suicidio en adolescentes han mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, con una prevalencia de 7.9 por cada 100,000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años. La adolescencia, caracterizada por profundos cambios biopsicosociales, representa un periodo de especial vulnerabilidad frente a factores de riesgo como la ansiedad, la depresión, la desesperanza, la impulsividad, el embarazo no planificado, los trastornos de la conducta alimentaria y el bullying escolar o cibernético. El presente estudio tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes del CONALEP Plantel 155 de Salina Cruz, Oaxaca. Se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo con una muestra de 317 estudiantes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Los factores de riesgo fueron evaluados mediante instrumentos psicométricos estandarizados: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y Escala de Salud Mental Positiva de Lluch. Los resultados revelaron una prevalencia significativa de ansiedad y depresión en niveles moderados a graves, así como elevados niveles de desesperanza, especialmente en mujeres. Asimismo, la salud mental positiva se ubicó en su mayoría en un nivel moderado, con escasos casos en el nivel alto. Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar estrategias integrales de prevención y promoción de la salud mental en adolescentes, adaptadas al contexto sociocultural de la región del Istmo de Tehuantepec.

Palabras clave: suicidio, adolescentes, ansiedad, depresión, desesperanza

[1] Autor principal
Correspondencia: luzflorespinal@gmail.com

Risk Factors Associated with Suicide in Adolescents from the National College of Professional Technical Education (CONALEP) Campus 155, Salina Cruz, Oaxaca

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of mortality among adolescents worldwide and represents a growing public health problem in this vulnerable population. In Mexico, adolescent suicide rates have shown a sustained increase in recent decades, with a prevalence of 7.9 per 100,000 inhabitants in the 15–19 age group. Adolescence, characterized by profound biopsychosocial changes, is a period of particular vulnerability to risk factors such as anxiety, depression, hopelessness, impulsivity, unplanned pregnancy, eating disorders, and school or cyberbullying. This study aimed to identify the main risk factors associated with suicide in adolescents from CONALEP Campus 155, Salina Cruz, Oaxaca. A retrospective cross-sectional study was conducted with a sample of 317 students selected through simple random sampling. Risk factors were assessed using standardized psychometric instruments: Beck Anxiety Inventory (BAI), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Lluch's Positive Mental Health Scale. The results revealed a significant prevalence of moderate to severe levels of anxiety and depression, as well as high levels of hopelessness, especially among females. Likewise, most participants reported moderate levels of positive mental health, with very few in the high range. These findings highlight the urgent need to implement comprehensive prevention and mental health promotion strategies for adolescents, tailored to the sociocultural context of the Isthmus of Tehuantepec region.

***Keywords*:** suicide, adolescents, anxiety, depression, hopelessness

Artículo recibido 25 agosto 2025
Aceptado para publicación: 25 setiembre 2025

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad en adolescentes y adultos jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se registran cerca de 800,000 muertes por suicidio, lo que equivale a una tasa global de 10.5 por 100,000 habitantes, situándose como la segunda causa de defunción en personas entre 15 y 29 años. Por cada suicidio consumado, se estima que ocurren al menos 20 intentos, lo que refleja la magnitud del fenómeno y su impacto en la sociedad (OMS, 2023).

En México, las estadísticas muestran un incremento sostenido en las tasas de suicidio, particularmente entre adolescentes y jóvenes. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta que la tasa nacional de suicidio en este grupo poblacional ha alcanzado cifras preocupantes, con una prevalencia de 7.9 por 100,000 habitantes en el rango de 15 a 19 años. La disparidad de género es evidente: los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres reportan más intentos, lo cual exige enfoques diferenciados de prevención y atención (INEGI, 2022).

La adolescencia, entendida como un periodo de transición caracterizado por profundos cambios físicos, emocionales y sociales, es una etapa de particular vulnerabilidad frente a factores de riesgo asociados al suicidio. Entre los más relevantes se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión, la desesperanza, la impulsividad, los conflictos familiares, el embarazo adolescente, los trastornos de la conducta alimentaria y el bullying escolar y cibernético. La literatura científica señala que estos elementos, de manera aislada o en interacción, incrementan significativamente la probabilidad de conductas suicidas en los adolescentes (Beck, 1988; Reynolds, 1987; Lluch, 1999).

La Generación Z, integrada por jóvenes nacidos a partir de 1994, enfrenta además desafíos particulares vinculados al uso intensivo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). La hiperconectividad y la exposición constante a redes sociales se asocian con fenómenos como la ansiedad digital, el ciberacoso y la presión social por alcanzar estándares de éxito y estética, lo que incrementa la sensación de aislamiento y desesperanza. Esta realidad demanda intervenciones contextualizadas que consideren tanto los factores de riesgo tradicionales como las nuevas dinámicas socioemocionales de esta generación (Jasso, 2021).

En este contexto, cobra relevancia el concepto de salud mental positiva, el cual integra dimensiones protectoras como la satisfacción personal, el autocontrol, la autonomía, la actitud prosocial y las habilidades interpersonales. Estas características no solo fortalecen la resiliencia de los adolescentes frente al estrés, sino que también pueden constituirse en factores preventivos ante la ideación y el intento suicida (Lluch, 1999).

A nivel regional, la evidencia es aún más limitada. En el Istmo de Tehuantepec, y particularmente en la ciudad de Salina Cruz, Oaxaca, no existen investigaciones previas que aborden de manera sistemática los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes. Esta falta de datos locales constituye una brecha significativa que limita la posibilidad de implementar programas de prevención y atención adaptados a las condiciones socioculturales de la población.

En este marco, el presente estudio tiene como propósito identificar los principales factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Plantel 155 de Salina Cruz, Oaxaca. La investigación busca aportar evidencia empírica que sirva como base para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud mental dirigidas a una población altamente vulnerable, contribuyendo al fortalecimiento de las políticas de salud pública y a la mejora del bienestar emocional de los adolescentes en la región.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se desarrollará durante un periodo de cuatro meses, comprendido entre agosto y noviembre de 2024. El diseño metodológico corresponde a un estudio transversal de carácter retrospectivo, cuyo propósito es identificar los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes. La población objetivo está conformada por la totalidad de los estudiantes inscritos en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Plantel 155, ubicado en la ciudad de Salina Cruz, Oaxaca, cuya matrícula asciende a 1,520 alumnos.

Para garantizar la representatividad de los resultados, se calculó el tamaño de la muestra mediante la fórmula para proporciones en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), una proporción esperada de 0.5 y un margen de error del 5%. El resultado de este cálculo determinó la necesidad de incluir aproximadamente 317 estudiantes en el estudio.

La selección de los participantes se realizará mediante un muestreo aleatorio simple. Para ello, se elaborará un listado nominal de los alumnos matriculados, al cual se asignará un número consecutivo, y posteriormente se generará, a través de la función aleatoria de Microsoft Excel, la muestra de estudiantes que integrarán el estudio.

Los criterios de selección se establecieron con el fin de asegurar la validez de los datos. Se incluirán únicamente aquellos estudiantes cuyos tutores legales otorguen el consentimiento informado correspondiente, condición indispensable para la participación. Se excluirán del estudio los adolescentes que no cuenten con el consentimiento informado, aquellos que presenten diagnósticos previos de trastornos psicológicos y quienes no respondan adecuadamente los instrumentos de evaluación. Asimismo, se considerará criterio de eliminación la falta de respuesta total a los cuestionarios aplicados.

La recolección de datos se llevará a cabo dentro de las instalaciones del plantel, en horario escolar y bajo condiciones controladas. Antes de la aplicación de los instrumentos, los investigadores explicarán a los participantes los objetivos del estudio, así como las indicaciones para responder los cuestionarios, asegurando un ambiente de privacidad y confidencialidad. Se estima que cada prueba requerirá aproximadamente 10 minutos para su resolución. Los cuestionarios se aplicarán de manera individual y supervisada, garantizando el acompañamiento de personal capacitado.

Los factores de riesgo se evaluarán mediante cuatro instrumentos psicométricos estandarizados y ampliamente utilizados en población adolescente. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), compuesto por 21 ítems, permitirá medir la severidad de los síntomas ansiosos a través de una escala que va de 0 (nada en absoluto) a 3 (severamente). Por su parte, la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), integrada por 30 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, permitirá identificar la presencia y severidad de síntomas depresivos. La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) será utilizada para valorar las expectativas negativas hacia el futuro, consideradas un predictor relevante de la conducta suicida. Finalmente, la Escala de Salud Mental Positiva de Lluch, conformada por 39 ítems distribuidos en seis dimensiones, servirá para evaluar recursos protectores como la satisfacción personal, el autocontrol y la actitud prosocial.

El análisis de los datos seguirá un doble enfoque descriptivo e inferencial. En primer lugar, se realizará una caracterización sociodemográfica de los participantes, describiendo variables como edad, sexo y tipología familiar. Para ello se emplearán frecuencias absolutas y relativas en el caso de variables categóricas, y medidas de tendencia central (media y mediana) junto con la desviación estándar en las variables continuas. Posteriormente, se examinarán los niveles de ansiedad, depresión, desesperanza y salud mental positiva, presentando la distribución de frecuencias por categorías de severidad y sus estadísticas descriptivas correspondientes.

En una segunda fase, se procederá al análisis inferencial con el fin de explorar asociaciones y diferencias significativas entre grupos. Para la comparación de medias entre dos grupos independientes (por ejemplo, hombres y mujeres, o diferentes tipos de familia), se aplicará la prueba t de Student si los datos cumplen con criterios de normalidad, o bien la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U en caso contrario. Asimismo, se utilizarán correlaciones de Pearson o Spearman, según corresponda, con el objetivo de examinar la relación entre variables clave, como los niveles de ansiedad y depresión.

En este marco, la variable dependiente será el riesgo de suicidio en adolescentes del CONALEP Plantel 155 de Salina Cruz, Oaxaca. Las variables independientes estarán representadas por los niveles de ansiedad (evaluados con el BAI), la sintomatología depresiva (medida con la EDAR), la desesperanza (valorada con la BHS) y la salud mental positiva (evaluada con la escala de Lluch).

De esta manera, el presente estudio emplea un diseño metodológico riguroso que, al integrar instrumentos psicométricos validados y un muestreo estadísticamente representativo, busca generar evidencia sólida y contextualizada sobre los factores de riesgo para suicidio en adolescentes de la región del Istmo de Tehuantepec.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta un resumen de la distribución de las edades de los 317 adolescentes participantes en el estudio. Se observa que la edad mínima registrada fue de 14 años y la máxima de 17 años, lo que indica que la muestra se compone principalmente de estudiantes de educación media superior. La edad promedio de los participantes es de 15.93 años, con una desviación estándar de 1.04 años.

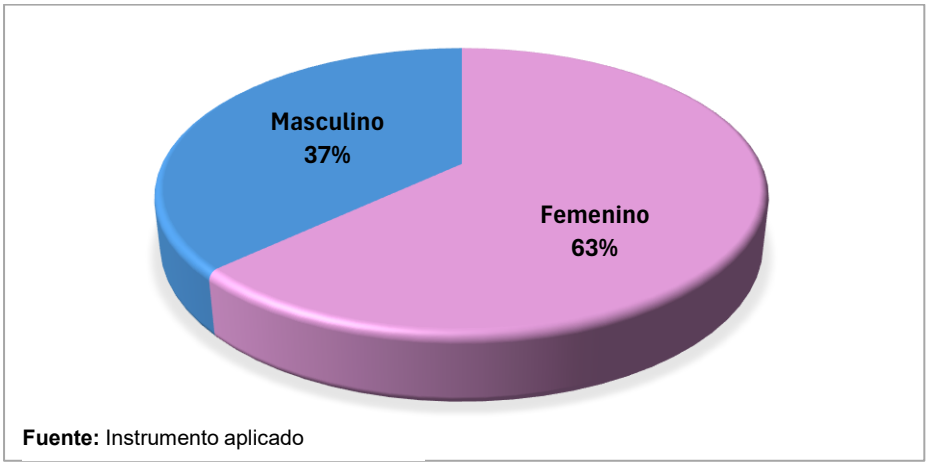
Tabla 1 Edad

	Valor
N	317
Mínimo	14
Máximo	17
Media	15.93
Desviación estándar	1.04

Fuente: Instrumento aplicado

En la Gráfica 1 y la Tabla 2 se observa la distribución por sexo de los participantes en el estudio. La mayoría de los adolescentes encuestados son de sexo femenino, representando un 63.1% del total, mientras que los participantes de sexo masculino representan el 36.9%. En términos absolutos, 200 participantes fueron mujeres y 117 fueron hombres, alcanzando así un total de 317 adolescentes encuestados. Esta distribución destaca una mayor participación femenina en el estudio, con casi el doble de mujeres que hombres.

Gráfico 1 Sexo



Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 2. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	200	63.1%
Masculino	117	36.9%
Total	317	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 3 se presenta la distribución de los participantes según el grado escolar. La mayor parte de los adolescentes pertenecen al primer semestre, representando el 43.2% del total, seguido por los

estudiantes de quinto semestre con un 37.5%. Un 18.6% de los participantes están en el tercer grado, mientras que los de segundo y sexto semestre tienen una representación mínima, cada uno con solo un estudiante, lo que equivale al 0.3% del total.

Tabla 3. Semestre

	Frecuencia	Porcentaje
1°	137	43.2%
2°	1	0.3%
3°	59	18.6%
5°	119	37.5%
6°	1	0.3%
Total	317	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 4 se presenta la distribución de los adolescentes según la tipología familiar. La mayoría de los participantes, un 47.6%, pertenece a una familia nuclear simple, mientras que un 16.4% pertenece a una tipología monoparental extendida. Las familias monoparentales representan el 14.5% de la muestra y las familias extensas un 7.3%. Las familiares nucleares numerosas abarcan el 4.7%, mientras que el 4.4% de los participantes reportan una situación no parental. Otras tipologías familiares, como la extensa compuesta y la monoparental compuesta, representan el 2.5% y 2.2%, respectivamente. Finalmente, una mínima proporción, equivalente al 0.3%, pertenece a una familia reconstruida.

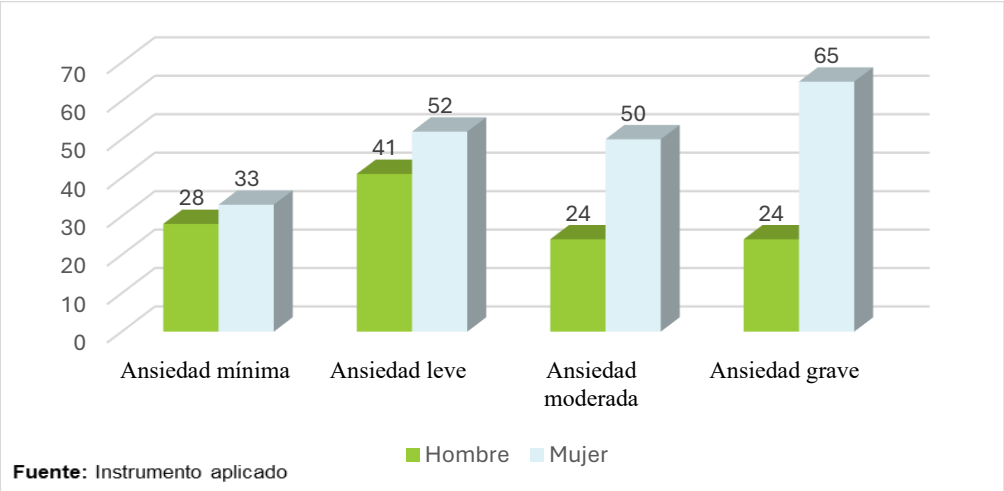
Tabla 4. Tipología familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Extensa	23	7.3%
Extensa compuesta	8	2.5%
Monoparental	46	14.5%
Monoparental compuesta	7	2.2%
Monoparental extendida	52	16.4%
No parental	14	4.4%
Nuclear numerosa	15	4.7%
Nuclear simple	151	47.6%
Reconstruida	1	0.3%
Total	317	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 5 y la gráfica 2 correspondiente muestran los niveles de ansiedad en los adolescentes evaluados según sexo. En el nivel de ansiedad mínima se registraron 61 participantes, divididos en 28 hombres y 33 mujeres. En el nivel de ansiedad leve, se identificaron 93 adolescentes, con 41 hombres y 52 mujeres. Para el nivel de ansiedad moderada, se encontraron 74 casos, distribuidos en 24 hombres y 50 mujeres. Finalmente, en el nivel de ansiedad grave se reportaron 89 adolescentes, de los cuales 24 son hombres y 65 mujeres. Los resultados evidencian una mayor representación femenina en los niveles de ansiedad más altos.

Grafica 2 Nivel de ansiedad por sexo



Tablas 5. Nivel de Ansiedad por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Ansiedad mínima	28	33	61
Ansiedad leve	41	52	93
Ansiedad moderada	24	50	74
Ansiedad grave	24	65	89
Total	117	200	317

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 6 se presentan los resultados de la Escala de Ansiedad de Beck aplicada a los adolescentes. Los datos muestran que 129 adolescentes no experimentaron sensaciones de torpeza o entumecimiento, mientras que 106 reportaron este síntoma de forma leve. Un total de 80 adolescentes se sintieron acalorados de manera moderada, y 72 lo experimentaron bastante. Respecto a temblores en las piernas, 145 adolescentes no los experimentaron, mientras que 52 reportaron esta sensación como bastante frecuente. Un total de 116 adolescentes indicó sentir temor a que ocurra lo peor de manera leve, y 109

señalaron tener dificultades para relajarse de forma leve. En cuanto a sensaciones de mareo o vértigo, 132 no las experimentaron, mientras que 78 lo experimentaron levemente. Un total de 157 adolescentes no reportaron latidos acelerados del corazón, mientras que 45 reportaron esta sensación como moderada. La sensación de inseguridad fue señalada como leve por 82 adolescentes, mientras que 77 reportaron sentirse nerviosos de manera moderada. Un total de 222 adolescentes no sintieron ahogo, mientras que 49 lo experimentaron levemente. En cuanto a problemas digestivos, 193 adolescentes no presentaron este síntoma, mientras que 32 lo sintieron de forma moderada. Finalmente, 98 adolescentes experimentaron sudores o sensaciones de frío de forma leve, mientras que 45 reportaron este síntoma como moderado.

Tabla 6 Escala de ansiedad de Beck

	No	Leve	Moderado	Bastante
Torpe o entumecido	129	106	58	24
Acalorado	56	109	80	72
Con temblor en las piernas	145	89	52	31
Incapaz de relajarse	71	109	71	66
Con temor a que ocurra lo peor	116	70	68	63
Mareado, o que se le va la cabeza	132	78	58	49
Con latidos del corazón fuertes y acelerados	157	81	45	34
Inestable	148	93	47	29
Atemorizado o asustado	159	82	52	24
Nervioso	70	87	77	83
Con sensación de bloqueo	147	74	49	47
Con temblores en las manos	164	73	45	35
Inquieto, inseguro	119	82	72	44
Con miedo a perder el control	165	56	57	39
Con sensación de ahogo	222	49	29	17
Con temor a morir	219	53	15	30
Con miedo	167	85	38	27
Con problemas digestivos	192	58	38	29
Con desvanecimientos	251	39	17	10
Con rubor facial	238	50	14	15
Con sudores, fríos o calientes	136	98	45	38

Fuente: Instrumento aplicado

Los datos reflejados en la tabla 7 y la gráfica 3 correspondiente muestran que 53 adolescentes no presentan síntomas de depresión o se encuentran en un nivel leve, distribuidos en 23 hombres y 30 mujeres. En la categoría de depresión leve a moderada, se encuentran 194 adolescentes, de los cuales 80 son hombres y 114 son mujeres. Para el nivel de depresión moderada, 53 participantes fueron identificados, distribuidos en 10 hombres y 43 mujeres. Finalmente, en la categoría de depresión severa, se encuentran 17 adolescentes, con 4 hombres y 13 mujeres.

Gráfico 3. Nivel de depresión por sexo

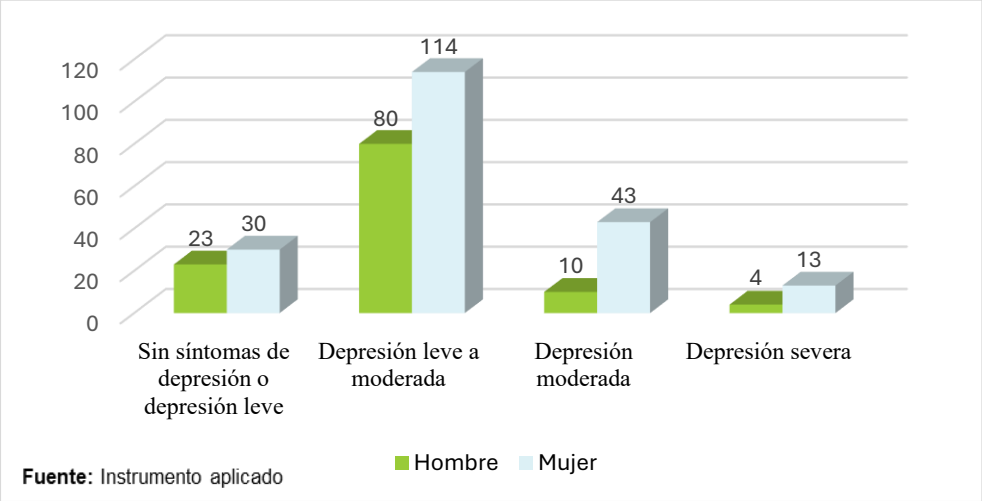


Tabla 7. Nivel de depresión por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Sin síntomas de depresión	23	30	53
Depresión leve	80	114	194
Depresión moderada	10	43	53
Depresión severa	4	13	17
Total	117	200	317

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 7.1 se presentan las respuestas a los ítems de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, mostrando la frecuencia con la que los adolescentes experimentan diferentes emociones y comportamientos. La afirmación "Me siento feliz" fue respondida con "Casi siempre" por 137 adolescentes, mientras que "Me preocupa el colegio" también fue reportado con alta frecuencia, con 156 respuestas en "Casi siempre". Por otro lado, sentimientos de soledad, como "Me siento solo", fueron frecuentes, con 105 adolescentes respondiendo "Rara vez" y 104 "Algunas veces".

Un total de 171 adolescentes respondieron que casi nunca sienten que sus padres no los quieren, lo cual indica una percepción positiva de apoyo familiar para la mayoría. Sentimientos de importancia personal fueron reportados como "Casi siempre" por 87 adolescentes, mientras que 33 adolescentes reportaron frecuentemente tener ganas de esconderse. Sentimientos negativos como "Me siento triste" fueron expresados "Casi siempre" por 37 adolescentes, y deseos de llorar fueron experimentados por 47 adolescentes con la misma frecuencia. En cuanto a sentirse querido, 122 adolescentes respondieron "Casi siempre", mientras que solo 9 dijeron tener "ganas de hacerme daño" con la misma frecuencia. Por otro lado, 61 adolescentes reportaron sentirse como si la vida fuera injusta "Casi siempre", y 26 dijeron "Casi siempre" que sienten que no valen nada. El ítem "Me gusta comer" fue respondido positivamente por 175 adolescentes con "Casi siempre".

Tabla 7.1 Escala de depresión para adolescentes de Reynolds

	Casi nunca	**Rara vez**	**Algunas veces**	**Casi siempre**
Me siento feliz	10	50	120	137
Me preocupa el colegio	9	37	115	156
Me siento solo	70	105	104	38
Siento que mis padres no me quieren	171	80	57	9
Me siento importante	45	83	129	60
Siento ganas de esconderme de la gente	102	85	97	33
Me siento triste	72	88	120	37
Me siento con ganas de llorar	87	87	102	41
Siento que no le importo a nadie	154	85	59	19
Tengo ganas de divertirme con los compañeros	43	51	114	109
Me siento enfermo	156	96	54	11
Me siento querido	41	46	108	122
Tengo deseos de huir	173	69	44	31
Tengo ganas de hacerme daño	242	36	30	9
Siento que no les gusto a los compañeros	150	85	60	22
Me siento molesto	85	109	83	40
Siento que la vida es injusta	114	101	61	41
Me siento cansado	51	98	107	61
Siento que soy malo	113	102	74	28
Siento que no valgo nada	185	62	44	26
Tengo pena de mí mismo	138	80	57	42

Hay cosas que me molestan	29	81	129	78
Siento ganas de hablar con los compañeros	62	66	108	81
Tengo problemas para dormir	102	83	77	55
Tengo ganas de divertirme	31	51	89	146
Me siento preocupado	45	87	115	70
Me dan dolores de estómago	113	84	73	47
Me siento aburrido	44	78	118	77
Me gusta comer	27	35	80	175
Siento que nada de lo que hago me ayuda	101	89	72	55

Fuente: Instrumento aplicado

La gráfica 4 y tabla 8 presentadas reflejan la distribución de niveles de desesperanza en los adolescentes evaluados según género. Los resultados muestran que 119 participantes se encuentran en la categoría de normalidad, con 54 hombres y 65 mujeres. En el nivel de desesperanza leve, 142 adolescentes fueron clasificados, de los cuales 44 son hombres y 98 mujeres. Respecto al nivel de desesperanza moderada, 48 adolescentes se ubican en esta categoría, con 17 hombres y 31 mujeres. Finalmente, en el nivel de desesperanza severa, se identificaron 8 casos, correspondientes a 2 hombres y 6 mujeres.

Grafica 4. Nivel de desesperanza por sexo

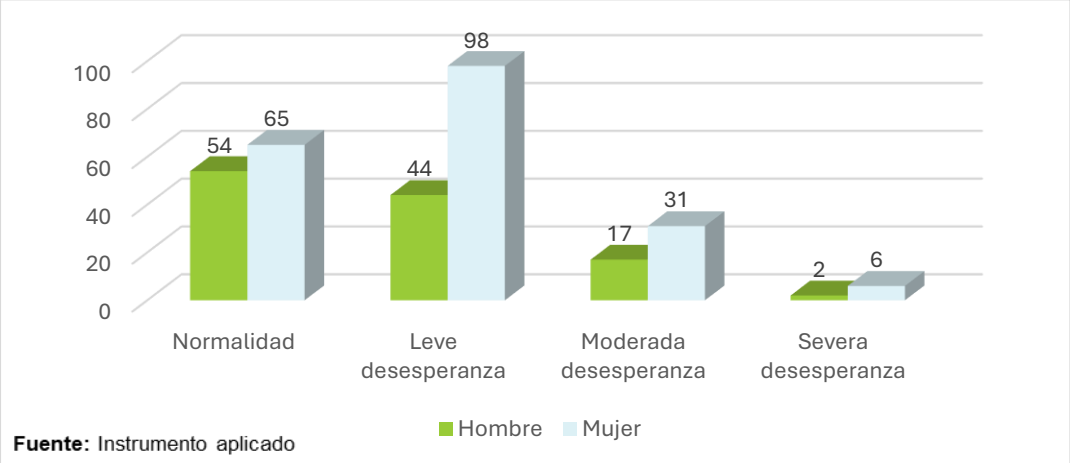


Tabla 8. Nivel de desesperanza por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Normalidad	54	65	119
Leve desesperanza	44	98	142
Moderada desesperanza	17	31	48
Severa desesperanza	2	6	8
Total	117	200	317

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 8,1 se presentan los resultados de los ítems de la Escala de Desesperanza de Beck. La mayoría de los adolescentes (71.3%) respondió de manera positiva sobre esperar el futuro con esperanza y entusiasmo, mientras que el 79.8% afirmó que no se da por vencido fácilmente. Por otro lado, un 72.6% encuentra alivio en que las cosas malas no puedan permanecer por mucho tiempo, y el 53% no puede imaginar cómo será su vida dentro de 10 años. Asimismo, un 95% espera poder conseguir lo que le interesa en el futuro, y un 85.5% no considera su futuro como oscuro. De los participantes, el 81.7% espera cosas buenas de la vida, mientras que un 74.4% afirma no perder la esperanza cuando las cosas no marchan como quisiera. Un 79.8% considera que sus experiencias pasadas le han preparado bien para el futuro. En cuanto a su visión hacia adelante, el 83.3% lo ve más agradable que desagradable, y un 73.8% espera conseguir realmente lo que desea. Un 86.5% espera ser más feliz en el futuro que en el presente, mientras que un 61.8% tiene gran confianza en el futuro.

Tabla 8.1 Escala de desesperanza de Beck

Ítems		**Frecuencia**	**Porcentaje**
Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	226	71.3%
	F	91	28.7%
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	64	20.2%
	F	253	79.8%
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	230	72.6%
	F	87	27.4%
No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	168	53.0%
	F	149	47.0%
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	223	70.3%
	F	94	29.7%
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	301	95.0%
	F	16	5.0%
Mi futuro me parece oscuro	V	46	14.5%
	F	271	85.5%
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	259	81.7%
	F	58	18.3%
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	81	25.6%
	F	236	74.4%
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	253	79.8%
	F	64	20.2%
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	53	16.7%
	F	264	83.3%
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	83	26.2%
	F	234	73.8%
	V	274	86.4%

Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	F	43	13.6%
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	177	55.8%
	F	140	44.2%
Tengo una gran confianza en el futuro	V	196	61.8%
	F	121	38.2%
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	73	23.0%
	F	244	77.0%
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	115	36.3%
	F	202	63.7%

Fuente: Instrumento aplicado

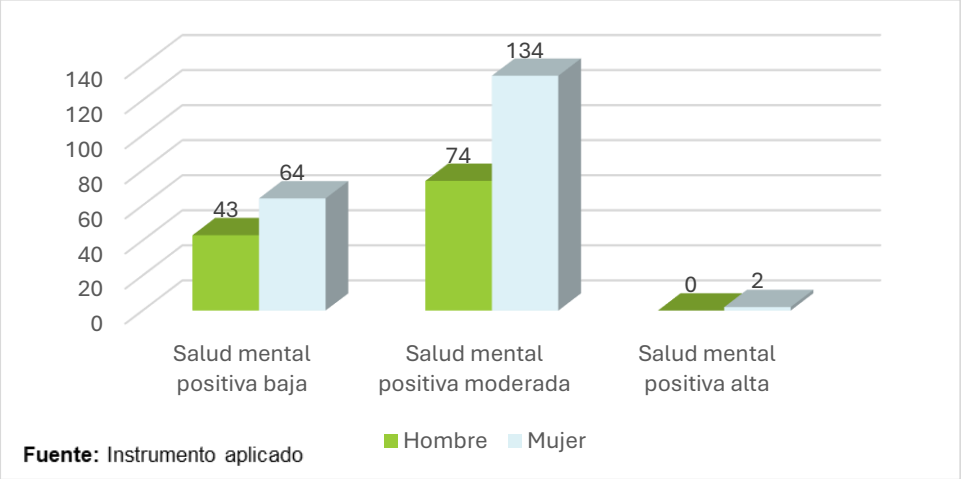
La tabla 9 y la gráfica 5 presentan la distribución de los niveles de salud mental positiva en los adolescentes evaluados. En el nivel bajo, se identificaron 107 participantes, de los cuales 43 son hombres y 64 mujeres. En el nivel moderado, se encontraron 208 adolescentes, con 74 hombres y 134 mujeres. En el nivel alto, solo se registraron 2 casos, ambos correspondientes a mujeres. Estos datos destacan una mayor prevalencia del nivel moderado de salud mental positiva entre los participantes, con predominio en el grupo femenino.

Tabla 9 Nivel de Salud mental positiva por sexo

	Hombre	Mujer	Total
Salud mental positiva baja	43	64	107
Salud mental positiva moderada	74	134	208
Salud mental positiva alta	0	2	2
Total	117	200	317

Fuente: Instrumento aplicado

Grafica 5. Nivel de Salud mental positiva por sexo



En la Tabla 9.1 se presentan los resultados sobre la evaluación de la salud mental positiva según las dimensiones analizadas. En la dimensión de satisfacción personal, se observa que el 52.7% de los participantes presentan un nivel bajo, mientras que el 41.6% se ubica en un nivel medio y solo el 5.7% en un nivel alto. En cuanto a la actitud prosocial, el 55.2% se encuentra en un nivel bajo, seguido por un 39.1% en nivel medio y un 5.7% en nivel alto. Para la resolución de problemas, el nivel medio es predominante con un 53.9%, en comparación con el 42.0% en nivel bajo y el 4.1% en nivel alto. Respecto a la autonomía, el 42.3% de los adolescentes presentan un nivel medio, el 50.5% un nivel bajo y el 7.6% un nivel alto. La autoactualización muestra que el 54.2% se encuentra en nivel medio, un 40.2% en nivel bajo y un 5.6% en nivel alto. En las habilidades de relación interpersonal, el nivel bajo predomina con un 53.6%, seguido del nivel medio con un 42.4% y un 7.3% en nivel alto. Finalmente, en la dimensión de autocontrol, el 77.3% de los participantes alcanzan un nivel medio, el 18.9% se sitúa en nivel bajo y el 3.8% en nivel alto.

Tabla 9.1. Escala de salud mental positiva por dimensiones

		Frecuencia	**Porcentaje**
Satisfacción personal	Alto	18	5.7%
	Bajo	167	52.7%
	Medio	132	41.6%
Actitud prosocial	Alto	18	5.7%
	Bajo	175	55.2%
	Medio	124	39.1%
Resolución de problemas	Alto	13	4.1%
	Bajo	133	42.0%
	Medio	171	53.9%
Autonomía	Alto	23	7.26%
	Bajo	134	42.27%
	Medio	160	50.47%
Habilidades de relación interpersonal	Alto	23	7.3%
	Bajo	170	53.6%
	Medio	124	39.1%
Autocontrol	Alto	14	4.4%
	Bajo	58	18.3%
	Medio	245	77.3%

Fuente: Instrumento aplicado

En la Tabla 10 se presentan los resultados sobre la percepción de salud mental positiva entre los adolescentes. Los datos reflejan que un porcentaje significativo de los encuestados experimenta dificultad para aceptar a otros cuando tienen actitudes diferentes, con 147 adolescentes respondiendo que esto les ocurre "algunas veces". También se observa que 177 adolescentes reportaron sentirse bloqueados por los problemas "algunas veces". En cuanto a la afirmación de sentirse importante, 87 adolescentes indicaron "siempre o casi siempre", mientras que 48 reportaron ser capaces de controlar sus emociones negativas "con bastante frecuencia". Un total de 159 adolescentes respondió "nunca o casi nunca" a considerar su vida aburrida y monótona. Los resultados también indican que 155 adolescentes afirmaron "siempre o casi siempre" estar intentando mejorar como persona, mientras que 156 consideran que son personas dignas de confianza. Con respecto al apoyo emocional, 139 adolescentes indicaron que les resulta "algunas veces" difícil brindar apoyo a los demás. Además, 129 adolescentes respondieron "siempre o casi siempre" que intentan buscar posibles soluciones cuando se les presenta un problema, mientras que 133 afirmaron que se esfuerzan por ayudar a los demás "siempre o casi siempre". La percepción de sentirse social fue alta, con 84 adolescentes reportando "siempre o casi siempre". Finalmente, se observa que un número considerable de adolescentes experimenta insatisfacción consigo mismos y con su aspecto físico, ya que 121 y 87 adolescentes, respectivamente, indicaron sentir esto "algunas veces".

Tabla 10 Escala de salud mental positiva

	Nunca o casi nunca	**Algunas veces**	**Con bastante frecuencia**	**Siempre o casi siempre**
A mí, ... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	110	147	25	35
Los problemas .... me bloquean fácilmente	52	177	45	43
A mí, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	192	79	27	19
.... me gusto como soy	38	142	50	87
.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	48	115	84	70
.... me siento a punto de explotar	121	116	49	31
Para mí, la vida es.... aburrida y monótona	159	98	31	29
A mí, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	110	135	45	27

.... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	85	140	47	45
.... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí	81	106	54	76
Creo que .... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	29	122	89	77
.... veo mi futuro con pesimismo	163	113	24	17
Las opiniones de los demás .... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	86	128	55	48
.... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	150	97	40	30
.... soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o	27	91	70	129
.... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	30	113	62	112
.... intento mejorar como persona	10	53	99	155
.... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	75	148	55	39
.... me preocupa que la gente me critique	129	98	35	55
.... creo que soy una persona sociable	66	106	61	84
.... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	28	120	77	92
.... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	29	137	80	71
.... pienso que soy una persona digna de confianza	11	61	89	156
A mí, ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	100	139	41	37
.... pienso en las necesidades de los demás	28	101	99	89
Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables .... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	26	125	88	78
Cuando hay cambios en mi entorno .... intento adaptarme	15	92	97	113
Delante de un problema .... soy capaz de solicitar información	44	125	90	58
Los cambios que ocurren en mi rutina habitúan	46	170	59	42
.... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	81	134	49	53
.... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	173	77	36	31
.... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	10	85	109	113
.... me resulta difícil tener opiniones	83	139	59	36
Cuando tengo que tomar decisiones importantes .... me siento muy insegura/o	55	117	60	85

.... soy capaz de decir no cuando quiero decir no	57	115	54	91
.... cuando se me plantea un problema .... intento buscar posibles soluciones	16	78	89	134
.... me gusta ayudar a los demás	6	59	86	166
.... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	94	129	38	56
.... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	87	121	44	65

Fuente: Instrumento aplicado

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan una visión comprensiva sobre los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes del CONALEP Plantel 155 Salina Cruz, Oaxaca, considerando aspectos críticos de su salud mental, como los niveles de ansiedad, depresión, desesperanza y salud mental positiva. Este estudio tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo asociados con el suicidio, proporcionando un análisis específico del contexto en que viven estos adolescentes y resaltando la importancia de la tipología familiar. Uno de los principales hallazgos fue la distribución por género de la muestra, con una mayor participación femenina, representando el 63.1% de los adolescentes evaluados. Esta mayor prevalencia de mujeres es consistente con la tendencia en estudios epidemiológicos del suicidio, los cuales han indicado que las mujeres tienden a realizar más intentos de suicidio, mientras que los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados (6). Esta discrepancia en la conducta suicida entre ambos géneros podría estar relacionada con la forma diferencial en que las mujeres y los hombres enfrentan el estrés y buscan ayuda. Es posible que las mujeres participen más activamente en estudios de salud mental debido a su predisposición a expresarse emocionalmente, mientras que los hombres tienden a buscar menos ayuda, incluso frente a problemáticas importantes como la ideación suicida (6).

En términos de la tipologia familiar, se observó que la mayoría de los adolescentes pertenecían a familias nucleares simples, seguidas de estructuras monoparentales extendidas y monoparentales simples. Este hallazgo es importante, dado que el tipo de tipología familiar juega un papel clave en el bienestar emocional del adolescente. La literatura ha mostrado que la familiar es un factor protector significativo frente al riesgo de suicidio (1). Sin embargo, en este estudio se observa una considerable proporción de adolescentes que provienen de estructuras familiares no nucleares, lo cual podría estar

contribuyendo a los niveles más altos de ansiedad, depresión y desesperanza observados en parte de la muestra. Los adolescentes provenientes de familias monoparentales o sin una estructura de apoyo constante podrían experimentar sentimientos de inestabilidad y falta de seguridad emocional, lo cual aumenta su vulnerabilidad (1, 2). Es fundamental que se diseñen intervenciones que incluyan a los miembros de la familia y que promuevan un entorno de apoyo.

La evaluación de la ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) reveló que el 28.1% de los adolescentes presentó ansiedad grave, mientras que el 29.3% mostró niveles leves y el 23.3% ansiedad moderada. La ansiedad grave observada en más de una cuarta parte de la muestra es motivo de gran preocupación, dado que estudios previos han asociado la ansiedad severa con un mayor riesgo de conductas autodestructivas y suicidio (9). La prevalencia de síntomas de ansiedad podría estar influida por factores como la hiperconectividad a las redes sociales y la presión académica. En estudios previos, se ha encontrado que la Generación Z enfrenta niveles de ansiedad elevados debido a su exposición constante a redes sociales y la percepción de presión social que estas conllevan (3). Estos adolescentes, descritos también como "nativos digitales" o "generación de cristal", están particularmente expuestos a los efectos negativos de la tecnología y a la presión de cumplir con estándares sociales poco realistas, lo que puede contribuir a sus altos niveles de ansiedad (3).

La evaluación de la depresión con la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) mostró que un 16.7% de los adolescentes presenta síntomas moderados de depresión, mientras que un 5.4% muestra síntomas severos. Estos resultados indican que aproximadamente una quinta parte de los adolescentes evaluados está enfrentando síntomas de depresión que requieren atención. La depresión en adolescentes ha sido identificada como un factor predictor crítico del riesgo de suicidio, especialmente cuando se acompaña de otros síntomas como desesperanza y ansiedad (8, 9). En la literatura, se ha señalado que la desesperanza suele anteceder a la depresión severa y que ambas condiciones juntas incrementan significativamente el riesgo de conducta suicida (8).

La Escala de Desesperanza de Beck indicó que, si bien un 71.3% de los adolescentes expresó mantener una visión esperanzadora hacia el futuro, un 25.6% mostró una notable desesperanza al expresar que no cree en la posibilidad de cambiar las cosas para mejor.

La desesperanza es un factor predictor bien establecido de la conducta suicida, dado que refleja la pérdida de propósito y de objetivos positivos hacia el futuro (8). En este estudio, los niveles elevados de desesperanza coinciden con los altos niveles de ansiedad y depresión observados, lo cual refuerza la idea de que la desesperanza no solo se deriva de la falta de perspectivas positivas, sino también de una percepción negativa sobre la capacidad de cambio y el control sobre el destino (8). Es esencial que las intervenciones dirigidas a adolescentes incluyan componentes que fomenten la creación de objetivos realistas y positivos para el futuro, así como actividades que promuevan la participación activa y la autorrealización, con el fin de reducir los niveles de desesperanza y mejorar el bienestar emocional.

Finalmente la Escala de Salud Mental Positiva de Lluch mostró que la mayoría de los adolescentes (65.6%) presenta un nivel moderado de salud mental positiva, mientras que un 33.8% presenta un nivel bajo. Solo un 0.6% de los adolescentes alcanzó un nivel alto de salud mental positiva, lo cual es alarmante, ya que la salud mental positiva actúa como un factor de protección fundamental frente a situaciones de estrés y puede contribuir a reducir el riesgo de conductas suicidas (12, 13). Los bajos niveles de salud mental positiva indican que estos adolescentes podrían carecer de los recursos psicosociales necesarios para manejar el estrés y las dificultades cotidianas. Estudios internacionales han mostrado que la salud mental positiva está asociada con la resiliencia y la capacidad de hacer frente a la adversidad (12). En consecuencia, estos resultados subrayan la importancia de diseñar programas de intervención que busquen no solo reducir los síntomas de ansiedad y depresión, sino también promover el desarrollo de habilidades como el autocontrol, la autonomía y la resolución de problemas. La promoción de la salud mental positiva debe ser una prioridad en la agenda de salud pública, especialmente en contextos vulnerables como el de los adolescentes de CONALEP.

La información resultante de este estudio puede ser utilizada para el diseño de estrategias de intervención dirigidas a reducir los factores de riesgo identificados. Las intervenciones deben ser integrales, focalizadas y adaptadas al contexto específico de cada adolescente, tomando en cuenta sus características sociodemográficas, la estructura familiar, y los niveles de ansiedad, depresión y desesperanza. Se recomienda implementar programas que incluyan no solo a los adolescentes, sino también a sus familias, con el objetivo de fomentar un entorno de apoyo sólido que mejore la comunicación y proporcione seguridad emocional (2, 4).

Además, la promoción de la salud mental positiva mediante actividades que desarrollen el autocontrol, la resolución de problemas y la autonomía debe ser una prioridad. Estos enfoques, junto con el fortalecimiento de la red de apoyo en el entorno escolar y la promoción de una cultura de cuidado de la salud mental, pueden contribuir a reducir el riesgo de suicidio en esta población vulnerable.

Comparación con otros estudios

Respecto a la depresión, los resultados de este estudio encuentran que el 194 de los adolescentes presentó depresión leve a moderada, con predominio en mujeres, un patrón que también fue observado por Moyeda et al. en su análisis de factores asociados a la depresión. Moyeda encontró una prevalencia del 34.7% para depresión leve y del 21.6% para depresión severa, con correlaciones significativas entre la tipología familiar y la severidad de los síntomas depresivos(35). Este estudio también destaca la influencia de la familiares, como la representación significativa de familias monoparentales y extendidas, en el bienestar emocional de los adolescentes, lo que refuerza la importancia del entorno familiar en la aparición y manejo de la depresión.

En comparación con el estudio de Andrade Salazar et al., que también empleó la Escala de Desesperanza de Beck, los resultados de este estudio muestran patrones similares en términos de prevalencia de desesperanza leve como el nivel más frecuente, aunque con una mayor proporción de adolescentes clasificados en niveles moderados y severos. Andrade Salazar reporta que solo el 12.9% de su muestra presentó desesperanza moderada y menos del 1% alcanzó niveles altos, mientras que este estudio encontró 48 casos de nivel moderado y 8 severos, destacando diferencias en la distribución de riesgos según el contexto cultural y escolar(33).

De manera similar, el estudio de Honorato Bernal et al. sobre desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida también resalta la desesperanza como un predictor clave del riesgo suicida, aumentando hasta en un 498% la probabilidad de pertenecer al grupo con riesgo suicida. Este hallazgo coincide con los resultados de este estudio, donde los niveles más altos de desesperanza están asociados a una mayor afectación emocional en mujeres, lo cual podría tener implicaciones similares para el riesgo suicida en esta población. Sin embargo, mientras Honorato Bernal subraya el efecto protector de la autoestima, los resultados de este estudio no evalúan directamente la autoestima, dejando un vacío importante en la comprensión integral de los factores protectores en esta muestra(34).

En cuanto a la salud mental positiva, el trabajo de Toribio Pérez et al. ofrece un punto de comparación interesante(36). Ambos estudios coinciden en la prevalencia de niveles moderados de salud mental positiva, aunque Toribio reporta un porcentaje mayor en niveles altos (38.3% frente al 0.6% de este estudio). Además, la dimensión de autocontrol, que tuvo un desempeño relativamente mejor en ambas investigaciones, resalta como un posible factor protector para adolescentes. Sin embargo, las diferencias de género observadas por Toribio en dimensiones específicas, como la mayor actitud prosocial en mujeres y el mayor autocontrol en hombres, no se reflejan claramente en los resultados de este estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una visión amplia y detallada sobre las condiciones emocionales de los adolescentes participantes, quienes totalizan 317, con una mayoría femenina que representa el 63.1% frente al 36.9% masculino. El análisis de las características básicas mostró uniformidad en el promedio de puntajes entre ambos géneros, con un valor de 15.93 puntos, aunque los puntajes máximos alcanzados por las mujeres fueron ligeramente superiores a los de los hombres. En cuanto a la distribución por semestre escolar, predominó el primer semestre, con un 43.2%, seguido del quinto semestre con un 37.5%, mientras que los segundo y sexto semestre tuvieron una representación mínima. En la tipología familiar, se identificó que casi la mitad de los adolescentes pertenecen a familias nucleares simples (47.6%), mientras que un 16.4% pertenece a familias monoparentales extendidas. Otras tipologia familiares, como las familias extensas y monoparentales simples, representaron un porcentaje significativo, con un 7.3% y un 14.5% respectivamente. Las familias reconstruidas y no parentales constituyeron una minoría, mostrando la diversidad en los entornos familiares de esta población.

En el caso de la ansiedad, se encontró que 93 adolescentes reportaron niveles leves, mientras que 74 y 89 se ubicaron en niveles moderados y graves respectivamente. Las mujeres predominaron en los niveles más altos de ansiedad. Los datos de la Escala de Ansiedad de Beck indicaron que síntomas como latidos cardíacos acelerados, temblores y sensación de ahogo fueron comunes, aunque en general la mayoría de los adolescentes no reportaron temor extremo ni problemas graves de control emocional.

En el análisis de la depresión, se observó que 194 adolescentes presentaron depresión leve a moderada, siendo más prevalente en mujeres.

Los niveles de depresión moderada y severa fueron menos comunes, con 53 y 17 casos respectivamente. Las respuestas al cuestionario de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds destacaron emociones de tristeza, preocupación y soledad como frecuentes, aunque la mayoría de los participantes reportaron sentirse queridos y apoyados por sus padres.

Respecto a la desesperanza, 119 adolescentes se clasificaron en la categoría de normalidad, mientras que el nivel leve de desesperanza fue el más frecuente, con 142 casos, predominando en mujeres. Los niveles moderados y severos fueron menos frecuentes, con 48 y 8 casos, respectivamente. Adicionalmente, los ítems de la Escala de Desesperanza de Beck reflejaron que un 71.3% de los adolescentes mantienen una visión positiva sobre su futuro, mientras que un porcentaje significativo afirmó no darse por vencido fácilmente y encontrar alivio al considerar que las adversidades son temporales.

La salud mental positiva mostró que la mayoría de los adolescentes, un 65.6%, se ubicó en un nivel moderado, mientras que un 33.8% presentó niveles bajos y solo dos participantes alcanzaron niveles altos. En las dimensiones evaluadas, la satisfacción personal, la actitud prosocial y las habilidades de relación interpersonal presentaron altos porcentajes de niveles bajos, mientras que el autocontrol tuvo mayor prevalencia en el nivel medio, reflejando una mayor estabilidad en esta dimensión.

Los resultados revelan patrones significativos de riesgo emocional, con prevalencia de niveles moderados de desesperanza, ansiedad y salud mental positiva. Las diferencias de género son notables, con mayor representación femenina en los niveles más altos de afectación emocional. Además, el contexto familiar y escolar, así como las características individuales, influyen en el bienestar emocional de los participantes, destacando la necesidad de estrategias de intervención específicas para abordar estas problemáticas en adolescentes.

SUGERENCIAS

Es fundamental como médicos familiares crear conciencia sobre los problemas de salud mental en adolescentes, es importante informar a padres e hijos sobre la salud mental y como tener adecuada salud mental. Promocionar la salud mental positiva enfocado en los seis dominios. Promover la alimentación saludable, actividad física y recreativas. Reforzar la unión familiar e Informar a los padres sobre síntomas de ansiedad, depresión.

El médico familiar debe identificar clínicamente a los adolescentes con datos de depresión, ansiedad, desesperanza y realizar la aplicación de test para su diagnóstico oportuno dependiendo del trastorno que se sospeche. Necesitamos un manejo multidisciplinario formado por el médico familiar, psicología, medicina preventiva y programas dirigidos para adolescentes, en nuestro hospital enfrentamos una gran problemática ya que no contamos con servicio de psicología, ocasionando cierta limitación en la terapia psicológica. No todos los casos ameritaran manejo a psiquiatría, únicamente en casos necesarios.

REFERNCIAS BIBLIOGRAFICCAS

1. José Luis Iglesias Diz. Adolescente y familia: La comunicación y el afecto | ADOLESCENCIASEMA. *Adolescente y familia: La comunicacion y el afecto*. 2018;(5).
2. Rodríguez Molinero L. El adolescente y su entorno: Familia, amigos, escuela y medios. *Pediatria Integral*. 2017;21(4).
3. Sotomayor IDÁ de. Generación Z. *Revista e-curriculum*. 2023;21: e60933. https://doi.org/10.23925/1809-3876.2023v21e60933.
4. Luis J, Diz I. Temas de revisión Adolescente y familia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 2016;IV 3(45–52).
5. World Health Organization. *Suicide in the world: Global health estimates.* 2019.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio.* 2018.
7. Moya PR. El transportador de serotonina: Variantes genéticas y trastornos neuropsiquiátricos. *revista farmacología de chile*. 2013;6.
8. Cornellà J. Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. *Garbi de la Universital de Girona.* 2005;
9. Cuenca N, Robladillo L, Meneses M, Suyo J. Salud mental en adolescentes universitarios Latinoaméricanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*. 2020;39(6).
10. Grueling JW, DeBlassie RR. El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2013;76(4).

11. Betancourt Y, … AQ… en S a lo largo, 2016 undefined. Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-blogs. *formacionasunivep.com*. 2013;76(4).

12. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. *Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática*. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2016.

13. Toribio Pérez L, González-Arratia López-Fuentes NI, Oudhof Van Barneveld H, Gil Lacruz M. Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Rev. Costarric. psicol*. 2018;37(2).

14. Lluch Canut MT. *Construccion De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. Construccion De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva. 1999.

15. Padrós Blázquez F, Montoya Pérez KS, Bravo Calderón MA, Martínez Medina MP. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*. 2020;26(2): 181–187. https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2020.08.002.

16. Figueras-Masip A, Amador-Campos JA, Peró-Cebollero M. Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008;8(1).

17. Ugarriza N, Escurra-Mayaute LM. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*. 2002;0(005). https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.872.

18. Martín-Del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes Adolescent suicide. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2013;76(4).

19. López Iglesias M, Tapia-Frade A, Ruiz Velasco CM. Patologías y dependencias que provocan las redes sociales en los jóvenes nativos digitales. *Revista de Comunicación y Salud*. 2022;13. https://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e301.

20. Vilanova N. Generación Z: los jóvenes que han dejado viejos a los millennials. *En Portada*. 2017;

21. Agra Varela Y, Suárez Alonso A, Aranzazu López Franco M, Latasa Zamalloa P, sugerida C, Varela AY, et al. DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. TRABAJANDO JUNTOS POR SU PREVENCIÓN. https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.003.

22. Ursul A, Herrera Guerra E, Galvan Patrignani G. Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados. *Psicogente*. 2022;25(48). https://doi.org/10.17081/psico.25.48.5422.

23. Quemba Mesa MP, Herrera Tarapues JC, Mendoza Ortiz A, Mendoza Ortiz B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020. *Pediatría*. 2022;55(1). https://doi.org/10.14295/rp.v55i1.355.

24. INEGI. Estadísticas de defunciones registradas. *Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2022*. Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2022. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud

25. Tomas Baader M, Edmundo Urra P, Rocío Millán A, Lisette Yáñez M. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(3). https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70430-8.

26. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffe S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42. https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.100.

27. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021;45. https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.4.

28. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20): 2191–2194. https://doi.org/10.1001/JAMA.2013.281053.

29. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. *The revision of the Declaration of Helsinki: Past, present and future*. British Journal of Clinical Pharmacology. 2004. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2004.02103.x.

30. Decreto PEF. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. 2007.

31. The Nuremberg Code. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1996;276(20). https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540200077043.

32. Eticos Directrices Para La Proteccion De PY, John Ryan K, Boston Joseph Brady M V, Robert Cooke HE, Jonsen AR, Patricia King F, et al. Informe Belmont.

33. Andrade Salazar JA, Duffay Pretel L, Ortega Maya PA, Ramirez Avilés E, Carvajal Valencia JE. Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa del Quindío. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud, ISSN-e 2389-783X, ISSN 1794-5992, Vol. 14, Nº. 2, 2017 (Ejemplar dedicado a: (julio - diciembre) Publicación anticipada), págs. 179-187*. 2017;14(2): 179–187. https://doi.org/10.21676/2389783X.1968.

34. Honorato Bernal TM, González Arratia López Fuentes NI, Ruiz Martínez AO, Andrade Palos P. Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova Scientia*. 2019;11(22). https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825.

35. Moyeda IXG, Velasco AS, Ojeda FJR. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicologia*. 2009;25(2).

36. Toribio Pérez L, González-Arratia López-Fuentes NI, Oudhof van Barneveld H. Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo/Positive Mental Health in Mexican Adolescents: Differences by Sex. *Revista Costarricense de Psicología*. 2018;37(2). https://doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03.

37. Valdez A, Becerra-Ureta NM, Melgarejo-Solano G, Huarancca-Mallqui J, En Psicología L. Nivel de ansiedad en adolescentes de una institución preuniversitaria de Lima Norte. *Health Care & Global Health*. 2019;3(1).