

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

ISEO[®]



POSGRADO
TESIS



INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en
Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad.**

Tesis para obtener el grado de:
DOCTOR EN SALUD MENTAL
PRESENTA:

Aarón Sifuentes Machado
Orcid: 0009-0008-7834-8644

Director:
Dr. Diego López Dórame
Orcid: 0000-0002-8738-6406

Co-Directora:
Dra. Raquel García Flores
Orcid: 0000-0002-2786-5069

Tepic, Nayarit México 14 de Noviembre, 2025

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Aarón Sifuentes Machado Matrícula: A241059

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

Título de la tesis: Generando Esperanza Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad.

Nombre del Director de Tesis: Diego López Dórame

Nombre del Codirector de Tesis: Raquel García Flores

Fecha de aprobación: 14 de noviembre de 2025

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada: : Generando Esperanza Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad, presentada por el alumno Aarón Sifuentes Machado, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de DOCTOR EN SALUD MENTAL.

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

DR. DIEGO LÓPEZ DÓRAME

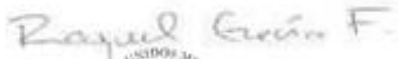


DRA. PAULA CAROLINA ESTRADA AGUILERA
DIRECTOR ACADÉMICO Y CIENTÍFICO



CODIRECTOR DE TESIS

DRA. RAQUEL GARCÍA FLORES



GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
INSTITUTO SUPERIOR
PARTICULAR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
TEPIC, NAYARIT

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **AARÓN SIFUENTES MACHADO**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **“GENERANDO ESPERANZA: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES EN RIESGO DE SUICIDIO EN LA UNIVERSIDAD”**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE

Nombre y firma



Aarón Sifuentes Machado

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Aaron Siafunetes
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en Estudi...
Nombre del archivo:	ento_en_Estudiantes_en_Riesgo_de_Suicidio_en_la_Universida...
Tamaño del archivo:	1.38M
Total páginas:	184
Total de palabras:	38,650
Total de caracteres:	225,192
Fecha de entrega:	25-oct-2025 09:28a. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2792180658



Dedicatorias

- A mi esposa, por ser mi impulso y mi compañera en cada momento de esta travesía.
- A mi hija Natalia y mi hijo Isaac, quienes me inspiran cada día a construir un mundo más esperanzador.
- A mis hermanos y hermanas, por ser la mejor herencia que me dejaron mis padres.
- A todos y todas las estudiantes que han compartido su historia conmigo: esta tesis nace de su valentía y de nuestra esperanza compartida.

Agradecimientos

- Deseo expresar mi profundo agradecimiento al Dr. Diego López Dórame y a la Dra. Raquel García Flores, por su guía experta, su paciencia y su confianza en este proyecto desde su inicio.
- Agradezco también al Instituto Superior de Estudios de Occidente, por brindarme el espacio académico y formativo para desarrollar este trabajo.
- A la Universidad Politécnica de Cuencamé, a la rectoría, dirección académica, y a las y los estudiantes que participaron en esta investigación, por abrirme la puerta a sus historias con honestidad y esperanza.
- A mi familia, por su comprensión y apoyos totales durante el proceso.

Resumen

El suicidio en estudiantes universitarios representa un problema de salud mental de gran relevancia. Esta investigación tuvo como objetivo describir las estrategias de afrontamiento empleadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuenca que presentaron ideación o intento suicida, y evaluar los efectos de una entrevista centrada en la generación de esperanza. Se utilizó un enfoque mixto, con datos recolectados entre septiembre de 2023 y diciembre de 2024. La muestra fue intencional, conformada por estudiantes identificados mediante la escala ISU del MMPI-2-RF. Se aplicaron entrevistas estructuradas y escalas de bienestar, confianza y riesgo suicida en dos momentos, con un seguimiento a seis meses. Los resultados cuantitativos mostraron una disminución significativa del riesgo suicida y un aumento del bienestar. Las entrevistas revelaron estrategias como la agencia personal, la conexión social, la reflexión positiva y la proyección al futuro. La utilidad de la intervención fue valorada positivamente por la mayoría de los participantes. La investigación concluye que la entrevista centrada en la esperanza puede fortalecer el afrontamiento positivo y promover el bienestar en estudiantes en riesgo. Se recomienda su integración en programas universitarios de prevención.

ÍNDICE

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS	3
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	5
Dedicatorias	6
Agradecimientos.....	7
Resumen	8
Índice de tablas y figuras.....	14
Introducción.....	15
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	18
1.1. Antecedentes.....	18
1.2. Contexto	24
1.3. Definición del problema de investigación.....	27
1.4. Pregunta de investigación:	31
1.5. Objetivos Generales.....	31
1.6. Objetivos específicos:.....	31
1.7. Justificación.....	32
1.8. Beneficios esperados	35
1.9. Limitaciones.....	37
1.10. Alcances.....	38
Capítulo 2. Marco Teórico	39
2.1. Teorías sobre la generación y mantenimiento de la esperanza (de la desesperanza a la esperanza)	40
2.1.1. Teoría de la desesperanza y el riesgo suicida	40

2.1.2.	Hope Theory: Rainbows in the Mind	42
2.1.3.	Bases neurobiológicas de la esperanza	43
2.1.4.	La Terapia Centrada en Soluciones y la importancia de la esperanza	45
2.1.5.	¿Puede una conversación activar los procesos neuronales de la esperanza?.....	48
2.2.	Estrategias de afrontamiento efectivas ante la ideación e intento suicida.....	52
2.2.1.	Estrategias de afrontamiento positivas en estudiantes universitarios	53
2.2.2.	Papel del apoyo social y las interacciones sociales negativas	55
2.2.3.	Modelos de intervención en el contexto universitario	57
2.2.4.	Recursos personales espontáneos y agencia narrativa en situaciones de riesgo suicida	62
2.3.	Evaluación del riesgo suicida en estudiantes de universidad	66
2.3.1.	Uso del MMPI-2-RF para la detección temprana de riesgo suicida.....	66
2.3.2.	Escalas Clínicas Reestructuradas (CR) en el MMPI-2-RF y su relación con el riesgo suicida.....	69
2.3.3.	Integración del MMPI-2 RF en programas de prevención	71
Capítulo 3. Método		75
3.1.	Línea de Investigación.....	75
3.2.	Metodología utilizada.....	77
3.3.	Diseño Metodológico	80
3.4.	Población y Muestra	82
3.5.	Procedimiento de elección de la Muestra	83
3.6.	Participantes.....	84

3.7.	Técnicas e Instrumentos Empleados.....	84
3.8.	Procedimiento de Recolección de Datos	90
3.9.	Desarrollo de Etapas de la Investigación.....	92
3.10.	Aspectos Bioéticos	95
Capítulo 4. Análisis de Resultados y Discusión		97
4.1.	Resultados Cuantitativos	98
4.1.1.	Análisis descriptivo de las variables principales	99
4.1.2.	Análisis correlacional entre variables	101
4.1.3.	Comparación de mediciones en diferentes momentos.....	104
4.1.4.	Implicaciones generales del análisis cuantitativo	108
4.2.	Análisis cualitativo	110
4.2.1.	Estrategias de afrontamiento utilizadas.....	113
4.2.2.	Fortalezas personales	115
4.2.3.	Conexiones afectivas y redes de apoyo	117
4.2.4.	Reflexión positiva y resignificación	119
4.2.5.	Orientación al futuro.....	121
4.2.6.	Cambios en bienestar, confianza y riesgo suicida.....	123
4.2.7.	Evaluación de la utilidad de la intervención.....	125
4.2.8.	Conclusiones del análisis cualitativo	127
4.3.	Discusión.....	130
Capítulo 5. Conclusiones.....		134

5.1.	Hallazgos.....	135
5.2.	Recomendaciones.....	144
5.2.1.	Áreas de Salud Mental Universitaria Recomendación:.....	144
5.2.2.	Coordinación de Tutorías Recomendación:.....	145
5.2.3.	Docentes Recomendación:.....	145
5.2.4.	Estudiantes Recomendación:	146
5.2.5.	Nivel Institucional y Político Recomendación:.....	147
5.3.	Investigaciones Futuras.....	147
5.3.1.	Evaluación longitudinal del impacto de la entrevista centrada en la esperanza.....	148
5.3.2.	Adaptación cultural y contextual de la entrevista.....	148
5.3.3.	Participación activa del estudiantado en el diseño de intervenciones	149
5.3.4.	Evaluación del impacto institucional de la implementación de protocolos de prevención.....	149
5.4.	Limitaciones.....	149
5.4.1.	Tamaño y tipo de muestra.....	150
5.4.2.	Alcance temporal del seguimiento.....	150
5.4.3.	Influencia del contexto institucional y cultural	150
5.4.4.	Posible sesgo de deseabilidad social.....	151
5.4.5.	Limitaciones del instrumento de evaluación	151
5.4.6.	Recursos humanos y logísticos	152
5.5.	Validez de la Investigación	152
5.5.1.	Validez interna	152

5.5.2.	Validez externa	153
5.5.3.	Validez metodológica	153
5.5.4.	Control del sesgo y representatividad	154
5.5.5.	Potencial de replicabilidad.....	154
5.6.	Conclusión General y Reflexiones Personales	155
Referencias		158
Apéndice A. Solicitud de Aprobación de investigación		170
Apéndice B. Oficio de aceptación de Investigación		172
Apéndice C. Aviso de Privacidad.....		173
Apéndice D. Consentimiento Informado		177
Apéndice E. Formato primera entrevista		180
Apéndice F. Formato entrevista de seguimiento.....		184
Curriculum Vitae		186

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Participantes por carrera y sexo	82
Tabla 2. Estructura y propósito de la entrevista de valoración del riesgo suicida	86
Tabla 3. <i>Estructura y propósito de la entrevista de seguimiento.....</i>	89
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables principales	99
Tabla 5. Frecuencia de respuestas sobre la utilidad percibida	101
Tabla 6. Matriz de correlaciones de Spearman	102
Tabla 7. Resultados de las pruebas de Friedman y Wilcoxon	105
Tabla 8. Síntesis del análisis cualitativo	112
Figura 1. Etapas de investigación	92

Introducción

La salud mental de las y los estudiantes universitarios ha cobrado una creciente relevancia en el ámbito académico, institucional y social, debido al incremento sostenido de indicadores preocupantes como la ideación suicida, los trastornos depresivos y los sentimientos de desesperanza. En este contexto, el suicidio representa una de las principales causas de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años en México, convirtiéndose en una problemática de salud pública que afecta de manera directa el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo integral de la juventud universitaria.

La Universidad Politécnica de Cuencamé, ubicada en una región del norte de México caracterizada por ciertas condiciones de vulnerabilidad social, económica y emocional. La experiencia clínica, institucional y estadística acumulada en los últimos años muestra que una proporción significativa de estudiantes ha experimentado ideación o intento suicida. En respuesta a esta situación, se han desarrollado acciones preventivas como la aplicación del MMPI-2-RF, talleres de seguridad emocional y entrevistas psicológicas. Sin embargo, se identificó la necesidad de explorar estrategias más profundas y centradas en factores protectores como la esperanza, la agencia personal y el afrontamiento resiliente.

La presente investigación se propuso describir las estrategias de afrontamiento más efectivas empleadas por estudiantes identificados con ideación o intento suicida y, al mismo tiempo, evaluar los efectos de una entrevista de intervención psicológica centrada en la generación y mantenimiento de la esperanza. Para ello, se adoptó un enfoque mixto,

longitudinal y exploratorio, que permitió integrar análisis cuantitativos y cualitativos de las variables de bienestar, riesgo suicida, confianza y percepción de utilidad.

Esta tesis está organizada en cinco capítulos. El Capítulo 1 presenta el planteamiento del problema, incluyendo antecedentes internacionales, nacionales y locales, la definición del problema de investigación, los objetivos, la justificación, los beneficios esperados, las limitaciones y los alcances.

El Capítulo 2 desarrolla el marco teórico, estructurado en torno a tres ejes fundamentales: las teorías de la esperanza (Hope Theory, teoría de la desesperanza, neurobiología de la esperanza), las estrategias de afrontamiento (incluyendo modelos de apoyo social, agencia narrativa y terapia centrada en soluciones), y la evaluación del riesgo suicida en el contexto universitario mediante el MMPI-2-RF.

En el Capítulo 3, se detalla el método de investigación, donde se justifica la elección del enfoque mixto, se describe a la población objetivo, los criterios de selección, los instrumentos utilizados y los procedimientos de recolección y análisis de datos, asegurando la integridad ética de la investigación.

El Capítulo 4 presenta los resultados obtenidos, tanto cuantitativos (mediante análisis descriptivos, comparativos y correlacionales) como cualitativos (por medio de codificación temática de entrevistas), seguidos de una discusión crítica que integra los hallazgos empíricos con los aportes teóricos.

Finalmente, el Capítulo 5 sintetiza los principales hallazgos, expone recomendaciones dirigidas a distintos niveles institucionales, sugiere líneas de

investigación futura y ofrece una reflexión personal sobre el proceso de investigación y su valor formativo.

Este estudio se inscribe en una línea de investigación orientada a la prevención del suicidio desde un enfoque de salud mental positiva y esperanza activa. La propuesta no sólo busca describir un fenómeno preocupante, sino aportar alternativas aplicables a la intervención psicológica en entornos universitarios, particularmente en contextos con recursos limitados. Al centrarse en las fortalezas de las y los estudiantes y en su capacidad para construir futuros posibles, esta tesis pretende convertirse en una herramienta práctica y replicable para mejorar la atención psicoeducativa y promover la vida como horizonte compartido.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1. Antecedentes.

La desesperanza como factor de riesgo para el suicidio

La desesperanza y la sensación de falta de esperanza han sido identificadas como factores de riesgo clave para el suicidio. Desde hace varias décadas, numerosos estudios han encontrado una fuerte asociación entre la percepción de que la situación es irreversible y sin salida, y el riesgo suicida (1). La psicoterapia ha demostrado ser efectiva para restaurar la esperanza en personas con ideación o comportamiento suicida, al ayudarles a desarrollar pensamientos más optimistas sobre el futuro (2,3)

En un estudio de Bernal et al. (4) se analizó la relación entre el riesgo suicida, la autoestima y la desesperanza en una muestra de 74 adolescentes de educación media superior. Los resultados destacaron el papel fundamental de la desesperanza como un factor de riesgo clave para el suicidio en esta población. Específicamente, se encontró una relación positiva significativa entre el riesgo suicida y la desesperanza, mientras que la autoestima se relacionó inversamente con el riesgo suicida. Además, los participantes provenientes de familias monoparentales presentaron mayores niveles tanto de desesperanza como de riesgo suicida. De hecho, el análisis de regresión logística reveló que la desesperanza es la variable que mejor predice el riesgo suicida, seguida de la autoestima.

Más recientemente, en una investigación con estudiantes de medicina llevado a cabo por Osornio et. al. (5) se encontró que la desesperanza es un factor clave asociado a la ideación suicida en esta población. En dicha

investigación, todos los participantes presentaban ideación suicida, y la mayoría mostraba niveles moderados o graves de desesperanza. La desesperanza, caracterizada por una visión pesimista del futuro, se identificó como un importante factor de riesgo para el suicidio en estudiantes de medicina, incluso más allá de la sintomatología depresiva. Los autores concluyeron que es necesario abordar la desesperanza a través de estrategias de prevención e intervención en este grupo altamente vulnerable.

También las investigaciones de neuroimagen han identificado varias estructuras cerebrales clave en la generación y mantenimiento de la esperanza. La corteza prefrontal juega un papel importante en la regulación de las emociones y la perspectiva hacia el futuro (6). El estriado ventral está involucrado en el procesamiento de recompensas y la motivación (7), mientras que la amígdala procesa las emociones, incluyendo el optimismo y la esperanza (8). El hipocampo contribuye a la imaginación y a la visualización del futuro (9).

Algunas estrategias para estimular estas áreas cerebrales incluyen la psicoterapia y el entrenamiento en reestructuración cognitiva (2), la práctica de mindfulness y meditación (10), y el ejercicio físico (11).

Desde un enfoque centrado en soluciones, la investigación ha demostrado que la restauración de la esperanza es clave para prevenir el suicidio. En lugar de enfocarse únicamente en los factores de riesgo, este enfoque se centra en identificar y potenciar los recursos y fortalezas de las personas (12,13).

Prevalencia de ideación e intento suicida en estudiantes de universidad en México y Durango

En México, de acuerdo con Ortiz-Pérez et. al. (14) el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública muy relevante, siendo la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en 2020 y concentrando el 43.0% del total de suicidios del país. En su investigación se exploraron los cambios en la distribución geográfica de las tasas de suicidio por entidad federativa, se analizó la magnitud, distribución y tendencia de la mortalidad por suicidio en los y las jóvenes de 15 a 29 años entre 1990 y 2020. Los resultados preliminares mostraron que, de 1990 a 2020, la mortalidad por suicidio en jóvenes creció 198%, siendo mayor en las mujeres (285%) que en los hombres (178%), y que las entidades con mayor mortalidad por suicidio de 2016 a 2020 fueron Chihuahua, Aguascalientes, Yucatán, Guanajuato y San Luis Potosí.

En relación al Estado de Durango, donde se encuentra la Universidad Politécnica de Cuencamé, en cuanto a las tasas de crecimiento de los índices de suicidio, se menciona que dicho estado ocupa el quinto lugar en el aumento de dicho fenómeno solo después de Michoacán, Yucatán, Chihuahua y Aguascalientes (14).

El estudio realizado por Terrones-González et al. (15) en la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) es un antecedente importante en la investigación sobre el suicidio en la población universitaria. Los autores evaluaron las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D/IS) en 943 estudiantes universitarios, encontrando que la escala presenta buenas propiedades de confiabilidad y validez para medir sintomatología depresiva y riesgo de suicidio en este grupo. Además, identificaron que el 9.38% de las y los estudiantes presentaban sintomatología depresiva elevada y el 5.82% muy elevada, con mayor

prevalencia en mujeres y en estudiantes de segundo y quinto año de la carrera (15).

Estrategias de afrontamiento e intervenciones en el contexto universitario:

La investigación sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes universitarios con ideación o intento suicida ha arrojado resultados relevantes. Un estudio (16) con más de 1,200 estudiantes de una universidad estadounidense encontró que aquellos que recurrían a estrategias de afrontamiento positivas, como la búsqueda de apoyo social y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, presentaban menor riesgo de desarrollar comportamientos suicidas persistentes.

Hirsch y Barton (17) exploraron el papel del apoyo social y las interacciones sociales negativas en la ideación y los intentos de suicidio entre estudiantes universitarios. Sus hallazgos sugirieron que el apoyo social percibido se asociaba negativamente con la conducta suicida, mientras que las interacciones sociales negativas se relacionaban positivamente con dicha conducta.

En cuanto a programas de intervención, algunas universidades mexicanas han implementado iniciativas para prevenir el suicidio estudiantil. Por ejemplo, Sánchez-Sosa et al. (18) describieron el desarrollo de protocolos de atención, programas de capacitación para el personal y campañas de sensibilización en diferentes universidades del país. Sin embargo, los autores señalaron la necesidad de seguir explorando enfoques de intervención más innovadores y efectivos.

Por tanto, la evidencia previa destaca la prevalencia significativa de ideación e intento suicida entre estudiantes universitarios en México y Durango, así como la importancia de comprender las estrategias de afrontamiento y desarrollar intervenciones efectivas en este contexto. La presente investigación se alinea con estos hallazgos y busca aportar nuevos conocimientos en esta área.

El inventario multifásico de la personalidad Minnesota en su forma reestructurada como forma de detección de riesgo suicida

La detección temprana del riesgo suicida es importante, especialmente entre la población universitaria, donde los problemas de salud mental pueden ser prevalentes. El Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) es una herramienta psicométrica ampliamente utilizada para evaluar una variedad de trastornos psicológicos, incluido el riesgo suicida.

Gottfried et al. (19) señalan que el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Forma Restructurada (MMPI-2-RF) tiene una escala de Ideación Suicida/Muerte (SUI) que consta de 5 ítems que describen la ideación o los comportamientos suicidas recientes. En su estudio examinaron asociaciones entre la escala SUI y otras medidas establecidas de ideación y comportamiento suicida, incluida la Subescala de Ideación Suicida del Inventario de Síntomas Depresivos (DSI-SS), la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS), el autoinforme de intentos de suicidio de por vida y las evaluaciones de los clínicos sobre el riesgo de suicidio. Los hallazgos sugieren que la escala SUI del MMPI-2-RF puede ser una herramienta útil para identificar a las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida en entornos clínicos.

En una investigación sobre el suicidio en adolescentes, se buscó evaluar si la caracterización de la personalidad de un grupo de jóvenes con riesgo suicida en una escuela contribuía a instaurar una intervención psicológica grupal, y si dicha caracterización ayudaba a la oportuna referencia a otros servicios de atención psicológica de la comunidad (20). La estrategia de intervención se llevó a cabo en una escuela secundaria pública de la Ciudad de México con 482 adolescentes, y el perfil presentado corresponde a 72 estudiantes (52 mujeres y 20 hombres) evaluados mediante el MMPI-A y el IRIS. Los resultados mostraron una heterogeneidad en los perfiles de personalidad encontrados, lo cual permitió introducir una nueva dimensión que podría contribuir al diseño de estrategias de intervención psicológica. Además, se concluyó que la evaluación de estos rasgos de personalidad dentro del área de riesgo suicida en adolescentes permite tomar en cuenta las diferencias individuales y grupales, así como las diferencias de género, para las acciones de prevención y apoyo psicológico.

Los estudios revisados sugieren que el MMPI-2-RF puede ser una herramienta útil en la detección de riesgo suicida en la población universitaria. Específicamente, las escalas clínicas del MMPI-2-RF relacionadas con la depresión y la desesperanza han demostrado ser predictores significativos de ideación suicida y pueden ayudar a identificar estudiantes en riesgo. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender completamente la eficacia del MMPI-2-RF en este contexto y para determinar cómo integrar mejor esta herramienta en los esfuerzos de prevención y tratamiento del suicidio en entornos universitarios.

1.2. Contexto

Cuencamé, Durango, México

Cuencamé es un municipio ubicado en la región centro-norte del estado de Durango, México. Forma parte de la Comarca Lagunera, una zona geográfica que abarca también a los estados de Coahuila y Zacatecas.

La población total del municipio de Cuencamé es de aproximadamente 27,000 habitantes, según datos del último censo realizado en 2020.

La principal actividad económica de la región es la minería y la agricultura, particularmente el cultivo de forrajes y la ganadería. También destaca la producción industrial y la prestación de servicios.

En cuanto a los indicadores socioeconómicos, Cuencamé presenta niveles moderados de marginación y pobreza, con un 32.4% de la población viviendo en situación de pobreza, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (21).

Índice de suicidios en la región

El estado de Durango, donde se ubica el municipio de Cuencamé, ha presentado históricamente tasas de suicidio por encima del promedio nacional.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (22), en 2020 la tasa de suicidios en Durango fue de 10.9 por cada 100,000 habitantes, mientras que la tasa nacional fue de 6.1 por cada 100,000 habitantes.

Específicamente en el municipio de Cuencamé, los registros de la Secretaría de Salud estatal indican que la tasa de suicidios se encuentra en 12.4 por cada 100,000 habitantes, superando incluso el promedio estatal.

Estas cifras señalan la importancia de atender de manera prioritaria la problemática del suicidio en la región, especialmente entre la población joven y estudiantil, como es el caso de los estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé.

El contexto socioeconómico y los altos índices de suicidio en la región donde se ubica la universidad objeto de estudio resaltan la relevancia de abordar de manera integral los factores de riesgo y de promover estrategias efectivas de prevención e intervención en este ámbito.

Características de la Universidad Politécnica de Cuencamé

La Universidad Politécnica de Cuencamé es una institución de educación superior pública ubicada en el municipio de Cuencamé, en el estado de Durango, México.

Fue fundada en 2012 con el objetivo de ofrecer programas de licenciatura en áreas de ingeniería, tecnología y ciencias aplicadas. Cuenta con 3 carreras, Ingeniería Metalúrgica (IME), Ingeniería en Tecnologías de la Información (ITI) y Licenciatura en Administración y Gestión Empresarial (LAGE).

Actualmente cuenta con una población estudiantil de aproximadamente 350 estudiantes, provenientes principalmente de la región centro-norte del estado de Durango, aunque también se reciben estudiantes de otras entidades como Zacatecas y Coahuila.

Servicios de salud mental para la población estudiantil

La universidad cuenta con un área de atención al alumnado que brinda apoyo en el área de salud mental y ofrece atención individual y grupal a estudiantes que presenten dificultades emocionales, problemas de adaptación, estrés, ansiedad o depresión.

Como parte de la atención que se brinda en dicha área, a las y los alumnos de nuevo ingreso, durante el cuatrimestre septiembre-diciembre se les aplica la prueba psicométrica MMPI2-RF en una versión electrónica en la que se identifican áreas críticas de atención como lo son la ideación o intentos suicidas, alcoholismo, ansiedad, entre otras. Derivado de la relevancia de la información obtenida, las y los alumnos que puntúan afirmativamente para la escala de ideación suicida son entrevistados para determinar el nivel de riesgo y proceder a su atención y/o canalización a instituciones de salud mental en el estado.

También se llevan a cabo talleres y conversaciones para la prevención del suicidio y adicciones. Por ejemplo, en el marco de la conmemoración del día mundial de la prevención del suicidio, se trabajan talleres para la elaboración de un plan de seguridad en el que el alumnado redacta estrategias, establece contactos útiles por si se llegan a encontrar en riesgo de atentar contra sus vidas. De la misma manera durante la conmemoración del día mundial de la lucha contra las adicciones, se llevan a cabo conversaciones grupales con personas que han estado en dicha condición y que actualmente se encuentran en rehabilitación.

1.3. Definición del problema de investigación

La ideación e intento suicida entre las y los estudiantes universitarios es un grave problema de salud mental que afecta de manera significativa a esta población. Diversos estudios han documentado altas tasas de prevalencia de estos fenómenos en el contexto universitario, lo que representa una seria amenaza al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo integral de los jóvenes.

A nivel individual, la ideación y el intento suicida tienen un profundo impacto. Estos estudiantes experimentan un intenso sufrimiento emocional, acompañado de desesperanza, depresión y ansiedad, lo cual repercute negativamente en su desempeño académico, en sus relaciones interpersonales y en su capacidad para alcanzar sus metas y proyectos de vida. Más allá de las consecuencias individuales, esta problemática también afecta a las familias, las comunidades y la sociedad en general, generando un impacto emocional, social y económico de gran magnitud.

Como se mencionó anteriormente, estudios realizados en México han encontrado altas tasas de ideación y comportamientos suicidas entre estudiantes universitarios. Un estudio nacional de 2019 reveló que el 12.1% de los participantes reportaron ideación suicida en el último año, y el 3.7% informaron haber intentado suicidarse. Específicamente en Durango, un estudio de 2021 indicó que aproximadamente el 10% del estudiantado universitario evaluado presentaban riesgo de suicidio. Estas cifras indican que la problemática del suicidio se distribuye de manera significativa en la región y afecta de manera considerable a la población estudiantil.

Es importante destacar que, si bien la ideación o intento suicida no presentan diferencias marcadas en cuanto a género, algunos grupos

poblacionales podrían ser más vulnerables. Factores como el contexto socioeconómico, la pertenencia a minorías étnicas y los antecedentes de salud mental, entre otros, pueden incrementar el riesgo y la exposición de ciertos estudiantes a estas situaciones.

Ante este panorama, la Universidad Politécnica de Cuenca ha implementado algunas estrategias de prevención e intervención, como la aplicación de la prueba psicométrica MMPI-2 RF a estudiantes de nuevo ingreso, la cual permite la detección temprana de riesgo suicida. Adicionalmente, se ofrecen servicios de atención individual y grupal en el área de salud mental, así como talleres y conversaciones para la prevención del suicidio y las adicciones.

Sin embargo, la evidencia sugiere que aún existen importantes desafíos por abordar. La comprensión de las estrategias de afrontamiento efectivamente utilizadas por estudiantes en riesgo y la evaluación de enfoques de intervención innovadores, centrados en la generación y mantenimiento de la esperanza, podrían contribuir a fortalecer las acciones de prevención e intervención en este contexto.

La presente investigación se enfoca en la exploración de estas estrategias de afrontamiento y en la evaluación de una propuesta de intervención basada en la generación o mantenimiento de la esperanza. Los resultados de este estudio podrían aportar información valiosa para el diseño e implementación de programas y servicios de apoyo psicológico más efectivos y adaptados a las necesidades específicas de estudiantes en riesgo de ideación e intento suicida.

Asimismo, los hallazgos de esta investigación podrían servir como base para replicar y adaptar estos esfuerzos en otros contextos universitarios, contribuyendo así a fortalecer los planes de prevención del suicidio a nivel

regional y nacional. Esto, a su vez, tendría un impacto positivo en la salud mental y el bienestar integral de estudiantes universitarios en México.

Con todo lo anterior, se puede afirmar que la ideación e intento suicida en la población estudiantil universitaria es un problema de salud pública de alta relevancia, con implicaciones profundas a nivel individual, institucional y social. La magnitud y distribución del fenómeno en el estado de Durango, y particularmente en la Universidad Politécnica de Cuencamé, demandan una atención prioritaria y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención efectivas. La presente investigación se propone como una oportunidad para generar conocimiento y contribuir a la implementación de soluciones innovadoras en este ámbito.

Delimitación del Problema

El presente estudio tiene como objetivo explorar las estrategias de afrontamiento empleadas por estudiantes universitarios de la Universidad Politécnica de Cuencamé que han enfrentado ideación o intento suicida, así como evaluar la efectividad de una entrevista diseñada específicamente para generar o mantener la esperanza. Este enfoque permite identificar herramientas útiles para estos estudiantes y, potencialmente, replicar las estrategias exitosas en otros contextos educativos.

La investigación se lleva a cabo en la Universidad Politécnica de Cuencamé, ubicada en el municipio de Cuencamé, Durango, México, y se centra en estudiantes identificados como de alto riesgo mediante la escala de Ideación Suicida (ISU) del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured

Form (MMPI2 RF). La población objetivo comprende jóvenes de entre 17 y 22 años, inscritos en las carreras de Ingeniería Metalúrgica, Ingeniería en Tecnologías de la Información y Licenciatura en Administración y Gestión Empresarial. La mayoría proviene de contextos rurales cercanos a la universidad.

El presente estudio adquiere relevancia en un contexto global donde, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) (23), más de 800,000 personas se suicidan cada año. En México, esta problemática también es alarmante, con más de 8,000 casos anuales reportados (22). En el estado de Durango, las cifras oscilan entre 190 y 200 casos por año, según registros de las autoridades locales de salud, lo que posiciona a la región como una de las más afectadas a nivel nacional.

Los datos de esta investigación se recopilan en el período comprendido entre septiembre de 2023 y diciembre de 2024, lo que permite captar tanto un panorama inicial como los cambios posteriores a las intervenciones realizadas. De esta manera, se busca no solo describir las estrategias de afrontamiento, sino también generar evidencia sobre la utilidad de herramientas específicas como las entrevistas centradas en soluciones para la promoción de la esperanza.

1.4. Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más efectivas utilizadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé con ideación o intento suicida detectados mediante la escala ISU del MMPI-2 RF?

¿Cuáles son los efectos de una entrevista de intervención centrada en la generación de esperanza en el bienestar, riesgo suicida, confianza para lograr las metas y utilidad en estudiantes de la Universidad que han presentado ideación o intento suicida previamente?

1.5. Objetivos Generales.

Describir las estrategias de afrontamiento más efectivas utilizadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé con ideación o intento suicida detectados mediante la escala ISU del MMPI-2 RF.

Evaluar los efectos de una entrevista de intervención centrada en la generación de esperanza en el bienestar, riesgo suicida, confianza para lograr las metas y la utilidad en estudiantes de la Universidad que han presentado ideación o intento suicida previamente.

1.6. Objetivos específicos:

1. Identificar las estrategias de afrontamiento más comunes empleadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé con ideación o intento suicida detectados por la prueba MMPI-2 RF.

2. Evaluar si una entrevista de intervención diseñada para generar esperanza puede fortalecer a las y los estudiantes y ayudarles a afrontar sus desafíos de manera más positiva.

3. Explorar la percepción de las y los estudiantes participantes sobre la utilidad de la intervención en la entrevista para generar esperanza.

1.7. Justificación.

La presente investigación cobra una gran relevancia debido a la magnitud y el impacto del problema de la ideación e intento suicida entre las y los estudiantes universitarios, tanto a nivel individual como institucional y social.

A nivel individual, la ideación y el intento suicida representan un grave problema de salud mental que pone en riesgo el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo integral de los estudiantes. Estas experiencias se asocian con altos niveles de sufrimiento emocional, desesperanza, depresión y ansiedad, lo que puede tener un impacto negativo en su desempeño académico, sus relaciones interpersonales y su capacidad para alcanzar sus metas y proyectos de vida (24,25).

A nivel institucional, la alta prevalencia de ideación e intento suicida entre las y los estudiantes universitarios representa un desafío significativo para las instituciones de educación superior, como la Universidad Politécnica de Cuencamé. Estas problemáticas demandan una atención prioritaria y la implementación de estrategias integrales de prevención e intervención, con el fin de garantizar el bienestar y el éxito académico de la población estudiantil. El no abordar de manera adecuada esta situación puede derivar en consecuencias

dramáticas, como el abandono escolar, la afectación de la imagen institucional y el incumplimiento de la responsabilidad social de las universidades en la formación integral de sus estudiantes (26,27).

A nivel social, el suicidio y los problemas de salud mental asociados representan un desafío de salud pública con amplias repercusiones. La pérdida de vidas jóvenes por esta causa genera un impacto emocional, social y económico profundo en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Además, la falta de atención oportuna y efectiva a estas problemáticas perpetúa el estigma y la desinformación, lo que dificulta la búsqueda de ayuda y la implementación de estrategias de prevención (28,29).

En cuanto a la relación con la realidad regional, es importante considerar los datos específicos del estado de Durango. De acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Durango ha registrado consistentemente tasas de suicidio por encima del promedio nacional en México. Un estudio (30) que examinó las tendencias de suicidio en Durango encontró que los jóvenes en edad universitaria representaban un porcentaje significativo de las tasas de suicidio en la región.

Por lo tanto, los nuevos conocimientos que esta investigación se enfocan en dos aspectos clave: 1) la identificación de las estrategias de afrontamiento más efectivas utilizadas por estudiantes con ideación o intento suicida, y 2) la evaluación de la eficacia de una entrevista de intervención centrada en la generación y mantenimiento de la esperanza como un factor fundamental para prevenir el suicidio.

Estos hallazgos podrán contribuir al fortalecimiento de los servicios de salud mental y bienestar que ofrece la Universidad Politécnica de Cuenca, lo que redundará en una mejor atención y acompañamiento a los estudiantes en situación de riesgo. Además, los aprendizajes y las buenas prácticas derivados de esta investigación podrán ser replicados en otros contextos universitarios, facilitando la implementación de estrategias de prevención del suicidio a nivel regional y nacional.

De esta manera, los objetivos de esta investigación se enfocan en generar conocimientos que permitan:

1. Desarrollar programas y servicios de apoyo psicológico más efectivos y adaptados a las necesidades específicas de los estudiantes en riesgo de ideación e intento suicida.
2. Evaluar la eficacia de enfoques de intervención innovadores, como la entrevista centrada en la generación de esperanza, para fortalecer a los estudiantes y ayudarles a afrontar sus desafíos de manera más positiva.
3. Compartir los aprendizajes y las buenas prácticas derivados de este estudio, a fin de facilitar la replicación de estos esfuerzos en otros contextos universitarios y contribuir a los planes de prevención del suicidio a nivel regional y nacional.

En conclusión, la relevancia y justificación de esta investigación radican en su potencial para generar conocimientos y soluciones que impacten positivamente en el bienestar y la salud mental de las y los estudiantes universitarios, en un contexto regional que enfrenta retos significativos en torno a la problemática del suicidio. Los hallazgos de este estudio podrán informar el

desarrollo de estrategias de prevención e intervención más efectivas, lo que redundará en beneficios a nivel individual, institucional y social.

1.8. Beneficios esperados

Los principales beneficios esperados de esta investigación se enfocan en cómo los hallazgos pueden contribuir al desarrollo de mejores estrategias de intervención y apoyo para los estudiantes en riesgo, así como en el potencial de replicar estos resultados en otros contextos universitarios:

Contribución al desarrollo de mejores estrategias de intervención y apoyo

Los resultados de este estudio proporcionarán información valiosa sobre las estrategias de afrontamiento más efectivas utilizadas por los estudiantes con ideación o intento suicida. Este conocimiento será fundamental para diseñar e implementar programas y servicios de apoyo psicológico más adaptados a las necesidades específicas de esta población.

La evaluación de la efectividad de la entrevista de intervención centrada en la generación de esperanza permitirá determinar si este enfoque puede ser una herramienta eficaz para fortalecer a los estudiantes y ayudarles a afrontar sus desafíos de manera más positiva. Esto podría derivar en el desarrollo de protocolos de intervención más integrales y orientados a promover el bienestar y la resiliencia.

Los hallazgos de esta investigación podrán informar el fortalecimiento de los servicios de salud mental y bienestar que ofrece la Universidad Politécnica

de Cuencamé, lo que redundará en una mejor atención y acompañamiento a los estudiantes en situación de riesgo.

Potencial de replicación en otros contextos universitarios

Dado que la problemática de la ideación e intento suicida en estudiantes universitarios es una preocupación a nivel nacional, los resultados de este estudio podrían ser de gran utilidad para otras instituciones de educación superior en México.

La descripción detallada de la metodología y los instrumentos utilizados, así como la evaluación de la efectividad de la entrevista de intervención, permitirán que este modelo pueda ser replicado en otros contextos universitarios, adaptándolo a las necesidades y características específicas de cada institución.

Al compartir los aprendizajes y las buenas prácticas derivadas de esta investigación, se contribuirá a fortalecer los esfuerzos de prevención del suicidio a nivel regional y nacional, lo que tendrá un impacto positivo en la salud mental y el bienestar del estudiantado universitario en México.

Por tanto, los beneficios esperados de esta investigación se enfocan en mejorar las estrategias de intervención y apoyo a nivel institucional, así como en facilitar la replicación de estos hallazgos en otros contextos universitarios, con el fin de promover una atención integral a la salud mental de los estudiantes.

1.9. Limitaciones.

Es importante reconocer las siguientes limitaciones y delimitaciones de esta investigación.

1. Acceso y participación de la muestra

El acceso a la muestra de estudiantes con ideación o intento suicida detectados por la prueba MMPI-2 RF puede verse restringido por la sensibilidad del tema y la posible reticencia de algunos participantes a formar parte del estudio.

La participación voluntaria de los estudiantes en las entrevistas y la aplicación de escalas podría verse limitada por factores como la disponibilidad de tiempo, el estigma asociado a la salud mental o la resistencia a abordar este tipo de problemáticas.

2. Temporalidad de los datos

Los datos recopilados en esta investigación se limitarán al periodo comprendido entre septiembre de 2023 y diciembre de 2024. No se podrán hacer inferencias sobre la situación de los estudiantes en periodos anteriores o posteriores a esta ventana de tiempo.

3. Enfoque en la prueba MMPI-2 RF

Si bien la prueba MMPI-2 RF es un instrumento ampliamente utilizado y validado para la detección de ideación e intento suicida, es posible que existan estudiantes que presenten esta problemática y no hayan sido identificados a través de dicha prueba y también que se arrojen falsos positivos.

Estas limitaciones y delimitaciones deben considerarse al interpretar y generalizar los resultados de esta investigación. Sin embargo, los hallazgos podrán aportar información valiosa para comprender y abordar la problemática de la ideación e intento suicida entre los estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé, lo que servirá como base para futuras investigaciones y acciones en este campo.

1.10. Alcances

Los resultados de este estudio se limitarán a la población estudiantil de la Universidad Politécnica de Cuencamé. No se podrán hacer generalizaciones directas a estudiantes de otras instituciones de educación superior.

Capítulo 2. Marco Teórico

El presente marco teórico aborda diversos aspectos relacionados con la esperanza, las estrategias de afrontamiento ante la ideación e intento suicida, y la evaluación del riesgo suicida en estudiantes universitarios. En primer lugar, se exploran las teorías sobre la generación y mantenimiento de la esperanza, desde la teoría de la desesperanza y el riesgo suicida hasta las bases neurobiológicas que sustentan este constructo. Además, se examinan enfoques como la Hope Theory de Snyder, el enfoque centrado en soluciones y el potencial de las conversaciones para activar los procesos neuronales relacionados con la esperanza.

En segundo lugar, se abordan las estrategias de afrontamiento efectivas ante la ideación e intento suicida, analizando las estrategias positivas en estudiantes universitarios, el papel del apoyo social y las interacciones sociales negativas, así como los modelos de intervención en el contexto universitario.

Finalmente, se presenta la evaluación del riesgo suicida en estudiantes universitarios, incluyendo el uso del MMPI-2-RF para la detección temprana, los perfiles de personalidad en esta prueba y su relación con el riesgo suicida, y la integración del MMPI-2-RF en programas de prevención.

Este marco teórico sienta las bases para comprender los factores que influyen en la esperanza, las estrategias de afrontamiento y la evaluación del riesgo suicida, brindando así un panorama integral para abordar esta problemática en el ámbito universitario.

2.1. Teorías sobre la generación y mantenimiento de la esperanza (de la desesperanza a la esperanza)

La esperanza es un concepto fundamental en el bienestar psicológico y emocional de las personas. A lo largo de los años, diversos enfoques teóricos han abordado el estudio de la esperanza, desde su generación y mantenimiento hasta las bases neurobiológicas que la sustentan. En esta sección, exploraremos algunas de las teorías más relevantes que han contribuido a nuestra comprensión de este constructo esencial. Comenzaremos con la teoría de la desesperanza y el riesgo suicida, que examina los factores que conducen a la pérdida de la esperanza y sus posibles consecuencias. Luego, analizaremos la Hope Theory de Snyder y su enfoque sobre los "arcoíris en la mente". Además, abordaremos las bases neurobiológicas de la esperanza y cómo ciertos procesos cerebrales pueden influir en su experiencia. También se aborda el enfoque centrado en soluciones y la importancia de la esperanza en el proceso terapéutico. Finalmente, nos preguntaremos si una conversación puede promover los procesos relacionados con la esperanza.

2.1.1. Teoría de la desesperanza y el riesgo suicida

La desesperanza y la sensación de falta de esperanza han sido identificadas como factores de riesgo clave para el suicidio. Numerosos estudios han encontrado una fuerte asociación entre la percepción de que la situación es irreversible y sin salida, y el riesgo suicida (1).

Según la teoría de la desesperanza (1), la desesperanza se caracteriza por expectativas negativas y pesimistas sobre el futuro. Las personas que experimentan desesperanza tienden a creer que sus problemas son insolubles y que no hay forma de mejorar su situación. Esta visión distorsionada del futuro aumenta significativamente la vulnerabilidad al suicidio.

En contraste, la presencia de esperanza se ha identificado como un factor protector fundamental. La esperanza se define como la capacidad de visualizar un futuro mejor y tener la motivación para lograr metas significativas (31). Cuando una persona tiene esperanza, es capaz de generar alternativas y rutas para alcanzar sus objetivos, lo que disminuye el riesgo suicida.

Diversos estudios han demostrado que la psicoterapia puede ser efectiva para restaurar la esperanza en personas con ideación o comportamiento suicida (2,3). Al ayudar a los pacientes a desarrollar pensamientos más optimistas sobre el futuro, se les brinda la oportunidad de ver posibilidades de cambio y de encontrar soluciones a sus problemas.

La teoría de la desesperanza contribuye a la comprensión de la importancia de la esperanza en la prevención del suicidio. Al identificar la desesperanza como un factor de riesgo clave, esta teoría proporciona una base para el diseño de intervenciones psicoterapéuticas y programas de prevención que se enfoquen en fortalecer la esperanza como un elemento fundamental para hacer frente a las ideas y comportamientos suicidas.

2.1.2. Hope Theory: Rainbows in the Mind

La teoría de la esperanza (Hope Theory) desarrollada por C.R. Snyder es un marco conceptual que destaca la importancia de la esperanza como un proceso cognitivo fundamental para el bienestar y la motivación humana. Esta teoría se presenta en el artículo "Hope Theory: Rainbows in the Mind" publicado en Psychological Inquiry en 2002.

Según Snyder, la esperanza se define como un estado motivacional positivo que se basa en un sentido de éxito derivado de dos componentes interrelacionados, agencia y vías.

Agencia (Agency) es la capacidad percibida para iniciar y mantener acciones hacia metas deseadas. Representa la fuerza de voluntad, la determinación y la motivación para lograr los objetivos.

Vías (Pathways) es la capacidad percibida para generar rutas o caminos para alcanzar las metas. Implica la habilidad de planificar y encontrar formas de sortear obstáculos.

Estos dos componentes, agencia y vías, interactúan de manera dinámica para facilitar la consecución de metas. La esperanza surge cuando las personas pueden visualizar caminos viables para llegar a sus objetivos y se sienten capaces de movilizar la energía necesaria para recorrerlos.

Snyder propone que la esperanza se desarrolla a lo largo de la vida y se manifiesta de manera diferente en diversos contextos y etapas del desarrollo. Las personas con mayores niveles de esperanza tienden a ser más exitosas, saludables y felices, ya que su visión optimista del futuro les permite generar alternativas y perseverar ante los desafíos.

Desde esta perspectiva, la esperanza puede funcionar como un factor protector ante la ideación y el comportamiento suicida. Al fortalecer la agencia y las vías percibidas, las intervenciones podrían ayudar a los individuos a desarrollar una visión más optimista del futuro y la motivación necesaria para afrontar sus dificultades de manera adaptativa.

2.1.3. Bases neurobiológicas de la esperanza

La investigación en neuroimagen ha identificado varias estructuras cerebrales clave implicadas en la generación y mantenimiento de la esperanza. Comprender estos sustratos neurales proporciona una perspectiva más integral sobre los procesos cognitivos y emocionales que subyacen a este constructo psicológico.

A) Corteza prefrontal:

La corteza prefrontal juega un papel importante en la regulación de las emociones y la perspectiva hacia el futuro (6). Esta región cerebral participa en la planificación, la toma de decisiones y la generación de pensamientos optimistas sobre las posibilidades por venir. La activación de la corteza prefrontal se ha asociado con la capacidad de imaginar y visualizar un futuro mejor.

B) Estriado ventral:

El estriado ventral, que incluye el núcleo accumbens, está involucrado en el procesamiento de recompensas y la motivación (7). Esta estructura juega un papel crucial en la activación de los circuitos de recompensa y en la generación

de sensaciones placenteras, lo cual contribuye a la experiencia subjetiva de esperanza y optimismo.

C) Amígdala:

La amígdala es una estructura clave en el procesamiento de las emociones, incluyendo el optimismo y la esperanza (8). La activación de la amígdala se ha asociado con la evaluación y el procesamiento de los estados afectivos positivos relacionados con la esperanza.

D) Hipocampo:

El hipocampo contribuye a la imaginación y a la visualización del futuro (9). Esta estructura cerebral participa en la construcción y elaboración mental de eventos futuros, lo cual es fundamental para la generación de esperanza y la capacidad de imaginar un panorama más positivo.

Estos hallazgos neurobiológicos sugieren que la esperanza implica la activación coordinada de múltiples sistemas cerebrales, incluyendo áreas involucradas en la regulación emocional, la motivación, el procesamiento de recompensas y la imaginación prospectiva. La estimulación de estas regiones cerebrales a través de diversas estrategias, como la psicoterapia, la meditación y el ejercicio físico, puede contribuir a fortalecer la esperanza y promover su mantenimiento.

Comprender los sustratos neurales de la esperanza brinda una base para el diseño de intervenciones orientadas a prevenir el suicidio, al centrarse en la

activación de los circuitos cerebrales que subyacen a este constructo psicológico protector.

2.1.4. La Terapia Centrada en Soluciones y la importancia de la esperanza

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) es un modelo terapéutico que se centra en los resultados deseados por el cliente en lugar de los problemas que enfrenta, ofreciendo un cambio de paradigma dentro de la psicoterapia. Este enfoque fue desarrollado por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee en 1978, basándose en la premisa de que el cambio puede ser co-construido entre el terapeuta y el cliente mediante conversaciones que resaltan recursos y fortalezas, no déficits ni patologías (32).

La TCS tiene sus raíces en el Instituto de Investigación Mental (MRI) en Palo Alto, California, donde De Shazer y Berg trabajaron en la década de 1970. Allí, aprendieron y expandieron las ideas sistémicas para construir un enfoque que hiciera la terapia más breve y efectiva, desafiando el modelo psicodinámico tradicional que requería años de sesiones. A través de su investigación, lograron reducir significativamente el número de sesiones necesarias para lograr resultados efectivos (32).

Entre las características principales de la TCS se encuentra el principio de que el cliente es el experto de su propia vida, y el papel del terapeuta es facilitar conversaciones que construyan un futuro deseado. Este modelo enfatiza la autonomía del cliente y la importancia del lenguaje como herramienta de cambio, proponiendo preguntas como la "pregunta milagro", que invita a los clientes a

visualizar cómo sería su vida si sus problemas se resolvieran, y el uso de escalas para medir el progreso y las metas (32).

La TCS también se caracteriza por su postura ética y empática, enfatizando la importancia de ver a los clientes como personas resilientes y capaces de superar sus desafíos (32). Este enfoque impacta en la generación y mantenimiento de la esperanza a través de varios mecanismos clave.

A) Enfoque en los recursos y fortalezas.

La TCS se aleja del modelo tradicional de centrarse únicamente en los problemas y los déficits. En su lugar, se enfoca en identificar y potenciar los recursos y fortalezas de las personas (12). Al destacar las capacidades y las habilidades del individuo, la TCS ayuda a generar una visión más optimista y esperanzadora sobre sus posibilidades de cambio y crecimiento.

B) Construcción de soluciones.

A través del diálogo terapéutico, la TCS ayuda a las personas a construir soluciones en lugar de concentrarse en los problemas. Se les invita a imaginar y describir un futuro mejor, a identificar excepciones en las que el problema no está presente y a generar ideas sobre cómo alcanzar esos objetivos deseados (12). Este proceso activa la imaginación y la visualización de un futuro más esperanzador.

C) Fomento de la agencia y las vías.

La TCS en concordancia con la teoría de la esperanza de Snyder, se centra en fortalecer los dos componentes clave de la esperanza: la agencia (la capacidad percibida para iniciar y mantener acciones) y las vías (la capacidad

percibida para generar rutas o caminos para alcanzar las metas) (31). A través de la conversación y la exploración de alternativas, la TCS ayuda a las personas a sentirse más capaces y a identificar formas de lograr sus objetivos, lo que incrementa su sensación de esperanza.

D) Atribución de éxito a la persona.

En lugar de atribuir los logros a factores externos, la TCS atribuye el éxito a las habilidades y los esfuerzos de la persona (12). Esto refuerza la agencia y la sensación de autoeficacia, lo cual es fundamental para mantener la esperanza a lo largo del tiempo.

E) Construcción de un futuro posible.

La TCS se enfoca en la construcción de un futuro posible y deseable, en lugar de quedarse atrapada en el pasado o en el presente problemático. Al imaginar y describir un futuro mejor, se activa el hipocampo, una estructura clave en la visualización prospectiva (9). Esto contribuye a la generación de esperanza y a la capacidad de las personas para ver alternativas y posibilidades.

En este contexto, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) ha emergido como un enfoque prometedor, basado en la identificación de recursos y fortalezas del individuo, en lugar de centrarse exclusivamente en el problema (33).

Estudios recientes han evidenciado que la TCS no solo reduce la ideación suicida, sino que también mejora el bienestar emocional y la percepción de autoeficacia en jóvenes en crisis (34). En un estudio de caso, un estudiante universitario con ideación suicida mostró una disminución significativa en la

desesperanza y los síntomas depresivos tras seis sesiones de TCS, lo que sugiere su potencial como una estrategia breve y efectiva en entornos universitarios (33). Además, las revisiones sistemáticas han encontrado que este enfoque es bien recibido por los pacientes, ya que fomenta la esperanza y refuerza la sensación de control sobre sus propias vidas (35).

La flexibilidad y aplicabilidad de la TCS la hacen una opción viable para la intervención en crisis, tanto en entornos presenciales como en terapia en línea, facilitando su acceso a un mayor número de estudiantes en riesgo (35). Sin embargo, se requiere mayor evidencia empírica para consolidar su efectividad y optimizar su implementación en programas de salud mental universitaria (34).

Por tanto, la terapia centrada en soluciones impacta en la generación y mantenimiento de la esperanza al enfocarse en los recursos y fortalezas de las personas, ayudarles a construir soluciones, fortalecer su agencia y vías, atribuir el éxito a sus propios esfuerzos, y facilitar la construcción de un futuro más esperanzador. Estos mecanismos activan diversas estructuras cerebrales clave, como la corteza prefrontal, el estriado ventral y el hipocampo, que sustentan los procesos cognitivos y emocionales relacionados con la esperanza.

2.1.5. ¿Puede una conversación activar los procesos neuronales de la esperanza?

Existen evidencias de que las intervenciones basadas en la conversación y el diálogo pueden activar los procesos neuronales asociados con la generación y mantenimiento de la esperanza.

Los siguientes estudios evidencian cómo las conversaciones y las intervenciones basadas en el diálogo pueden activar los circuitos neuronales relacionados con la esperanza:

Estudio de Ochsner y Gross (6) este estudio utilizó neuroimagen para investigar los mecanismos neuronales implicados en el control cognitivo de las emociones. Los resultados mostraron que la actividad en la corteza prefrontal se asociaba con la capacidad de los participantes para regular sus emociones y adoptar una perspectiva más optimista. Esto sugiere que las intervenciones terapéuticas centradas en el diálogo y la reestructuración cognitiva pueden activar áreas clave de la corteza prefrontal relacionadas con la esperanza.

Investigación de Hölzel et al. (10) los autores revisaron la evidencia sobre los mecanismos neurales de la meditación mindfulness. Encontraron que esta práctica se asociaba con una mayor activación del estriado ventral y la amígdala, estructuras implicadas en el procesamiento de recompensas y las emociones positivas. Esto indica que las intervenciones basadas en el diálogo y la exploración de soluciones, como las entrevistas motivacionales, pueden estimular estos circuitos cerebrales relacionados con la generación de esperanza.

En la investigación de Addis, Wong y Schacter (9) se estudiaron los sustratos neurales comunes y diferenciados entre la remembranza del pasado y la imaginación del futuro. Encontraron que el hipocampo desempeñaba un papel crucial en la construcción mental de eventos futuros. Esto indica que las intervenciones centradas en soluciones, que facilitan la visualización de un futuro mejor, pueden activar el hipocampo y contribuir a la generación de esperanza.

En el contexto de la terapia centrada en soluciones, la esperanza no solo facilita la curación, sino que también transforma la manera en que los clientes perciben sus desafíos y aspiraciones. A través de preguntas como "¿Cuál es tu mejor esperanza?", se invita a los clientes a explorar posibilidades nuevas y a conectarse con sus deseos más profundos, lo que les permite reconfigurar su narrativa personal desde una perspectiva más positiva. Este enfoque no solo cambia las respuestas inmediatas de los clientes, sino que también los empodera para visualizar y construir un futuro más esperanzador, convirtiendo la esperanza en un agente fundamental de cambio.

Elliott Connie y Adam Froerer (32) en su libro, *The Solution Focused Brief Therapy Diamond*, mencionan que el impacto que los traumas psicológicos dejan en el cerebro es significativo, afectando especialmente al hipocampo, lo que dificulta la capacidad de distinguir entre pasado, presente y futuro.

Durante episodios como los flashbacks, las personas pueden experimentar la sensación de que el trauma está ocurriendo en el momento presente, lo que intensifica su respuesta de miedo y estrés, activada por la amígdala. Sin embargo, la esperanza se presenta como un remedio poderoso, ya que las conversaciones centradas en la esperanza pueden ayudar al cerebro a mejorar esta capacidad de distinción temporal, generando sentimientos de optimismo y alegría que contrarrestan los efectos negativos del trauma.

Estos estudios proporcionan evidencia de que las intervenciones basadas en el diálogo y la exploración de posibilidades pueden activar estructuras cerebrales clave, como la corteza prefrontal, el estriado ventral, la amígdala y el hipocampo, que sustentan los procesos cognitivos y emocionales relacionados

con la esperanza. Esto respalda la idea de que las conversaciones y entrevistas de intervención centradas en soluciones pueden ser herramientas efectivas para fortalecer la esperanza y prevenir el suicidio.

Es importante destacar que, si bien las intervenciones verbales pueden tener un impacto en los procesos neuronales, también es necesario considerar otras estrategias complementarias, como la práctica de mindfulness, el ejercicio físico y el apoyo social, para estimular de manera integral los diversos sistemas cerebrales involucrados en la experiencia de la esperanza.

Por otro lado, también existen estudios que han explorado los posibles efectos negativos o limitaciones de las intervenciones basadas en el diálogo y la exploración de soluciones en la activación de los circuitos neuronales relacionados con la esperanza.

La revisión de la literatura sobre los sustratos neurales de la depresión de Gotlib y Joormann (36), señala que la disfunción en regiones como la corteza prefrontal y la amígdala puede interferir con la capacidad de los individuos de generar y mantener la esperanza. Los autores sugieren que, en algunos casos, las intervenciones verbales podrían no ser suficientes para revertir estos patrones neuronales disfuncionales. Además, los autores encontraron que los individuos con depresión presentaban sesgos atencionales y de memoria que dificultaban la generación de pensamientos optimistas y la visualización de un futuro mejor. Esto sugiere que, en algunos casos, las intervenciones verbales podrían ser insuficientes para modificar estos patrones cognitivos subyacentes que obstaculizan la esperanza.

En la Investigación de Dillon y Pizzagalli (37), se señala que los déficits en el procesamiento de recompensas, asociados con la actividad disfuncional del estriado ventral, pueden limitar la capacidad de las personas con depresión para experimentar y mantener la esperanza. Plantean que, en estos casos, se requerirían intervenciones más amplias que aborden directamente estos procesos neurobiológicos.

Estas evidencias sugieren que, si bien las intervenciones basadas en el diálogo y la exploración de soluciones pueden tener un impacto positivo en la generación de esperanza, existen también limitaciones y posibles efectos negativos en la activación de los circuitos neuronales subyacentes. En algunas situaciones, se requerirían enfoques más integrales que combinen la terapia verbal con otras estrategias, como la estimulación cerebral, el entrenamiento cognitivo o el uso de medicamentos para abordar de manera más efectiva los patrones neurobiológicos disfuncionales que obstaculizan la esperanza.

2.2. Estrategias de afrontamiento efectivas ante la ideación e intento suicida

Las estrategias de afrontamiento efectivas son aquellas que permiten a los individuos hacer frente de manera adaptativa a situaciones de estrés y adversidad, como lo es la ideación e intento suicida (38). Estas estrategias pueden dividirse en dos categorías principales: estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción (39).

Las estrategias centradas en el problema implican acciones dirigidas a modificar o eliminar la fuente de estrés, como buscar soluciones activas,

planificar y tomar medidas concretas (40). Por otro lado, las estrategias centradas en la emoción apuntan a regular las emociones negativas asociadas a la situación estresante, como la aceptación, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social (40).

2.2.1. Estrategias de afrontamiento positivas en estudiantes universitarios

Las estrategias de afrontamiento positivas son aquellas que permiten a los estudiantes universitarios hacer frente de manera adaptativa a los desafíos y estresores que enfrentan, lo que se ha demostrado efectivo para promover su bienestar y salud mental.

Estrategias centradas en el problema:

a. Planificación:

Implica que los estudiantes desarrollen un plan de acción concreto para abordar la situación estresante. Esto puede incluir pasos como identificar los objetivos a alcanzar, listar los recursos necesarios, establecer un cronograma y anticipar posibles obstáculos (41). Por ejemplo, un estudiante que enfrenta dificultades académicas puede planificar reunirse con el profesor, organizarse con un tutor y establecer un horario de estudio.

b. Resolución de problemas:

Consiste en que los estudiantes analicen la situación de manera estructurada, generen alternativas de solución, evalúen las opciones y pongan en práctica la mejor alternativa (42). Esto les permite asumir un papel activo en el manejo de sus dificultades. Por ejemplo, un estudiante que experimenta problemas de estrés puede identificar las principales fuentes de estrés,

considerar estrategias como practicar ejercicio o técnicas de relajación, y poner en práctica la alternativa que considere más efectiva.

Estrategias centradas en la emoción:

a. Reevaluación positiva:

Implica que los estudiantes reinterpreten la situación estresante de una manera más adaptativa, buscando encontrar aspectos positivos o aprender de la experiencia (43). Esto les permite regular las emociones negativas y mantener una perspectiva más optimista. Por ejemplo, un estudiante que enfrenta un fracaso académico puede reevaluar la situación como una oportunidad para mejorar sus habilidades y esforzarse más en el futuro.

b. Búsqueda de apoyo social:

Implica que los estudiantes movilicen recursos sociales, como amigos, familia o profesionales, para obtener ayuda emocional, instrumental o informativa. Esto fortalece su red de apoyo y les brinda estrategias para afrontar sus dificultades. Por ejemplo, un estudiante que experimenta síntomas de ansiedad puede buscar el apoyo de sus amigos, compartir sus preocupaciones y recibir consejos sobre cómo manejar esta situación.

Diversos estudios han demostrado los beneficios de estas estrategias de afrontamiento positivas en estudiantes universitarios. Por ejemplo Heffer y Willoughby (44) encontraron que el uso de estrategias centradas en el problema, como la planificación y la resolución de problemas, se asociaba con menores niveles de depresión, ansiedad e ideación suicida. Asimismo, las estrategias centradas en la emoción, como la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo

social, se relacionaban con mayores niveles de bienestar y satisfacción con la vida.

2.2.2. Papel del apoyo social y las interacciones sociales negativas

El apoyo social y las interacciones sociales negativas juegan un papel fundamental en el afrontamiento efectivo de la ideación e intento suicida entre las y los estudiantes universitarios. Comprender la importancia de estas variables sociales es fundamental para desarrollar intervenciones efectivas en este contexto.

De acuerdo con Hefner & Eisenberg (45) el apoyo social se refiere a los recursos y asistencia proporcionados por la red social de un individuo, como familiares, amigos y pares. Para las y los estudiantes universitarios, el apoyo social se ha asociado con una mejor salud mental y menor riesgo de ideación e intento suicida. En su estudio longitudinal encontraron que los estudiantes que percibían mayor apoyo social tenían menos probabilidades de experimentar depresión o ansiedad a lo largo del tiempo.

Específicamente, el apoyo social puede facilitar el uso de estrategias de afrontamiento efectivas al proporcionar asistencia emocional, informativa e instrumental. Los estudiantes que cuentan con una red de apoyo social pueden recibir consejos, orientación y ayuda práctica para hacer frente a los desafíos que enfrentan, lo que se ha relacionado con menores niveles de estrés y mejor bienestar (45).

Por ejemplo, un estudiante que enfrenta dificultades académicas puede recibir apoyo emocional de sus amigos, quienes le brindan consuelo y ánimo. Además, puede obtener ayuda informativa de sus profesores, quienes le orientan

sobre recursos y estrategias para mejorar su rendimiento. Asimismo, su familia puede proporcionarle asistencia instrumental, como acompañarlo a tutorías o ayudarlo con las tareas domésticas, lo que le permite dedicar más tiempo y energía a sus estudios.

La percepción de contar con este tipo de apoyo social facilita que los estudiantes utilicen estrategias de afrontamiento más efectivas, como la planificación, la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo. Esto les permite hacer frente a los desafíos de manera más adaptativa, lo que se ha relacionado con menores niveles de estrés, ansiedad y depresión (45).

Por otro lado, las interacciones sociales negativas, como la crítica, la exclusión y el rechazo, pueden tener un impacto perjudicial en la salud mental de las y los estudiantes universitarios (46). Estas interacciones pueden generar sentimientos de soledad, desesperanza y alienación, aumentando el riesgo de ideación e intento suicida, además de que las interacciones sociales negativas se asociaban con mayores niveles de depresión y ansiedad entre el estudiantado universitario.

Por ejemplo, un estudiante que es constantemente criticado por sus compañeros o excluido de actividades sociales puede experimentar sentimientos de baja autoestima, desesperanza y aislamiento. Estos sentimientos pueden dificultar que el estudiante utilice estrategias de afrontamiento efectivas, como la reevaluación positiva o la búsqueda de apoyo social, y aumentar su vulnerabilidad ante la ideación e intento suicida.

Además, las interacciones sociales negativas pueden exacerbar otros factores de riesgo, como los síntomas de depresión y ansiedad (46). Esto puede crear un ciclo vicioso, donde las interacciones sociales negativas empeoran la

salud mental del estudiante, lo que a su vez aumenta su vulnerabilidad a nuevas experiencias negativas en sus relaciones sociales.

Se puede decir que, el apoyo social desempeña un papel protector al facilitar el uso de estrategias de afrontamiento efectivas, mientras que las interacciones sociales negativas pueden aumentar la vulnerabilidad de las y los estudiantes universitarios ante la ideación e intento suicida. El apoyo social proporciona recursos emocionales, informativos e instrumentales que permiten a los estudiantes hacer frente a los desafíos de manera más adaptativa, lo que se ha relacionado con mejores indicadores de salud mental. En contraste, las interacciones sociales negativas pueden generar sentimientos de soledad, desesperanza y alienación, dificultando el uso de estrategias de afrontamiento efectivas y aumentando el riesgo de ideación e intento suicida.

Comprender la importancia de estas variables sociales es necesario para desarrollar intervenciones efectivas en el contexto universitario. Las estrategias de intervención deben centrarse en fortalecer las redes de apoyo social de los estudiantes, al mismo tiempo que abordan las interacciones sociales negativas y sus consecuencias en la salud mental. Esto permitirá a las y los estudiantes universitarios desarrollar recursos y habilidades para afrontar de manera más efectiva los desafíos que enfrentan.

2.2.3. Modelos de intervención en el contexto universitario

Dada la alta prevalencia de ideación e intento suicida entre los estudiantes universitarios, es fundamental contar con modelos de intervención efectivos en este contexto. Diversos enfoques han demostrado ser eficaces para abordar esta problemática, tanto a nivel internacional como en el contexto mexicano.

A nivel internacional, se han destacado modelos como el Modelo de Atención Escalonada, *Stepped Care Model*, (47); el Modelo de Prevención del Suicidio Basado en la Comunidad, *Community-Based Suicide Prevention Model*,(48); y el Modelo de Intervención Basado en Evidencia, *Evidence-Based Intervention Model*, los cuales han demostrado resultados positivos en universidades de diversos países (49).

Uno de los modelos destacados es el Modelo de Atención Escalonada (*Stepped Care Model*), el cual propone una atención escalonada y personalizada en función de las necesidades de los estudiantes (47). Este modelo implica comenzar con intervenciones de menor intensidad, como la educación y el apoyo entre pares, y escalar gradualmente hacia intervenciones más especializadas, como la terapia individual o grupal, según la severidad de los síntomas y la respuesta del estudiante.

Un estudio realizado sobre este modelo (47) encontró que su implementación en una universidad redujo significativamente los niveles de ideación suicida y mejoró el bienestar general de los estudiantes. La clave de este enfoque radica en la detección temprana, la intervención oportuna y la adaptación de los servicios a las necesidades individuales de cada estudiante.

Otro modelo efectivo es el Modelo de Prevención del Suicidio Basado en la Comunidad (*Community-Based Suicide Prevention Model*), el cual enfatiza la importancia de involucrar a toda la comunidad universitaria en la prevención del suicidio (48). Este modelo incluye la capacitación de personal y estudiantes en la identificación de señales de alerta, la derivación a recursos de apoyo y la promoción de una cultura de apertura y apoyo.

Se reportó que la implementación de este modelo en varias universidades resultó en una mayor concienciación sobre el suicidio, una mejora en las habilidades de intervención temprana y un aumento en el uso de los servicios de salud mental por parte de los estudiantes. Al involucrar a toda la comunidad, este enfoque fomenta un entorno más receptivo y solidario, lo que facilita que los estudiantes en riesgo accedan a la ayuda que necesitan (48).

Además, el Modelo de Intervención Basado en Evidencia (Evidence-Based Intervention Model) propone la implementación de estrategias de intervención respaldadas por la investigación científica (49). Esto incluye, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica conductual y el tratamiento de la depresión, que han demostrado ser efectivos para reducir la ideación y el intento suicida en estudiantes universitarios.

En dicha investigación se reveló que la aplicación de este modelo en varias universidades resultó en una disminución significativa de los síntomas depresivos y de la ideación suicida entre las y los estudiantes que participaron en las intervenciones. Este enfoque basado en evidencia garantiza que los estudiantes reciban tratamientos y estrategias de probada eficacia para abordar sus dificultades de manera efectiva.

En el caso de México, también se han implementado y evaluado modelos de intervención enfocados en la prevención del suicidio. Un ejemplo es el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS, desarrollado por la Secretaría de Salud de México (50).

El PRONAPS utiliza un enfoque integral que involucra a toda la comunidad universitaria, incluyendo estudiantes, docentes y personal administrativo.

Algunas de las estrategias clave de este programa son:

- Capacitación en detección temprana de señales de alerta y derivación oportuna a servicios de salud mental.
- Implementación de protocolos de actuación ante situaciones de crisis y riesgo suicida.
- Desarrollo de programas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social y de los servicios de salud mental dentro de las universidades.

Otra estrategia de intervención enfocadas en la prevención del suicidio en el ámbito universitario es el Programa de Prevención del Suicidio "Guardianes de Vida", impulsado por el Instituto de Salud Mental del estado de Durango.

El Programa "Guardianes de Vida" se basa en un modelo de atención integral que involucra a toda la comunidad universitaria. Algunas de las principales estrategias e intervenciones que comprende son:

Capacitación a personal docente y administrativo: se brinda formación en la detección temprana de señales de alerta suicida, primeros auxilios psicológicos y protocolos de derivación a servicios especializados.

Sensibilización y educación a estudiantes: se realizan campañas de concientización sobre salud mental y prevención del suicidio, así como talleres y charlas dirigidos a los estudiantes.

Creación de redes de apoyo y acompañamiento: se fomenta el establecimiento de grupos de apoyo entre pares, así como el fortalecimiento de los vínculos entre estudiantes, familia y personal de la universidad.

Fortalecimiento de los servicios de salud mental: se han ampliado y mejorado los servicios de atención psicológica y psiquiátrica dentro de las universidades, facilitando el acceso oportuno a los estudiantes.

Protocolos de intervención en crisis: Se han desarrollado e implementado protocolos de actuación clara y coordinada ante situaciones de riesgo suicida o intentos de autoeliminación.

Un estudio (51) sobre la implementación de este programa en varias universidades de la entidad, reveló resultados muy positivos. Se observó un aumento significativo en la identificación y derivación oportuna de casos de riesgo, una mejor percepción de apoyo y contención por parte de los estudiantes, y una disminución en las tasas de ideación e intento suicida.

Estos hallazgos resaltan la importancia de contar con modelos de intervención integrales y adaptados al contexto local, como el Programa "Guardianes de Vida" en Durango. Al involucrar a toda la comunidad universitaria y fortalecer los recursos de salud mental, este tipo de iniciativas pueden contribuir de manera efectiva a la prevención del suicidio entre los estudiantes.

Tanto a nivel internacional como en México, se han desarrollado y aplicado modelos de intervención efectivos para prevenir el suicidio en el contexto universitario. Estos enfoques se caracterizan por su visión integral, la participación de toda la comunidad y la implementación de estrategias respaldadas por la evidencia científica. La adopción de estos modelos en las

instituciones de educación superior mexicanas puede contribuir a crear entornos más seguros y saludables para los estudiantes.

2.2.4. Recursos personales espontáneos y agencia narrativa en situaciones de riesgo suicida

Diversos estudios han mostrado que las personas que atraviesan una crisis suicida no se encuentran completamente desprovistas de recursos internos, aunque frecuentemente no sean plenamente conscientes de ellos. Estos recursos pueden ser de tipo emocional, cognitivo o conductual, y aunque no estén organizados como estrategias terapéuticas formales, representan intentos espontáneos de afrontar, resistir o sobrevivir a situaciones adversas (52–54)

La investigación cualitativa centrada en la narrativa ha documentado cómo muchas personas, al relatar sus experiencias traumáticas, terminan identificando acciones, pensamientos o decisiones que tomaron para protegerse a sí mismas o a otros, aún cuando inicialmente no las percibían como significativas (54).

Desde el enfoque de la *práctica basada en la respuesta* (53), se propone que toda persona responde activamente ante el sufrimiento o la violencia, incluso en formas sutiles, indirectas o silenciosas. Wade denomina a estas acciones “*pequeños actos de resistencia*”, y sostiene que al visibilizarlos en el discurso terapéutico se contribuye a restaurar la agencia y dignidad de la persona. Esto resulta especialmente relevante en el contexto del suicidio, donde el discurso clínico tradicional tiende a enfatizar el déficit, la desesperanza o la disfunción,

invisibilizando las micro-respuestas de afrontamiento que muchas veces han permitido que la persona llegue con vida al momento de la intervención (52,53).

Estas respuestas pueden adoptar múltiples formas: desde buscar compañía de una persona significativa, escribir en un diario, salir a caminar para despejarse, hasta gestos tan aparentemente pequeños como no actuar en el momento más crítico, contener las emociones frente a otros, o decidir "aguantar un poco más". Yuen (54) ha denominado a estas acciones *formas narrativas de resistencia*, y ha mostrado que, al ser reconocidas como tales, tienen un efecto terapéutico inmediato, pues permiten a la persona reinterpretarse no como alguien pasivo o roto, sino como alguien que *ya ha estado haciendo algo útil por sí misma*.

Este reconocimiento conecta con el concepto de resiliencia silenciosa, entendido como la capacidad de sobreponerse a la adversidad sin manifestaciones externas notorias ni estructuradas. Esta forma de resiliencia, aunque menos visible que la heroica o carismática, puede ser igual de efectiva para la supervivencia emocional (55).

En contextos universitarios, donde el estigma o la normalización del malestar pueden inhibir la búsqueda de ayuda, es probable que muchos estudiantes activen estos recursos espontáneos de afrontamiento antes de que exista una intervención formal. De hecho, investigaciones han mostrado que jóvenes con ideación suicida que conservan metas personales, vínculos afectivos significativos o rutinas protectoras (como hacer ejercicio o mantener el rendimiento académico) tienden a presentar menor riesgo de transición al acto suicida (26).

Estos recursos personales también pueden entenderse a la luz de la autoeficacia (56), definida como la creencia en la capacidad de organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar los resultados deseados. Aunque en contextos de desesperanza esta creencia suele estar debilitada, el solo hecho de sobrevivir a una crisis puede representar una forma implícita de autoeficacia, especialmente si la persona toma alguna decisión —por mínima que sea— para protegerse o evitar el daño.

El acto de buscar ayuda, no actuar ante el impulso suicida, o incluso simplemente seguir cumpliendo obligaciones diarias, puede funcionar como indicador de que la persona aún conserva cierto grado de control y agencia sobre su situación. La clave es que estos recursos pueden estar latentes o no ser verbalizados, por lo que el papel del acompañamiento psicológico consiste en ayudar a identificarlos, reforzarlos y reorganizarlos en torno a nuevas metas de vida (31,56).

Como ya se ha mencionado, la Teoría de la Esperanza (31) se articula con este enfoque al definir la esperanza como un sistema cognitivo compuesto por dos elementos: *agency thinking* (la motivación para alcanzar metas) y *pathways thinking* (la percepción de que existen rutas viables para lograrlas). Desde esta perspectiva, los recursos personales espontáneos mencionados anteriormente pueden ser interpretados como formas incipientes de *agency* y *pathways* aún no estructuradas como metas concretas, pero que indican la presencia de deseo de continuidad, búsqueda de sentido y voluntad de acción. La intervención, entonces, no crea estos elementos desde cero, sino que los reconoce, verbaliza y estructura, transformando acciones aisladas en parte de un plan de vida esperanzador.

Del mismo modo, el enfoque de la Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) enfatiza que las personas ya disponen de recursos, fortalezas y soluciones parciales antes de llegar a consulta, aunque no los reconozcan como tales (12). Uno de los objetivos centrales de la TBCS es identificar y ampliar esas *excepciones* al problema, es decir, momentos en los que la persona ha enfrentado exitosamente la dificultad.

Estas excepciones, que muchas veces emergen de manera espontánea —por ejemplo, un día en que el malestar no fue tan intenso, o un momento en que se evitó una recaída—, pueden ser convertidas en herramientas para el cambio al ser visibilizadas en el proceso terapéutico. La terapia no introduce habilidades nuevas de forma directiva, sino que ayuda al consultante a *darse cuenta de lo que ya funciona* y utilizarlo de forma más consciente y frecuente. Desde esta mirada, los recursos personales espontáneos no son simplemente antecedentes del cambio, sino el punto de partida más potente para la recuperación.

Como se puede apreciar, múltiples enfoques teóricos coinciden en que las personas en crisis suicida no son sujetos vacíos de recursos, sino que ya están haciendo frente a su situación mediante respuestas internas y externas, más o menos conscientes. Estas respuestas deben ser visibilizadas, nombradas y consolidadas en el acompañamiento psicológico, no solo como estrategia clínica, sino también como forma de restitución de agencia, dignidad y autonomía en quien consulta.

2.3. Evaluación del riesgo suicida en estudiantes de universidad

La evaluación del riesgo suicida es un componente crítico en los esfuerzos de prevención del suicidio en el entorno universitario. Los estudiantes se enfrentan a diversas presiones académicas, sociales y personales que pueden aumentar su vulnerabilidad al riesgo suicida (57). Por lo tanto, es fundamental contar con herramientas de evaluación precisas y oportunas para identificar a los estudiantes en riesgo y brindarles el apoyo adecuado.

Una de las pruebas psicológicas más utilizadas para la evaluación del riesgo suicida es el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF). Esta prueba es ampliamente reconocida por su capacidad para evaluar diversos aspectos de la personalidad y la psicopatología, incluyendo el riesgo suicida (58).

2.3.1. Uso del MMPI-2-RF para la detección temprana de riesgo suicida

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF) es una versión revisada y actualizada del MMPI-2, que se enfoca en medir dimensiones de personalidad y psicopatología relevantes de manera más precisa y eficiente (59). Consta de 338 ítems y está compuesto por 51 escalas, incluyendo 9 escalas de validez.

Las escalas de validez del MMPI-2-RF son:

1. VRIN-r (Inconsistencia de Respuesta Variable)
2. TRIN-r (Inconsistencia de Respuesta Verdadero)
3. F-r (Infrecuencia de Respuesta)
4. Fp-r (Infrecuencia de Respuesta Psicopatológica)

5. Fs (Infrecuencia de Respuesta Somática)
6. FBS-r (Respuesta de Queja Somática)
7. RBS (Respuesta de Queja Somática)
8. L-r (Virtud Rara)
9. K-r (Corrección)

Estas escalas permiten evaluar la validez de las respuestas del examinado y detectar patrones de respuesta inconsistentes, infrecuentes o sesgados.

En cuanto a la estandarización del MMPI-2-RF en México, se realizó un estudio con tres muestras: la normativa, la de estudiantes de universidad y una muestra de selección de personal, adultos mexicanos de población general. Este estudio permitió obtener datos normativos para la población mexicana y examinar las propiedades psicométricas de la prueba en este contexto cultural (59)

El MMPI-2-RF cuenta con una escala específica diseñada para evaluar el riesgo suicida, la escala de Ideación Suicida (SUI). Esta escala han demostrado ser efectiva en la identificación de individuos con ideación suicida y comportamientos relacionados (60).

La escala SUI del MMPI-2-RF está diseñada para evaluar la presencia y severidad de pensamientos e ideación suicida (59). Consta de 5 ítems que fueron seleccionados cuidadosamente por su capacidad para medir este constructo de forma precisa y eficiente.

Los ítems que conforman la escala SUI son:

93. "Recientemente he pensado en matarme"

120. "La mayor parte del tiempo desearía estar muerto(a)"

164. "Últimamente he pensado mucho en matarme"

251. "Nadie lo sabe, pero he tratado de matarme"

334. "Últimamente, mis pensamientos están más y más relacionados con la muerte y la vida después de la muerte"

Cada ítem se califica utilizando un formato de respuesta dicotómica (verdadero/falso), donde el examinado debe indicar si el enunciado es aplicable o no a su situación actual. Las respuestas se codifican como 1 (verdadero) o 0 (falso), y se suman para obtener una puntuación total en la escala SUI.

La interpretación de las puntuaciones en la escala SUI se basa en los datos normativos y puntos de corte establecidos en el manual técnico del MMPI-2-RF (59). En general, puntuaciones más altas indican una mayor presencia e intensidad de ideación suicida.

Por ejemplo, una puntuación de 4 o más en la escala SUI se considera clínicamente significativa y sugiere la necesidad de una evaluación más exhaustiva del riesgo suicida y la implementación de medidas de intervención apropiadas.

Es importante tener en cuenta que la escala SUI no debe utilizarse como la única fuente de información para evaluar el riesgo suicida, sino que debe complementarse con otras medidas, como entrevistas clínicas, historial de intentos previos y factores de riesgo adicionales.

En otro estudio (61) utilizaró una muestra de 685 estudiantes universitarios (74% mujeres, edad promedio de 19.7 años) y evaluaron la capacidad predictiva de la escala SUI del MMPI-2-RF para detectar intentos de suicidio autoinformados. Los resultados mostraron que la escala SUI fue un predictor significativo de intentos de suicidio (OR = 1.07, $p < .001$), incluso

después de controlar por variables demográficas y síntomas de depresión. El estudio encontró que las puntuaciones elevadas en la escala SUI del MMPI-2-RF se asociaron significativamente con un mayor riesgo de intentos de suicidio en una muestra de estudiantes universitarios. Además, las puntuaciones en esta escala fueron más precisas en la predicción de intentos de suicidio que las medidas de autoinforme tradicionales.

Otro ejemplo es el estudio de Stanley et al. (62) en el que se evaluó a 214 pacientes psiquiátricos ambulatorios (56.1% mujeres, edad promedio de 38.5 años) mediante el MMPI-2-RF y medidas de autoinforme de ideación suicida e intentos de suicidio. La escala SUI mostró una capacidad discriminatoria significativa para diferenciar entre pacientes con y sin intentos de suicidio recientes (área bajo la curva ROC de 0.74 y 0.73, respectivamente). Los resultados mostraron que la escala SUI fue la más efectiva en la identificación de pacientes con intentos de suicidio recientes y comportamientos autolesivos.

Estas investigaciones resaltan la utilidad del MMPI-2-RF como una herramienta valiosa para la detección temprana del riesgo suicida en poblaciones vulnerables, como el estudiantado universitario. Al identificar a los estudiantes en riesgo de manera oportuna, se pueden implementar intervenciones y programas de prevención adecuados para abordar sus necesidades y reducir el riesgo de suicidio.

2.3.2. Escalas Clínicas Reestructuradas (CR) en el MMPI-2-RF y su relación con el riesgo suicida

El MMPI-2-RF no solo evalúa la presencia de ideación suicida a través de escalas específicas, sino que también proporciona información valiosa sobre los

patrones de personalidad y psicopatología que pueden estar asociados con un mayor riesgo de comportamientos suicidas.

Las escalas clínicas Reestructuradas (CR) son un conjunto de escalas reformuladas y revisadas en el MMPI-2-RF que miden distintos trastornos y rasgos de personalidad. Hay 9 escalas CR:

- CRd: Desmoralización-sentimientos de infelicidad e insatisfacción general.
- CR1: Quejas somática-quejas vagas acerca de la salud física.
- CR2: Disminución de emociones positivas-ausencia de respuestas emocionales positivas.
- CR3: Cinismo-creencias no autorreferenciales que expresan desconfianza y una opinión negativa generalizada de los otros.
- CR4: Conducta antisocial-rompimiento de reglas y conducta irresponsable.
- CR6: Ideas de persecución-creencias autorreferenciales de que otros representan una amenaza.
- CR7: Emociones negativas disfuncionales-ansiedad desadaptativa, enojo e irritabilidad.
- CR8: Experiencias aberrantes-percepciones y pensamientos raros.
- CR9: Activación hipomaníaca-sobreactivación, agresión, impulsividad y pensamientos de grandeza.

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) ha sido evaluado como herramienta útil para la detección del riesgo suicida. En un estudio realizado antes mencionado de Kim (61), se identificaron

tres niveles de riesgo suicida (bajo, moderado y alto) mediante el uso del módulo de evaluación del riesgo suicida de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) y se analizaron las nueve Escalas Clínicas Reestructuradas (RC) del MMPI-2-RF en relación con estos niveles.

Es importante tener en cuenta que las puntuaciones elevadas en dichas escalas, no son determinantes absolutos del riesgo suicida, sino que deben interpretarse en el contexto de otros factores clínicos, ambientales y psicosociales. Sin embargo, brindan información valiosa sobre las características de personalidad y psicopatología que pueden aumentar la vulnerabilidad al suicidio y deben ser consideradas en la evaluación y prevención del riesgo suicida.

2.3.3. Integración del MMPI-2 RF en programas de prevención

Recientemente el MMPI2 RF ha sido parte de programas de prevención del suicidio, a continuación, se presentan algunos ejemplos relevantes:

El estudio de Kim (61) también examinó la utilidad del MMPI-2-RF en un programa de prevención del suicidio en una universidad. Se administró el MMPI-2-RF a estudiantes universitarios como parte de una evaluación inicial de salud mental. Aquellos con puntuaciones elevadas en la escala SUI fueron referidos para una evaluación más exhaustiva del riesgo suicida. Los resultados mostraron que el 6.6% de los estudiantes presentaron un riesgo significativo de suicidio según el MMPI-2-RF y requirieron intervención adicional.

La investigación evaluó la capacidad del MMPI-2-RF para evaluar el riesgo de suicidio y exploró cómo las puntuaciones de las Escalas RC variaban según el nivel de riesgo. Los hallazgos revelaron que aquellos con riesgo de

suicidio obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las Escalas RC en comparación con el grupo control, lo que indica que diversos factores psicopatológicos están involucrados en el suicidio. Específicamente, las puntuaciones en Desmoralización y Emociones Negativas Disfuncionales difirieron según el grado de riesgo de suicidio y entre los grupos de riesgo y control. Desmoralización obtuvo las puntuaciones más altas, seguida de Emociones Negativas Disfuncionales, en los tres grupos de riesgo. Si bien hubo diferencias significativas entre los tres grupos en estas dos escalas, no se encontraron diferencias entre los grupos de riesgo moderado y alto.

El programa de prevención de la Universidad de Minnesota, donde se desarrolló el MMPI-2-RF, ha implementado un programa de prevención del suicidio que utiliza esta prueba como parte de su estrategia de evaluación y detección de riesgo. Los estudiantes completan el MMPI-2-RF, y aquellos con puntuaciones elevadas en escalas críticas son referidos para una evaluación más profunda y posibles intervenciones.

Otro estudio (60) se centró en pacientes de atención primaria, exploró la utilidad del MMPI-2-RF para detectar el riesgo suicida intermitente y monitorear los cambios en el riesgo a lo largo del tiempo. Los resultados sugieren que el MMPI-2-RF puede ser una herramienta valiosa para el seguimiento y monitoreo del riesgo suicida en programas de prevención.

Dada la utilidad demostrada del MMPI-2-RF para la evaluación del riesgo suicida, su integración en programas de prevención del suicidio en entornos universitarios puede ser altamente beneficiosa. A continuación, se describen algunas estrategias y consideraciones clave:

- Evaluación inicial y detección de casos de riesgo:

El MMPI-2-RF puede incorporarse como una herramienta de detección inicial en programas de salud mental para estudiantes universitarios. Al administrarlo de forma rutinaria, las escalas como SUI y las CR, permiten identificar a los estudiantes que requieren una evaluación más exhaustiva del riesgo suicida (19). Esto facilita una intervención temprana y la derivación oportuna a servicios de apoyo psicológico especializado.

- Integración en protocolos de evaluación y manejo de riesgo:

Los resultados del MMPI-2-RF deben integrarse en protocolos estandarizados de evaluación del riesgo suicida, que incluyan entrevistas clínicas, historial de intentos previos, factores de riesgo y protectores, y planes de seguridad. Los perfiles de personalidad y escalas críticas del MMPI-2-RF aportan información valiosa sobre vulnerabilidades psicológicas, síntomas asociados y posibles desencadenantes de conductas suicidas (19).

Monitoreo y seguimiento:

El MMPI-2-RF puede readministrarse periódicamente para monitorear los cambios en el riesgo suicida a lo largo del tiempo. Esto permite evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. Además, los cambios en las puntuaciones pueden alertar sobre un aumento o disminución del riesgo, facilitando una respuesta oportuna (60).

- **Formación de profesionales:**

Es necesario que los profesionales de salud mental en entornos universitarios reciban capacitación en la administración, calificación e interpretación adecuada del MMPI-2-RF, con un enfoque específico en la evaluación del riesgo suicida. Esto garantiza una implementación efectiva de la

prueba y una interpretación precisa de los resultados en el contexto del suicidio. (61).

- **Combinación con otras intervenciones:**

El MMPI-2-RF debe complementarse con otras estrategias de prevención, como programas de concientización, capacitación en detección de señales de advertencia, líneas de ayuda y recursos comunitarios. Una aproximación integral que combine la evaluación psicológica con intervenciones psicosociales y ambientales es esencial para abordar de manera efectiva el riesgo suicida en estudiantes universitarios (57).

Al integrar el MMPI-2-RF en programas de prevención del suicidio de manera estructurada y en conjunto con otras estrategias, se pueden identificar a los estudiantes en riesgo de manera oportuna, brindar intervenciones adecuadas y monitorear su progreso, contribuyendo así a la reducción del riesgo suicida en la población universitaria.

Sin embargo, aún se requieren más investigaciones para explorar estrategias más integrales de incorporación del MMPI-2-RF en intervenciones preventivas y evaluar su eficacia en entornos universitarios.

Capítulo 3. Método

El presente capítulo describe el enfoque metodológico utilizado para llevar a cabo esta investigación. Se detalla el marco dentro del cual se inscribe el estudio, así como las decisiones teóricas y prácticas que guiaron su diseño y ejecución. Asimismo, se explican los procedimientos empleados para la recolección y el análisis de los datos, con el objetivo de responder a las preguntas de investigación planteadas en los capítulos anteriores. La metodología adoptada considera tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos de la investigación, con un enfoque mixto, orientado a comprender en profundidad las experiencias de estudiantes universitarios con ideación o intento suicida, así como a evaluar los efectos de una intervención psicológica centrada en la esperanza. A través de este capítulo se establece la fundamentación del diseño, la población participante, los instrumentos, las fases del procedimiento y los criterios éticos que rigieron el desarrollo del estudio.

3.1. Línea de Investigación

La investigación se enmarca dentro de las líneas que tiene el programa doctoral en salud mental del Instituto Superior de Estudios de Occidente y que se fundamentan en el plan de acción sobre la salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El estudio corresponde a la línea 2, Salud Mental y Desarrollo Biopsicosocial debido a que se centra en el impacto del bienestar psicológico, particularmente la esperanza, como un factor protector en estudiantes universitarios con riesgo suicida. Esta investigación aborda la mejora del estado

emocional de los participantes, promoviendo una visión positiva del futuro a través de la intervención psicológica. Esta alineación es consistente con el propósito de explorar factores que contribuyen al desarrollo biopsicosocial en un contexto de salud mental. Además, se considera la importancia de la esperanza como un elemento clave para que los estudiantes puedan enfrentar las dificultades y retos del entorno académico y personal, lo cual refuerza su capacidad de adaptación y bienestar general.

- Sub-línea de "Prevención de los Trastornos Mentales" la investigación también se categoriza en esta sub-línea ya que se enfoca en prevenir el desarrollo de trastornos mentales graves, como los intentos de suicidio, al intervenir tempranamente en estudiantes que presentan riesgo suicida. Utilizar herramientas como el MMPI-2 RF para identificar a los estudiantes en riesgo, seguido de intervenciones centradas en la generación de esperanza, es un enfoque preventivo que busca reducir la progresión de problemas emocionales hacia un estado más crítico. Este enfoque preventivo tiene como objetivo actuar antes de que los síntomas se agraven, proporcionando herramientas que permitan a los estudiantes gestionar mejor su salud mental, reforzando la capacidad para afrontar situaciones adversas y reducir la vulnerabilidad ante los trastornos mentales.

3.2. Metodología utilizada

La metodología empleada es de carácter mixto, ya que combina elementos cuantitativos y cualitativos (64). Esta metodología permite integrar los enfoques cualitativo y cuantitativo para obtener una visión más completa del problema de investigación. Esta metodología permite medir la efectividad de la intervención de forma objetiva, a través del análisis estadístico de los resultados del MMPI-2 RF, y también describir de manera cualitativa las experiencias de los estudiantes mediante entrevistas en profundidad. La combinación de estas metodologías ofrece una visión holística del impacto de las intervenciones y facilita la triangulación de resultados, lo cual aporta una mayor robustez y validez a las conclusiones obtenidas.

Esta integración metodológica se justifica por la complejidad del fenómeno estudiado, donde el riesgo suicida y la esperanza son constructos que requieren tanto medición objetiva como comprensión profunda de las experiencias individuales.

El enfoque cuantitativo de la investigación se centra en la medición objetiva del riesgo suicida a través de la escala SUI del MMPI-2 RF, la evaluación numérica del nivel de bienestar mediante escalas, el análisis estadístico de la correlación entre riesgo suicida y niveles de bienestar, la medición pre y post intervención para evaluar la efectividad de la entrevista, y el procesamiento de datos demográficos y variables contextuales. Este enfoque permite establecer líneas base objetivas del riesgo suicida, medir cambios específicos en las variables de estudio, realizar análisis estadísticos para identificar patrones y

correlaciones, generar datos comparables y replicables, y evaluar la significancia estadística de los cambios post-intervención.

Por su parte, la dimensión cualitativa aborda las experiencias subjetivas de los estudiantes frente al riesgo suicida, las narrativas individuales sobre estrategias de afrontamiento, la exploración de factores contextuales y relacionales, y la comprensión profunda de los procesos de cambio durante la intervención. Este enfoque facilita una comprensión holística de las experiencias de las y los participantes, la identificación de factores emergentes no anticipados, la adaptación de las intervenciones según necesidades individuales, la documentación de procesos de cambio subjetivo, y la exploración de significados personales y culturales.

La integración metodológica de ambos enfoques se realiza en tres niveles. En el nivel de diseño, se emplea un diseño convergente paralelo donde los datos cuantitativos y cualitativos se recolectan simultáneamente, aprovechando la complementariedad metodológica para abordar diferentes aspectos del fenómeno. En el nivel de recolección de datos, se aplican de manera simultánea instrumentos cuantitativos y entrevistas cualitativas, utilizando los resultados cuantitativos para guiar las entrevistas en profundidad y fomentando una retroalimentación continua entre ambos tipos de datos durante la intervención. Finalmente, en el nivel de análisis, se realiza un análisis paralelo de datos cuantitativos y cualitativos, integrando los resultados para lograr una comprensión más completa del fenómeno estudiado y triangulando los hallazgos para validar y enriquecer las conclusiones.

- Paradigma: el paradigma que más se alinea con esta investigación es el paradigma pragmático, ya que, el paradigma pragmático permite una flexibilidad metodológica adecuada para abordar problemas complejos y aplicar intervenciones prácticas, ya que se combinan herramientas cuantitativas y cualitativas con el fin de abordar un problema concreto (65). El enfoque pragmático permite ser flexible, buscando la utilidad de la intervención y una comprensión de la realidad a través de diferentes tipos de datos sin restringirse a una única postura epistemológica. Este paradigma fomenta un enfoque orientado a los resultados, que facilita la aplicación práctica de los hallazgos en contextos reales, contribuyendo directamente al bienestar de las y los participantes.
- Alcance de la investigación: el enfoque correlacional resulta útil para identificar la relación entre variables abarcando las descripciones que permiten caracterizar el contexto y las y los participantes de manera detallada (65), también señalan que el enfoque correlacional permite determinar asociaciones significativas entre variables sin necesidad de establecer relaciones causales, lo cual resulta adecuado para investigaciones que buscan identificar patrones de comportamiento sin intervención directa (66). Por un lado, describe las estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes y sus experiencias a lo largo del proceso de intervención. Por otro lado, correlaciona variables como el riesgo suicida detectado mediante la escala SUI del MMPI-2 RF y el nivel de bienestar, así como la efectividad de la intervención. Este alcance también permite comprender la complejidad de las interacciones entre diferentes factores que afectan la salud mental de los estudiantes,

proporcionando una base para futuras intervenciones y políticas de apoyo.

3.3. Diseño Metodológico

El diseño metodológico se puede describir de la siguiente manera:

- Por el propósito: es un estudio aplicado, ya que su objetivo es intervenir directamente en la situación de los estudiantes para prevenir el riesgo suicida, aplicando los conocimientos generados a una situación práctica. El diseño metodológico se alineó con los objetivos de la investigación y ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la realidad del contexto de estudio. El enfoque aplicado asegura que los hallazgos de la investigación no solo contribuyan al conocimiento teórico, sino que también tengan un impacto directo y positivo en la población estudiada (64).
- Según los medios usados para obtener los datos: el estudio se puede clasificar como semi-experimental que implica la realización de una intervención en la cual se observa el efecto de la misma, incluso cuando no se dispone de un grupo control estricto para la comparación ya que se realiza una intervención en la población y se observa el efecto de dicha intervención. Aunque no hay un grupo control formal, se está midiendo el cambio en la situación de las y los participantes tras la intervención.

Este diseño permite obtener información valiosa sobre la efectividad de la intervención en un contexto real, proporcionando datos que pueden servir

de base para mejorar las prácticas de intervención en el ámbito universitario.

- Atendiendo al nivel de conocimientos que se adquieren: como se mencionó anteriormente el estudio es correlacional ya que resulta útil para identificar la relación entre variables, mientras que el descriptivo permite caracterizar el contexto y quienes participan de manera detallada (66).

También permite determinar asociaciones significativas entre variables sin necesidad de establecer relaciones causales, lo cual resulta adecuado para investigaciones que buscan identificar patrones de comportamiento sin intervención directa. Describe las estrategias de afrontamiento y mide la relación entre la intervención y los cambios en la esperanza y riesgo suicida. Este tipo de estudio permite comprender cómo interactúan distintas variables en la vida de los estudiantes y cómo estas interacciones influyen en su bienestar general (64).

- Conforme al tipo de razonamiento empleado: utiliza tanto un razonamiento inductivo como deductivo. El razonamiento inductivo permite explorar y comprender la realidad a partir de observaciones específicas, derivando conclusiones de los datos recolectados. Este razonamiento es esencial para identificar patrones y generar hipótesis emergentes que no estaban previamente contempladas.

Por otro lado, el razonamiento deductivo, parte de teorías generales para verificar hipótesis específicas, lo cual permite validar la efectividad de la intervención basada en teorías establecidas sobre la esperanza y el

afrontamiento. La combinación de ambos tipos de razonamiento proporciona un enfoque equilibrado que facilita tanto la exploración como la confirmación de los resultados.

3.4. Población y Muestra

Población: las y los participantes fueron 19 estudiantes, 6 hombres y 13 mujeres de las carreras de Ingeniería en Tecnologías de la Información, Licenciatura en Administración e Ingeniería Metalúrgica, todos mayores de edad y que cursan el primer cuatrimestre de sus respectivas carreras. Las y los participantes corresponden al 100% de los estudiantes que puntuaron en la escala SUI.

Tabla 1

Participantes por carrera y sexo

	IME	LAGE	ITI	Total
Hombres	4	2	0	6
Mujeres	5	5	3	13
Total	9	7	3	19

Nota: Ingeniería Metalúrgica (IME); Licenciatura en Administración y Gestión Empresarial (LAGE); Ingeniería en Tecnología de la Información (ITI).

Muestra: se invitó a participar a todos los estudiantes que puntuaron en la escala SUI del test MMPI-2 RF. Se consideraron solo los tests válidos de acuerdo con las escalas de validez del MMPI-2 RF. Quienes participaron expresaron su voluntad de participar mediante consentimiento informado.

3.5. Procedimiento de elección de la Muestra

Los participantes se seleccionaron a partir de que puntuaron en la escala SUI del MMPI-2 RF. Para asegurar la validez de los resultados, se aplicaron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: estudiantes de la universidad que cursen el primer cuatrimestre de las carreras de Ingeniería en Tecnologías de la Información, Licenciatura en Administración y Gestión Empresarial e Ingeniería Metalúrgica, y que obtuvieron una puntuación en la escala SUI que indicó riesgo suicida. Se incluyó aquellos estudiantes que mostraron disposición para participar en el proceso completo de intervención y seguimiento.
- Criterios de exclusión: estudiantes cuyos resultados del MMPI-2 RF no fueron válidos de acuerdo con las escalas de validez del test. También se excluirían aquellos estudiantes que, por alguna razón, no pudieran asistir a las entrevistas o que presentaran dificultades que imposibilitaran su participación efectiva en la investigación.
- Criterios de eliminación: estudiantes que, después de haber sido seleccionados, decidieran no participar, retirar su consentimiento informado en cualquier momento del estudio o hayan sido baja de la

universidad. La voluntariedad y el respeto a la decisión de las y los participantes fueron aspectos fundamentales de la ética de la investigación.

3.6. Participantes

Las y los participantes fueron aquellos estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Estos participantes desempeñaron un rol activo en el proceso de intervención, participando tanto en la aplicación del MMPI-2 RF como en las entrevistas de valoración de riesgo suicida y generación o mantenimiento de la esperanza.

La participación incluyó la asistencia a las entrevistas iniciales, la intervención y una entrevista de seguimiento por lo menos seis meses después para evaluar la efectividad de la intervención inicial. Además, se les proporcionó un espacio seguro donde pudieran expresar sus inquietudes y emociones, lo cual fue indispensable para fomentar la confianza y la apertura durante todo el proceso.

3.7. Técnicas e Instrumentos Empleados

Para la recolección de datos, se emplearon tanto técnicas cuantitativas como cualitativas, utilizando una combinación de herramientas estandarizadas y entrevistas diseñadas específicamente para la investigación:

- MMPI-2 RF: el test Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2 RF) es un instrumento validado y estandarizado (59). Fue aplicado en los laboratorios de computación de la universidad. Este test se utilizó para identificar a los estudiantes en riesgo suicida, utilizando la escala SUI, la cual mide ideación suicida y riesgo asociado. La aplicación del MMPI-2 RF se realizó de manera digital, asegurando la privacidad de los datos de quienes participaron.

Los resultados fueron analizados para determinar la validez de las respuestas mediante las escalas de validez del propio test. La utilización del MMPI-2 RF permitió una evaluación detallada de múltiples dimensiones del bienestar psicológico y facilita la identificación de perfiles de riesgo que requieren intervención.

- Entrevistas de Valoración del Riesgo Suicida e Intervención ([Ver Apéndice E](#)): se realizaron entrevistas semiestructuradas con los estudiantes que puntuaron en la escala SUI. Estas entrevistas estuvieron orientadas a valorar el riesgo suicida y fomentar la generación o mantenimiento de la esperanza. Se sugiere (65) que las entrevistas semiestructuradas permiten una mayor flexibilidad en la recopilación de información y facilitan la profundización en temas relevantes para quienes participan, lo cual es clave para abordar situaciones delicadas como el riesgo suicida.

Las entrevistas incluyen preguntas orientadas a identificar las estrategias de afrontamiento, sus redes de apoyo y sus expectativas a futuro. Las entrevistas se registraron manualmente y se realizaron de manera

presencial, asegurando un ambiente seguro y de confianza. Además, las entrevistas permitieron explorar las experiencias subjetivas y comprender mejor los factores que contribuyen a su bienestar o malestar emocional.

La entrevista de valoración del riesgo suicida se diseñó como un instrumento semiestructurado orientado a explorar de manera integral los factores de riesgo y protección en estudiantes que presentaron puntuaciones en la escala SUI. Su estructura combina la evaluación clínica con un enfoque terapéutico, integrando la psicología positiva, la teoría de la esperanza de Snyder y la terapia centrada en soluciones. Para facilitar la comprensión del propósito de cada sección, en la siguiente tabla se sintetizan los bloques de preguntas, sus objetivos específicos y el fundamento teórico que los respalda, ofreciendo una visión clara y organizada del procedimiento aplicado.

Tabla 2

Estructura y propósito de la entrevista de valoración del riesgo suicida

Bloque de la entrevista	Preguntas (Apéndice E)	Objetivo específico	Fundamento teórico
Datos de identificación	Nombre, carrera, grupo, fecha	Contextualizar al entrevistado dentro de su entorno académico e institucional, y asegurar seguimiento longitudinal.	Registro académico e institucional.

Escala de riesgo pasado (Pregunta 1)	Escala 1–10 sobre la última vez que hubo ideación o intento, tiempo y edad del evento	Medir subjetivamente la gravedad y contextualizar el momento crítico en el ciclo de vida.	Enfoque centrado en soluciones; detección de patrones temporales (31, 67).
Soluciones y estrategias previas (Preguntas 2–4)	Estrategias y apoyos que ayudaron a superar la situación	Resaltar recursos ya utilizados para reforzar percepción de capacidad personal.	Terapia centrada en soluciones (12); Psicología positiva (68).
Fortalezas personales (Preguntas 5–6)	Identificación de fortalezas utilizadas	Promover resiliencia, autoeficacia y narrativa positiva sobre capacidades personales.	Teoría de la esperanza (69).
Conexión social (Preguntas 7–9)	Personas de apoyo y su significado	Reforzar percepción de apoyo social como factor protector y fomentar gratitud.	Psicología positiva; factores protectores en riesgo suicida (68, 70).
Reflexión positiva (Preguntas 10–13)	Logros, aprendizajes y aspectos positivos	Fomentar reestructuración cognitiva hacia la esperanza y el sentido.	Psicología positiva; teoría de la esperanza de Snyder (68).
Orientación al futuro (Pregunta 14)	Metas o logros a un año	Construir propósito y motivación mediante objetivos claros.	Teoría de la esperanza (69).

Escalas de bienestar y confianza (Preguntas 15–19)	Bienestar pasado y actual, mejora, nivel de confianza	Monitorear evolución, reforzar autoeficacia y esperanza.	Modelo centrado en soluciones; teoría de la esperanza (67, 69).
Escala de riesgo actual (Pregunta 20)	Escala 1–10 del riesgo suicida al momento de la entrevista	Evaluar riesgo al inmediato y activar protocolos si es necesario.	Detección temprana y protocolos de prevención (31, 70).
Cierre (Pregunta 21)	Comentarios adicionales	Dar espacio de expresión y validación al entrevistado.	Enfoque centrado en soluciones (67).

Entrevista de Seguimiento ([Ver Apéndice F](#)): se aplicó al menos seis meses después de la primera intervención, con el propósito de evaluar la utilidad percibida, monitorear los avances en el bienestar emocional y promover la continuidad del proceso de cambio. Su diseño integra principios del enfoque centrado en soluciones, la psicología positiva y la teoría de la esperanza, permitiendo valorar los progresos alcanzados y detectar posibles riesgos persistentes. La siguiente tabla sintetiza los bloques de preguntas, sus objetivos específicos y el sustento teórico correspondiente, ofreciendo una visión clara y ordenada del procedimiento de seguimiento.

Tabla 3

Estructura y propósito de la entrevista de seguimiento

Bloque de la entrevista	Preguntas (Apéndice F)	Objetivo específico	Fundamento teórico
Seguimiento de avances y soluciones (Preguntas 1–2)	¿Qué ha ido mejor desde la última vez que conversamos? ¿Qué más?	Identificar y consolidar avances logrados tras la primera intervención, reforzando la narrativa resiliente.	Enfoque centrado en soluciones (67).
Impacto de la primera intervención (Preguntas 3–4)	¿Qué recuerdas que haya sido útil? ¿Cómo eso te ayudó a enfrentar desafíos?	Valorar aprendizajes de la intervención previa y vincularlos con estrategias actuales.	Terapia centrada en soluciones (12); Teoría de la esperanza (69).
Escala de bienestar (Preguntas 5–6)	Escala 1–10 del bienestar actual y significado de subir un punto	Monitorear cambios en bienestar y visualizar metas alcanzables.	Teoría de la esperanza de Snyder (69).
Escala de confianza y factores positivos (Preguntas 7–8)	Escala 1–10 de confianza; razones de la puntuación	Reforzar autoeficacia y recursos que sostienen el progreso.	Enfoque centrado en soluciones (67); Psicología positiva (68).
Evaluación de la utilidad de la intervención (Preguntas 9–10)	Valoración de la primera entrevista (muy útil–nada útil) y explicación	Obtener retroalimentación sobre el impacto de la intervención y fortalecer compromiso terapéutico.	Psicología positiva; terapia centrada en soluciones (12).

Escala de riesgo suicida (Pregunta 11)	Escala 1–10 de riesgo suicida actual	Detectar cambios en el riesgo, activar protocolos en caso necesario.	Prevención y detección temprana (70).
Cierre de la entrevista (Pregunta 12)	Comentarios adicionales	Permitir expresión libre, consolidar reflexiones y cierre satisfactorio.	Enfoque centrado en soluciones (67).

Cada uno de estos instrumentos fue seleccionado para asegurar la coherencia con la metodología mixta, proporcionando datos tanto cuantitativos como cualitativos que permitieron una evaluación integral del impacto de la intervención.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

El procedimiento de recolección de datos se desarrolló en varias etapas, asegurando un proceso ordenado y coherente con los objetivos de la investigación. A continuación, se describe cada una de las etapas:

1. **Aplicación del MMPI-2 RF:** la primera etapa consistirá en la aplicación del MMPI-2 RF a todos los estudiantes del primer cuatrimestre de las carreras seleccionadas. Esta aplicación se llevó a cabo en los laboratorios de computación de la universidad, durante la clase de tutorías, y bajo la supervisión del investigador para asegurar el adecuado desarrollo del proceso. Los estudiantes respondieron el test de manera digital, asegurando la confidencialidad de sus respuestas.

2. **Análisis de Resultados del MMPI-2 RF:** una vez obtenidos los resultados del MMPI-2 RF, se realizó un análisis para identificar a los estudiantes que puntuaron en la escala SUI, la cual mide el riesgo suicida. Además, se verificaron las escalas de validez del test para asegurar que los resultados sean confiables y válidos.
3. **Entrevistas de Valoración del Riesgo Suicida e Intervención:** los estudiantes identificados con riesgo suicida fueron contactados para participar en las entrevistas de valoración del riesgo suicida e intervención. Estas entrevistas se realizaron de manera presencial, en un ambiente seguro y de confianza, dentro del horario escolar. Durante la entrevista, se exploraron las estrategias de afrontamiento, la red de apoyo social y las expectativas a futuro, fomentando la generación o mantenimiento de la esperanza.
4. **Intervención y Seguimiento:** en los casos que fue necesario, se proporcionó un seguimiento adicional a quienes lo requirieron, a través de entrevistas adicionales y acompañamiento psicológico. Se realizó un seguimiento durante al menos seis meses después de la intervención inicial, para evaluar la evolución de su estado emocional de y la efectividad de la intervención.
5. **Entrevista de Seguimiento:** se llevó a cabo una entrevista de seguimiento por lo menos seis meses después de la intervención inicial. Esta entrevista permitió evaluar los cambios en el bienestar emocional y las estrategias de afrontamiento de los estudiantes, así como la utilidad percibida de la intervención por parte de cada participante.

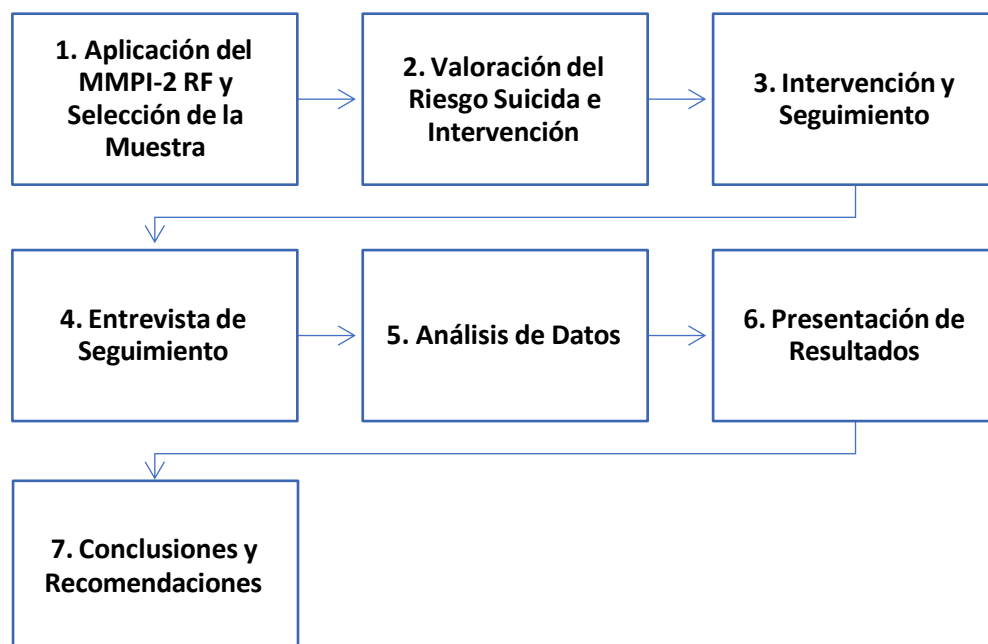
6. **Registro y Análisis de Datos:** todos los datos obtenidos, tanto del MMPI-2 RF como de las entrevistas, fueron registrados y analizados. Los datos cuantitativos se analizaron estadísticamente para identificar patrones y relaciones entre las variables de riesgo suicida y esperanza. Los datos cualitativos, provenientes de las entrevistas, fueron analizados para identificar categorías de las estrategias utilizadas por los y las estudiantes.

3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en varias etapas, asegurando una planificación detallada para cumplir con los objetivos propuestos. Las etapas se describen a continuación:

Figura 1

Etapas de investigación



1. **Aplicación del MMPI-2 RF y Selección de la Población:** se aplicó el MMPI-2 RF a los alumnos y alumnas de nuevo ingreso a la universidad para identificar a los estudiantes en riesgo suicida. Como se mencionó anteriormente, esta etapa se desarrolló en los laboratorios de computación de la universidad, con el objetivo de asegurar un proceso ordenado y con la supervisión adecuada.
2. **Valoración del Riesgo Suicida e Intervención:** los estudiantes identificados con riesgo suicida fueron invitados a participar en las entrevistas de valoración del riesgo suicida e intervención. En esta etapa, se realizaron entrevistas en profundidad con el objetivo de valorar el riesgo suicida, explorar las estrategias de afrontamiento y fomentar la generación o mantenimiento de la esperanza.
3. **Intervención y Seguimiento:** para los estudiantes que lo requirieron, se proporcionó un seguimiento adicional mediante entrevistas de seguimiento y acompañamiento psicológico durante un período de por lo menos seis meses. Esta etapa se enfocó en monitorear la evolución de los participantes, reforzar las estrategias de afrontamiento y evaluar el impacto de la intervención.
4. **Entrevista de Seguimiento:** se realizó una entrevista de seguimiento después de la intervención inicial para evaluar los resultados de la misma. En esta etapa, se midió el bienestar emocional, el nivel de riesgo suicida y la utilidad de las estrategias de afrontamiento implementadas.
5. **Análisis de Datos:** el análisis de los datos recolectados se llevó a cabo utilizando el software estadístico MiniTab, que permitió un tratamiento adecuado para los datos cuantitativos. En primer lugar, se realizaron

análisis descriptivos para resumir y describir las características principales de la muestra, tales como edad, género, carrera y niveles iniciales de bienestar y de riesgo. Las medidas de tendencia central, como la media y la mediana, y de dispersión, como la desviación estándar, fueron empleadas para las variables cuantitativas.

Posteriormente, se efectuaron pruebas estadísticas para evaluar los cambios en los niveles de bienestar antes y después de la intervención mediante la entrevista estructurada.

Además, se realizaron análisis relacionales, con el objetivo de explorar relaciones entre los niveles de bienestar, las estrategias de afrontamiento y otras variables sociodemográficas o psicométricas. Paralelamente, las entrevistas estructuradas fueron transcritas y analizadas mediante codificación temática, lo que permitió identificar patrones y estrategias de afrontamiento recurrentes. Este análisis cualitativo complementó la perspectiva cuantitativa, proporcionando una visión más integral de los hallazgos.

Finalmente, los resultados cuantitativos y cualitativos fueron integrados para ofrecer un panorama completo sobre cómo las estrategias de afrontamiento influyeron en los niveles de bienestar de los estudiantes y para evaluar la efectividad de la intervención diseñada.

6. **Presentación de Resultados:** los resultados se presentaron mediante, categorizaciones, diagramas y tablas. La presentación incluye tanto los resultados cuantitativos del MMPI-2 RF como los hallazgos cualitativos de

las entrevistas, lo cual permitió ofrecer una visión integral del impacto de la intervención.

7. **Conclusiones y Recomendaciones:** en la etapa final se analizaron los resultados obtenidos y se elaboraron las conclusiones sobre la efectividad de la intervención. Se proporcionan recomendaciones para futuras investigaciones y se discute la posible aplicación de las estrategias de intervención en otros contextos educativos.

3.10. Aspectos Bioéticos

La investigación se llevó a cabo cumpliendo estrictamente con los principios éticos establecidos para proteger el bienestar de quienes participaron. Los siguientes aspectos bioéticos fueron considerados durante todas las etapas del estudio:

- **Consentimiento Informado:** es un principio esencial en toda investigación que involucra seres humanos, asegurando que quienes participan conozcan los objetivos, riesgos y beneficios antes de aceptar participar (64). Se les proporcionó información clara y detallada sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, y la confidencialidad de sus datos. Las y los participantes fueron libres de abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
- **Confidencialidad y Anonimato:** la información proporcionada por las y los participantes fue tratada de forma confidencial para proteger su

privacidad, asegurando que los datos personales no sean divulgados y que se mantenga el anonimato durante y después del estudio (65). Los datos personales y las respuestas se codificaron para asegurar el anonimato, y solo el investigador tuvo acceso a la información completa. Los resultados son reportados de manera agregada, sin identificar a los individuos específicos.

- **Minimización de Riesgos:** se hizo todo lo posible para minimizar cualquier riesgo asociado a la participación en el estudio. Las entrevistas y las evaluaciones se realizaron en un ambiente seguro y cómodo y se brindó apoyo psicológico adicional en los casos necesarios.
- **Beneficencia y No Maleficencia:** la investigación tuvo como objetivo mejorar el bienestar de los estudiantes y prevenir el riesgo suicida, actuando siempre en beneficio de quienes participan. Se evitó causar cualquier tipo de daño psicológico o emocional durante el proceso de evaluación e intervención.
- **Justicia:** la selección de las y los participantes se realizó de manera justa, asegurando que todos los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión tengan la misma oportunidad de participar en el estudio.

Estos aspectos bioéticos garantizaron que la investigación se realizara de manera responsable y ética, respetando los derechos y la dignidad de las y los participantes.

Capítulo 4. Análisis de Resultados y Discusión

El presente capítulo tiene como propósito exponer, analizar e interpretar los resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados y las entrevistas realizadas a las y los participantes identificados con riesgo suicida. Para ello, se retoman tanto los datos de carácter cuantitativo (riesgo suicida, bienestar, confianza y utilidad percibida) como los hallazgos cualitativos derivados del análisis temático de las entrevistas iniciales y de seguimiento.

Los resultados se organizarán atendiendo a la secuencia temporal de la intervención (momento de crisis, primera entrevista, seguimiento), con el fin de identificar las variaciones experimentadas por las y los participantes. Asimismo, se buscará comprender no sólo el efecto de la intervención centrada en la esperanza, sino también las estrategias y los procesos espontáneos de afrontamiento que los estudiantes pusieron en marcha antes de recibir el acompañamiento formal. En este sentido, se considera que los recursos personales, aunque a menudo no verbalizados conscientemente por los propios estudiantes, desempeñaron un papel importante en la reducción inicial del riesgo y la mejora del bienestar.

El análisis se realizará en dos niveles complementarios. En primer lugar, se presentarán los resultados descriptivos y comparativos de los datos cuantitativos, acompañados por su respectiva interpretación. En segundo lugar, se explorarán los hallazgos cualitativos desde una perspectiva narrativa y de agencia, destacando tanto las estrategias explícitas como las respuestas implícitas que revelan recursos internos significativos. Posteriormente, en la discusión, se articularán estos hallazgos con los marcos teóricos previamente desarrollados, particularmente la Teoría de la Esperanza de Snyder, la

Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones y los aportes de la terapia narrativa y la resiliencia silenciosa.

De esta manera, el capítulo busca ofrecer una visión integral del proceso de recuperación de los estudiantes participantes, considerando tanto los efectos de la intervención como la activación y consolidación de sus propios recursos personales, lo que resulta fundamental para comprender el fenómeno del afrontamiento en contextos de riesgo suicida universitario.

4.1. Resultados Cuantitativos

En esta sección se presentan los hallazgos cuantitativos de la intervención psicológica centrada en la esperanza, aplicados a 19 estudiantes universitarios en riesgo suicida. Se incluyen los análisis descriptivos de las variables evaluadas, la percepción de utilidad de la intervención por parte de quienes participaron, el análisis correlacional entre las principales medidas, y la comparación estadística de las mediciones en tres momentos temporales. Dado el tamaño muestral reducido ($N = 19$) y la naturaleza ordinal de varios instrumentos, se optó por pruebas no paramétricas para contrastar las hipótesis. En concreto, se empleó el estadístico χ^2 de Friedman para comparar distribuciones en tres momentos (crisis inicial, intervención y seguimiento) y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparaciones pareadas. Adicionalmente, se utilizó el coeficiente ρ de Spearman para examinar correlaciones entre las variables de riesgo suicida, bienestar subjetivo y confianza. El nivel de significancia adoptado fue $\alpha = .05$, acorde con recomendaciones metodológicas para estudios exploratorios con muestras pequeñas en investigación aplicada (71).

4.1.1. Análisis descriptivo de las variables principales

Los participantes del estudio fueron 19 estudiantes universitarios (6 hombres y 13 mujeres) con edades entre 18 y 21 años, todos cursando el primer cuatrimestre de sus carreras. La edad a la que experimentaron su primer episodio de riesgo suicida osciló entre los 12 y los 19 años (promedio de 16.8 años). En la mayoría de los casos, el episodio de crisis más reciente había ocurrido entre 6 meses y 1 año antes del inicio del estudio. Estos datos contextuales ofrecen un perfil general de la muestra y del momento evolutivo en que se encontraban al participar en la intervención.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las variables principales (n = 19)

Variable	Media	Mediana	DE	Mín	Máx
Riesgo en Crisis (R1)	4.74	4.00	2.08	2	8
Riesgo en 1ra Entrevista (R2)	1.68	2.00	0.75	1	3
Riesgo en Seguimiento (R3)	1.47	1.00	1.61	1	8
Bienestar en Crisis (B1)	3.37	4.00	1.64	1	6
Bienestar en 1ra Entrevista (B2)	7.42	8.00	1.71	3	10
Bienestar en Seguimiento (B3)	8.16	9.00	2.34	1	10
Confianza en 1ra Entrevista (C1)	7.68	8.00	1.73	5	10
Confianza en Seguimiento (C2)	8.21	9.00	2.12	3	10

En cuanto a las variables principales del estudio (riesgo suicida, bienestar subjetivo y confianza), los resultados descriptivos muestran cambios notables a lo largo del tiempo. En la escala de riesgo suicida, se observó una disminución

marcada ya antes de la primera entrevista formal: la puntuación media de riesgo pasó de 4.74 durante la etapa de crisis inicial (R1) a 1.68 en la primera entrevista (R2). Para el momento del seguimiento posterior (R3), la media de riesgo se situó en 1.47. Esto indica una reducción drástica inicial del riesgo suicida seguida de una leve disminución adicional hacia el seguimiento, sugiriendo que la mayor parte de la mejora en el riesgo ocurrió al comienzo del proceso.

De forma paralela, el bienestar subjetivo mostró un incremento sustancial en el mismo intervalo inicial. La puntuación media de bienestar aumentó de 3.37 durante la crisis (B1) a 7.42 en la primera entrevista (B2), evidenciando una mejoría considerable reportado en la primera sesión formal de la intervención. Posteriormente, el bienestar continuó incrementándose hasta 8.16 en el seguimiento (B3), aunque este aumento posterior fue más moderado. En conjunto, las cifras reflejan un salto inicial pronunciado en el bienestar, seguido de un ajuste positivo sostenido pero de menor magnitud entre la primera entrevista y el seguimiento.

Por otro lado, la confianza personal –entendida como la seguridad en sí mismos y en sus estrategias para manejar la situación– (evaluada únicamente a partir de la primera entrevista) presentó valores relativamente altos desde el inicio de la intervención y un cambio menos pronunciado. La media de confianza pasó de 7.68 en la primera entrevista (C1) a 8.21 en el seguimiento (C2). Si bien este incremento indica una tendencia positiva, la variación fue pequeña en términos absolutos. Esto sugiere que los estudiantes ya entraban al proceso con un nivel de confianza personal elevado, el cual aumentó ligeramente hacia el final del seguimiento.

Finalmente, cabe destacar que la utilidad percibida de la intervención fue valorada de forma muy positiva por las y los participantes. Según la distribución de frecuencias obtenida (Tabla), catorce de los 19 estudiantes (aproximadamente el 74%) calificaron la intervención centrada en la esperanza como “muy útil”. Este dato contextual complementa los hallazgos en las variables principales, indicando una recepción favorable de la propuesta de intervención por parte de la gran mayoría de las y los participantes.

Tabla 5

Frecuencia de respuestas sobre la utilidad percibida de la intervención (N = 19)

Utilidad percibida	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
5 – Muy útil	14	73.7
4 – Útil	4	21.1
3 – Neutral	0	0.0
2 – Poco útil	1	5.3
1 – Nada útil	0	0.0

Nota. Elaboración propia. Escala de utilidad: 1 (Nada útil) a 5 (Muy útil).

4.1.2. Análisis correlacional entre variables

Antes de examinar los contrastes estadísticos pre-post, se exploraron las relaciones bivariadas entre las principales variables medidas, con el fin de identificar patrones consistentes con el marco teórico. Se aplicó la correlación de Spearman (ρ) considerando las mediciones de riesgo suicida (R1, R2, R3), bienestar (B1, B2, B3) y confianza (C1, C2).

Tabla 6*Matriz de correlaciones de Spearman entre riesgo, bienestar y confianza*

Variable	R1	R2	R3	B1	B2	B3	C1	C2
R1	—	.67**	.49*	-.24	-.42	-.40	-.16	-.55*
R2		—	.26	-.14	-.58**	-.05	-.23	-.29
R3			—	-.38	-.55*	-.60**	-.28	-.63**
B1				—	.35	.57*	-.11	.38
B2					—	.40	.28	.56*
B3						—	.35	.67**
C1							—	.34
C2								—

Nota. Coeficientes ρ de Spearman.

- $p < .05$. ** $p < .01$.

Variables: R (riesgo), B (bienestar), C (confianza) en diferentes momentos del estudio.

En general, los resultados muestran que las variables de ajuste positivo (bienestar, confianza) tienden a covariar directamente entre sí, mientras que ambas se relacionan inversamente con el riesgo suicida, coherente con lo esperado. Por ejemplo, se halló una correlación positiva y significativa entre el bienestar inicial y el bienestar en el seguimiento ($\rho = 0.57$, $p < .05$), lo que indica

que quienes comenzaron con una percepción menos deteriorada de bienestar lograron niveles relativamente altos de bienestar meses después.

Del mismo modo, el bienestar en el seguimiento (B3) presentó una asociación positiva fuerte con la confianza final (C2) ($p = 0.67$, $p < .01$), evidenciando que, al término del proceso, quienes se sentían mejor en lo emocional también se percibían más confiados y seguros de sí mismos. Esta sincronía sugiere una convergencia de estados psicológicos positivos: a medida que los estudiantes recuperaban la esperanza y el bienestar, fortalecían paralelamente su sentido de competencia y agencia personal. Es notable que incluso el bienestar reportado tras la primera entrevista (B2) mostró una correlación moderada y significativa con la confianza en el seguimiento (C2) ($p = 0.56$, $p < .05$), lo que implica que las mejoras tempranas en el estado de ánimo podrían predecir una mayor seguridad personal sostenida en el tiempo.

Por otra parte, no se encontraron correlaciones significativas entre las mediciones de riesgo suicida y confianza (por ejemplo, $p \approx -0.11$ entre el riesgo inicial y la confianza posterior, $p > .05$), ni entre algunas mediciones de riesgo y bienestar puntuales una vez pasada la crisis aguda. La ausencia de asociaciones fuertes en estos casos puede deberse a que el riesgo suicida disminuyó drásticamente en casi todos los participantes, reduciendo la variabilidad necesaria para establecer correlaciones individuales significativas –es decir, el riesgo bajó muy significativamente que prácticamente *desvinculó* esta variable de las diferencias individuales en bienestar o confianza posteriores.

A pesar de ello, desde una perspectiva teórica es consistente asumir que reducciones en la desesperanza y riesgo suicida van acompañadas de aumentos en bienestar, algo respaldado por la tendencia global de los datos. En conjunto,

el análisis correlacional sugiere que recuperar el bienestar y mantener la confianza van de la mano durante el proceso de intervención, reflejando el papel central de la esperanza y la resiliencia en múltiples dimensiones de la experiencia subjetiva. Estos hallazgos recuerdan que la generación de esperanza actúa de manera transversal, influyendo simultáneamente en la percepción de bienestar y en la confianza para perseguir metas (31).

4.1.3. Comparación de mediciones en diferentes momentos

Finalmente, se realizaron pruebas estadísticas para comparar cuantitativamente las mediciones en los distintos momentos del estudio (crisis inicial, intervención y seguimiento) y determinar si los cambios observados fueron estadísticamente significativos. Como se mencionó, dado que los supuestos de normalidad no se cumplían y el tamaño de la muestra era pequeño, se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman para contrastar cada variable con tres mediciones, complementada con pruebas de Wilcoxon para comparaciones dos a dos.

Tabla 7

Resultados de las pruebas de Friedman y Wilcoxon para riesgo, bienestar y confianza

Variable	Comparación	Estadístico	p-valor	Interpretación
Riesgo	Friedman (R1–R3)	$\chi^2 = 33.03$	< .001	Diferencias significativas
	Wilcoxon (R1 vs R2)	W = 0.0	< .001	Cambio significativo
	Wilcoxon (R2 vs R3)	W = 8.0	.15	No significativo
	Wilcoxon (R1 vs R3)	W = 0.0	< .001	Cambio significativo
Bienestar	Friedman (B1–B3)	$\chi^2 = 30.96$	< .001	Diferencias significativas
	Wilcoxon (B1 vs B2)	W = 0.0	< .001	Cambio significativo
	Wilcoxon (B2 vs B3)	W = 24.0	.036	Cambio significativo
	Wilcoxon (B1 vs B3)	W = 0.0	< .001	Cambio significativo
Confianza	Wilcoxon (C1 vs C2)	W = 30.5	.29	No significativo

Nota. Pruebas no paramétricas. Friedman se utilizó para tres momentos, Wilcoxon para comparaciones por pares.

Todas las pruebas fueron no paramétricas y el nivel de significancia adoptado fue $\alpha = .05$, según recomendaciones para estudios exploratorios con muestras pequeñas en investigación aplicada (71).

A continuación se detallan los resultados para cada variable:

En la variable de riesgo suicida (mediciones R1, R2, R3), la prueba de Friedman reveló diferencias globales estadísticamente significativas entre los tres momentos ($\chi^2 = 33.03$, $p < .001$). Las comparaciones por pares mediante Wilcoxon confirmaron que la reducción de riesgo ocurrió principalmente en la fase inicial del proceso: hubo una disminución significativa del riesgo desde la crisis hasta la primera entrevista ($p < .001$).

Asimismo, se observó una reducción significativa desde la crisis hasta el seguimiento ($p < .001$), confirmando que el nivel de riesgo al final del proceso se mantenía muy por debajo del nivel inicial de crisis. En contraste, no se encontró diferencia significativa entre la primera entrevista y el seguimiento ($p = .15$), lo que indica que tras la marcada disminución inicial el riesgo suicida permaneció estable en el periodo posterior. Este patrón sugiere que la mayor parte de la mejoría en la disminución del riesgo ocurrió antes o durante la primera intervención formal, estabilizándose después sin cambios adicionales estadísticamente detectables.

En cuanto al bienestar subjetivo (mediciones B1, B2, B3), también se hallaron diferencias significativas a lo largo del tiempo (prueba de Friedman, $\chi^2 = 30.96$, $p < .001$). Las pruebas de Wilcoxon indicaron que la mejoría en el bienestar fue significativa tanto desde la crisis hasta la primera entrevista ($p < .001$) como desde la primera entrevista hasta el seguimiento ($p = .036$). En consecuencia, la comparación entre la crisis inicial y el seguimiento final arrojó igualmente un cambio significativo ($p < .001$), evidenciando un patrón continuo de recuperación en la percepción de bienestar.

Es importante señalar que, aunque hubo mejoras en ambas etapas, el incremento más marcado ocurrió en la primera fase (entre la crisis y la

entrevista), seguido de una ganancia adicional más moderada durante el periodo de seguimiento. Esto implica que, si bien el bienestar continuó elevándose con el tiempo, las y los participantes ya habían logrado una recuperación sustancial temprana antes de que se completara la intervención.

Este hallazgo es coherente con lo planteado por varios autores (52–54), que destacan que las personas en situación de sufrimiento tienden a activar respuestas espontáneas de resistencia y afrontamiento, incluso si no las reconocen como tales. Estas respuestas pueden constituir formas de resiliencia silenciosa (55) y agencia narrativa, que operan antes del acompañamiento clínico formal.

Respecto a la confianza (mediciones C1, C2), el análisis comparativo no mostró cambios estadísticamente significativos entre la primera entrevista y el seguimiento. La prueba de Wilcoxon arrojó un estadístico $W = 30.5$ con $p = .29$, lo que indica que el ligero aumento promedio observado (de 7.68 a 8.21) no alcanza significación estadística. En otras palabras, la confianza percibida por los estudiantes se mantuvo alta y esencialmente sin variaciones notables a lo largo del periodo de intervención y seguimiento medido. Este resultado sugiere que quienes participaron ya contaban con un nivel de confianza considerable al inicio de la intervención, el cual se conservó (e incluso tendió al alza de forma no significativa) hasta el final del estudio.

Por lo tanto, las comparaciones estadísticas confirman las tendencias observadas en el análisis descriptivo: tanto el descenso del riesgo suicida como el aumento del bienestar resultaron significativos y ocurrieron principalmente antes o en la etapa inicial de la intervención, mientras que posteriormente se observó una estabilización de dichos avances (especialmente en el caso del

riesgo). La confianza, por su parte, no experimentó cambios significativos, permaneciendo elevada de principio a fin del proceso. Estos hallazgos cuantitativos sirven de base para comprender en profundidad el efecto temporal de la intervención y la evolución natural de las variables estudiadas.

4.1.4. Implicaciones generales del análisis cuantitativo

Los resultados cuantitativos presentados revelan un patrón claro: la mejoría más pronunciada en los estudiantes (es decir, la reducción del riesgo suicida y el incremento del bienestar subjetivo) ocurrió en la fase más temprana, antes y durante la primera entrevista formal de la intervención. Es decir, las y los participantes mostraron una recuperación significativa desde el momento de crisis inicial hasta el inicio mismo del programa estructurado. Después de esa mejoría inicial espontánea, los indicadores se mantuvieron estables o continuaron mejorando de forma más gradual durante y después de la intervención. Este fenómeno sugiere que, al ingresar al estudio, los estudiantes ya habían comenzado a activar sus propios recursos personales de afrontamiento y esperanza de manera espontánea, incluso antes de recibir la intervención de forma completa.

En coherencia con la idea de una “resiliencia silenciosa”, las y los participantes parecieron ponerse en marcha hacia la recuperación casi silenciosamente, sin una intervención formal inmediata.

Esta resiliencia silenciosa alude a la capacidad de sobreponerse a la adversidad mediante mecanismos internos que pueden pasar inadvertidos (55). Asimismo, puede inferirse la presencia de agencia narrativa por parte de los

estudiantes (52,54), lo cual se vincula directamente con la autoeficacia como percepción de capacidad personal para influir en los acontecimientos (56).

Todos estos procesos internos están estrechamente relacionados con la Teoría de la Esperanza de Snyder, que plantea que la esperanza consta de dos componentes fundamentales: la agencia (la motivación y determinación para alcanzar metas) y las vías o caminos (la capacidad de generar estrategias para lograr dichas metas). Los estudiantes, al mostrar una disminución del riesgo y mejora del bienestar temprano, evidenciaron tener al menos en forma incipiente esa motivación y esas estrategias propias para salir adelante, aun antes de que la intervención estructurada interviniera por completo.

En este contexto, la intervención centrada en la esperanza no debe interpretarse como la causa directa y única de los cambios positivos, sino más bien como un medio facilitador que ayudó a visibilizar, organizar y reforzar los recursos que los jóvenes ya habían comenzado a poner en práctica. La intervención proporcionó un espacio seguro y una estructura donde las y los participantes pudieron expresar, reconocer y consolidar su esperanza y estrategias de afrontamiento. De este modo, la intervención funcionó en consonancia con los procesos de resiliencia y agencia previamente iniciados por los estudiantes, potenciándolos y dándoles coherencia.

Por tanto, los hallazgos cuantitativos indican que la recuperación de estos universitarios en riesgo suicida fue impulsada en gran medida por sus recursos personales intrínsecos, y que la intervención colaboró complementariamente como catalizador de esos procesos, fortaleciendo la esperanza y la autoeficacia ya emergentes para propiciar un bienestar más duradero.

4.2. Análisis cualitativo

El abordaje cualitativo se enfocó en comprender, desde la narrativa personal de quienes participaron, los factores protectores y de riesgo percibidos, así como los elementos subjetivos que influyeron en el afrontamiento, la reconfiguración de la experiencia y la construcción de metas personales.

Se analizaron 19 entrevistas iniciales y 19 entrevistas de seguimiento (aplicadas al menos seis meses después), lo que permitió una aproximación longitudinal a los cambios experimentados por los informantes en relación con su bienestar, nivel de confianza y percepción del riesgo suicida.

El presente análisis se llevó a cabo mediante el enfoque de análisis de contenido temático categorial, una estrategia cualitativa sistemática que permite identificar, organizar y categorizar patrones significativos en los datos textuales a partir de categorías conceptuales previamente establecidas. Este tipo de análisis se fundamenta en la identificación de segmentos de texto que responden a preguntas específicas o dimensiones conceptuales, agrupándolos bajo temas o categorías definidas teóricamente (72).

A diferencia de los enfoques puramente inductivos, en los que las categorías emergen del texto sin un marco teórico inicial, el análisis categorial deductivo parte de un sistema de categorías estructurado con base en preguntas de investigación, marcos teóricos o instrumentos previos. Este método resulta especialmente útil cuando se desea examinar el contenido a la luz de modelos explicativos específicos, como en el caso del presente estudio, centrado en soluciones, el afrontamiento, la esperanza y la resiliencia.

El análisis de contenido categorial implica tres pasos fundamentales: 1) la determinación de las unidades de análisis; 2) la asignación de las unidades textuales a categorías predefinidas, y 3) la revisión sistemática del material para asegurar la coherencia y validez del sistema categorial aplicado (72).

Las entrevistas fueron analizadas a partir de categorías temáticas previamente definidas, construidas con base en las preguntas guía de los formatos de entrevista (ver Apéndices E y F). Estas categorías fueron: 1) Estrategias de afrontamiento, 2) Fortalezas personales, 3) Conexiones afectivas y redes de apoyo, 4) Reflexión positiva y resignificación, 5) Orientación al futuro, 6) Cambios en bienestar, confianza y riesgo suicida, y 7) Evaluación de la utilidad de la intervención.

El enfoque de codificación fue deductivo. Las respuestas se organizaron en función de las categorías mencionadas y se validaron mediante una revisión rigurosa del contenido textual. Para mantener la fidelidad del análisis, se utilizó exclusivamente material verificable de las entrevistas, sin parafraseos ni interpretaciones que no estuvieran explícitas en las respuestas. La tabla 8 muestra las categorías, subcategorías, número de menciones y citas representativas de lo que los y las participantes mencionaron.

Tabla 8*Síntesis del análisis cualitativo*

Categoría	Subcategorías	Núm. menciones	Cita representativa
1. Estrategias de afrontamiento	Ejercicio, contacto social, distracción, reflexión personal	19	Ir al gimnasio me sacó el estrés... salir con mis amigas me da felicidad.
2. Fortalezas personales	Autonomía, perseverancia, autoestima, responsabilidad	18	Mi seguridad personal, me comprendí y abrí los ojos.
3. Conexiones afectivas y redes de apoyo	Madre, amigos, hermanos, docentes	19	Mi mamá, al escucharme y llorar con ella... mis amigas me animaban.
4. Reflexión positiva y resignificación	Aprendizaje, madurez emocional, sentido del presente	19	Que tenía que valorarme más como persona... vivir la vida, está chidota.
5. Orientación al futuro	Metas académicas, físicas, emocionales y sociales	19	Salir bien en mis calificaciones... ser capaz de ver a otras personas a los ojos.
6. Cambios en bienestar, confianza y riesgo suicida	Mejora emocional, mayor confianza, reducción del riesgo	19	Mejoré mi alimentación... ya no me dan ataques de ansiedad... siento que tengo el poder sobre mí.
7. Evaluación de la utilidad de la intervención	Espacio de expresión, resignificación, clarificación de metas	18	Platicamos de lo que nunca platiqué con nadie... me ayudó a establecer objetivos.

La interpretación de las respuestas se apoyó teóricamente en cuatro enfoques principales:

- La Hope Theory de Snyder (31, 69) que permitió analizar la activación de agency y pathways en la formulación de metas y percepción de progreso.
- La Terapia Breve Centrada en Soluciones (12, 34, 76), que orientó la comprensión del cambio a partir de la identificación de recursos, excepciones y metas enunciadas por los propios participantes.
- La Psicología Positiva (13, 68), que proporcionó el marco para identificar experiencias de bienestar, gratitud, optimismo y crecimiento post-crisis.
- El enfoque de agencia narrativa (52, 53, 54), que permitió observar cómo los estudiantes resignificaron su historia personal al integrar el sufrimiento, los recursos y el sentido de futuro.

El análisis fue realizado manualmente y organizado por categorías temáticas transversales, lo que permitió integrar los hallazgos en torno a dimensiones clave del afrontamiento, la resiliencia y la recuperación subjetiva del bienestar.

4.2.1. Estrategias de afrontamiento utilizadas

En las entrevistas se identificaron múltiples acciones que los informantes realizaron de manera espontánea para enfrentar el momento crítico que atravesaban. Estas respuestas fueron en su mayoría de tipo conductual y emocional, y pueden interpretarse como estrategias de regulación emocional (73). Las estrategias se distinguen entre afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. En este caso, destacan acciones que sirvieron para

gestionar el malestar emocional, recuperar la calma, o encontrar alivio inmediato, como el ejercicio físico, la conversación, la distracción y el contacto con la naturaleza.

Por ejemplo, varios estudiantes mencionaron el ejercicio como una vía para liberar tensión emocional y reconectarse consigo mismos. Una estudiante señaló: *"Ir al gimnasio me sacó el estrés, estar bien conmigo misma, verme diferente y sentir que puedo hacer algo con mi cuerpo"* (informante 3, entrevista inicial). Otro expresó: *"Fui al gym, el ejercicio es mi refugio"* (informante 18, entrevista de seguimiento). Estas respuestas reflejan tanto una acción concreta como una resignificación positiva del cuerpo y de la agencia personal, en sintonía con el concepto de *agency* de Snyder, dentro de su teoría de la esperanza.

También fueron frecuentes las actividades que implicaban contacto social positivo. Por ejemplo, una informante explicó: *"Salir con mis amigas me da felicidad porque podemos ser nosotras mismas"* (informante 3, entrevista inicial). Otro señaló: *"Salir un poquito más con amigos y compañeros, así se me olvidan las cosas, todos los problemas por un momento. Venir a entrenar básquet, me desestreso. Estar con mi mamá, ella es muy alegre"* (informante 4, entrevista inicial). Estas acciones coinciden con los principios de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), que reconoce los momentos de excepción y los recursos personales desplegados por los propios individuos en contextos difíciles (12).

En algunos casos, los informantes describieron acciones introspectivas que les ayudaron a resignificar su situación, como *"platicar conmigo misma en el espejo"*, *"reflexionar"*, o *"pensar más las cosas y pensar más en mí"* (informantes 8, 14 y 16). Estas prácticas pueden entenderse como formas espontáneas de

agencia narrativa (52), en las que el sujeto se convierte en protagonista de su reconstrucción personal a través del diálogo interno y la construcción de sentido.

También se mencionaron actividades de distracción como leer, escuchar música, ver videos, dibujar, jugar videojuegos o salir a tomar aire. Estas estrategias, aunque podrían considerarse evitativas desde un enfoque tradicional, en contextos de alto malestar cumplen una función adaptativa de regulación emocional inmediata (74).

En resumen, los testimonios revelan una amplia gama de recursos conductuales y emocionales puestos en marcha por los estudiantes. Estas acciones no fueron el resultado de un proceso terapéutico formal, sino iniciativas propias, muchas veces intuitivas, que permiten hablar de una forma espontánea de afrontamiento activo, centrado en soluciones y en recuperación de agencia.

4.2.2. Fortalezas personales

Durante las entrevistas, los estudiantes identificaron una variedad de fortalezas internas que les permitieron afrontar situaciones de crisis. Estas fortalezas pueden entenderse como expresiones espontáneas de agencia personal y elementos clave en la construcción de una narrativa de recuperación, tal como lo propone la terapia narrativa y la psicología positiva (31,52,68).

Las respuestas muestran que los informantes reconocen tanto capacidades cognitivas como emocionales, sociales y motivacionales. Entre las más mencionadas se encuentran la seguridad personal, la capacidad de toma de decisiones, la autodisciplina, la perseverancia, la responsabilidad, el optimismo y el deseo de superación.

Por ejemplo, una informante señaló: *“Mi seguridad personal, me comprendí y abrí los ojos”* (informante 1), mientras que otra expresó: *“Mi independencia”* (informante 2). Estas frases reflejan un reconocimiento de la capacidad para autorregularse y tomar distancia del malestar mediante una reconfiguración de sí mismas.

Otros estudiantes reconocieron la importancia de la constancia y el orden en sus vidas como elementos protectores. El informante 3 afirmó: *“Tomar decisiones correctas, hábitos correctos”*, y el informante 4 mencionó: *“Aprender a controlarme, autocontrol”*. Estas fortalezas se alinean con lo que Snyder denomina *agency*, es decir, la energía percibida para moverse hacia metas deseadas, incluso en contextos adversos.

Algunos relatos incorporan la motivación como motor fundamental para resistir y avanzar. El informante 7 compartió: *“Querer salir adelante, superarme. Ser fuerte y valiente. Pensar en mí misma, escuchar música, platicar”*. En este caso, se combinan elementos internos y relacionales como parte de la estructura de afrontamiento.

Varias respuestas destacan el amor hacia la familia, especialmente hacia la madre, como una fortaleza emocional que sostiene y orienta. Por ejemplo: *“Amor por mi mamá. Deseo de tener una granja”* (informante 6) y *“El amor por mi mamá. La idea de terminar una carrera”* (informante 10). Estas respuestas evidencian un vínculo afectivo que se convierte en motivo de perseverancia.

Además, surgieron cualidades como la paciencia, el optimismo y la confianza, enunciadas como fortalezas conscientes: *“Paciencia. Optimismo.”*

Confianza” (informante 13). Estas actitudes reflejan un repertorio emocional valioso que puede amortiguar el impacto del malestar psicológico y favorecer procesos de recuperación.

También hubo quienes se reconocieron como personas con capacidad reflexiva: *“Pensar en lo que puede ser diferente. Voy a hacer algo grande”* (informante 8), o como personas responsables: *“Establecer prioridades. Mi responsabilidad”* (informante 14), lo cual señala un funcionamiento metacognitivo adaptativo y orientado al futuro.

En suma, estas fortalezas no son solo rasgos estáticos, sino recursos activos y movilizados por los informantes en momentos críticos. Su reconocimiento representa un paso clave para la construcción de narrativas resilientes y la activación de trayectorias de esperanza.

4.2.3. Conexiones afectivas y redes de apoyo

Uno de los temas más consistentes en las entrevistas fue la mención de personas significativas que brindaron apoyo emocional, contención o acompañamiento en momentos de crisis, muchas veces sin saberlo. Estas redes afectivas —familiares, amistosas o escolares— constituyen un recurso esencial en la construcción de esperanza, tal como lo señalan Snyder y la Terapia Breve Centrada en Soluciones al promover una visión más amplia de las posibilidades de cambio (12,31)

La figura materna fue referida reiteradamente como un ancla emocional, tanto por su presencia como por su escucha activa. El informante 1 expresó: *“Mi mamá, al escucharme y llorar con ella...”*, mientras que el informante 5 señaló:

“Mi mamá porque me escucha. Mi tía me invita a hacer cosas nuevas.” Estas relaciones resultaron esenciales no sólo por su cercanía, sino por su capacidad de sostén emocional en momentos críticos.

Además de la familia nuclear, muchos participantes destacaron el valor de sus amistades. El informante 3 compartió: *“Mis amigos, Montarrez, Osmar, Ociel, con ellos pasaba el tiempo, me cambiaban la rutina, me preguntaban cómo estaba”,* y el informante 9 indicó: *“Mis amigos: Gilberto, Ángel y Alonso; mi novia Carol y mi primo”*. Estos lazos afectivos permitieron generar espacios de distracción, compañía y sentido de pertenencia, elementos fundamentales en el proceso de recuperación emocional (75).

Algunos reconocieron el impacto de figuras escolares o institucionales. Por ejemplo, el informante 12 señaló: *“Mi amigo Braulio ha estado ahí para mí. El psicólogo de la universidad, mis compañeros del salón me dicen palabras positivas... la maestra Mireya, mi compañera Male, el profe Víctor con su exigencia”*. Estas respuestas evidencian cómo el entorno académico también puede ofrecer recursos significativos cuando existe un vínculo positivo.

No todos los informantes habían expresado directamente a estas personas su importancia. Algunos afirmaron que *“No lo saben, tal vez se los diga”* o *“Si lo supieran quizá estarían felices”*. Esta distancia entre la percepción del apoyo recibido y su reconocimiento explícito sugiere que las relaciones afectivas, aunque presentes, no siempre están integradas en un diálogo abierto sobre su impacto, lo cual puede limitar su potencial como fuente de soporte más consciente.

Otras personas reportaron que sí han comunicado su agradecimiento: *“Sí lo saben, les tengo mucha confianza y nos apreciamos mucho”* (informante 9), *“Sí, les digo que los quiero mucho. Se sienten felices”* (informante 6). Estas afirmaciones no sólo reflejan vínculos fuertes, sino también un ejercicio activo de expresión emocional que fortalece el soporte mutuo.

En conjunto, las respuestas permiten observar que el apoyo emocional fue uno de los principales factores protectores frente a las ideaciones suicidas. Las redes afectivas —ya sean familiares, amistosas, escolares o profesionales— jugaron un papel central como recursos tangibles de acompañamiento, validación y resignificación.

4.2.4. Reflexión positiva y resignificación

Una de las metas centrales de las entrevistas fue explorar los aprendizajes y resignificaciones que las y los estudiantes lograron tras haber atravesado situaciones de crisis. Las respuestas permiten observar una importante transformación en su narrativa personal, en la que el sufrimiento vivido no se minimiza, pero se coloca en perspectiva como una experiencia de la que se puede aprender y reconstruir sentido.

Desde el enfoque de la Hope Theory, esta resignificación es parte del proceso de fortalecimiento de la agencia: reconocer que se ha sobrevivido, identificar qué se hizo para superar el dolor, y visualizar que hay otros caminos posibles. En paralelo, la Terapia Breve Centrada en Soluciones (12) promueve la construcción de una narrativa centrada en recursos, aprendizajes y logros, aun en contextos adversos.

Entre las respuestas, destacan aquellas que involucran el autovalor personal, como en la afirmación: *“Que tenía que valorarme más como persona y tener más amor propio. Lo tenía que hacer por mí y por nadie más”* (informante 1). Este tipo de reflexión muestra un giro narrativo en el que el cuidado de sí adquiere un nuevo significado.

Varias personas mencionaron que aprendieron a reconocer los límites del control personal y a aceptar que el malestar no es necesariamente un fracaso individual. Por ejemplo, un estudiante señaló: *“Que muchas veces los problemas que pasan no dependen de uno y uno no tiene el control de muchas cosas que pasan. Hay que saber identificar a dónde ir o acudir y con quién”* (informante 8). Esta comprensión permite disminuir la autoexigencia y abre paso a estrategias más adaptativas.

Otros aprendizajes tienen que ver con la resiliencia emocional y la conciencia de la no permanencia del dolor. Así lo expresa el informante 13: *“Todo pasa, hay días en los que uno se cierra mucho pero van pasando las cosas y se van aclarando”*. Esta afirmación refleja una interpretación más compasiva y esperanzadora de los momentos de sufrimiento.

Las respuestas también muestran redescubrimientos de alegría cotidiana y gratitud, como lo expresa una informante: *“Las comidas en la casa cuando van mis sobrinos cada quince días, cuando voy a los gallos”* (informante 4), o *“Levantarme, abrir los ojos, con eso. Tener la inspiración de seguir otra vez, afrontar cada día”* (informante 6). Estas frases dan cuenta de cómo el bienestar puede construirse desde lo cotidiano y desde la revalorización de lo simple.

Finalmente, algunos estudiantes reconocieron explícitamente la transformación interna como un proceso de madurez: *“La madurez emocional, la manera de pensar y resolver los problemas. Ayudar a otras personas. El autocontrol”* (informante 18). Este tipo de reflexión apunta a una narrativa de crecimiento post-crisis, que integra tanto el dolor como los recursos personales desarrollados.

En conjunto, estas respuestas revelan que el proceso de resignificación es posible incluso tras experiencias de ideación suicida, y que las herramientas psicológicas centradas en la esperanza, la agencia y la validación de recursos pueden favorecer la emergencia de una narrativa positiva y fortalecida.

4.2.5. Orientación al futuro

Una de las señales más importantes de recuperación emocional es la capacidad de proyectarse hacia el futuro. En las entrevistas, esta proyección fue abordada a través de la pregunta: *¿Qué metas o logros quieres alcanzar en el próximo año?*, la cual permitió identificar propósitos personales, académicos y de autocuidado que los estudiantes se plantean a corto plazo. Esta orientación hacia el futuro es uno de los elementos centrales de la Hope Theory que vincula el bienestar con la capacidad de generar metas, imaginar rutas para alcanzarlas y creer en la posibilidad de lograrlas.

Las metas expresadas muestran una diversidad de aspiraciones que, en su conjunto, indican procesos activos de reconstrucción de sentido. Por ejemplo, varios estudiantes plantearon metas académicas, como *“salir bien en mis calificaciones, sin irme a segundas oportunidades”* y *“seguir con los estudios en la escuela y sacar un par de canciones”*. Otros enfatizaron el deseo de mejorar

su participación escolar: *“ser mejor estudiante, subir las calificaciones... poner más ganas a los entrenamientos de básquet”*, lo que evidencia el compromiso con su desarrollo personal y profesional.

También surgieron aspiraciones orientadas al cuidado físico y la salud emocional: *“estar en forma, buen cuerpo, peso y salud”*, *“hacer ejercicio, ir al gym, trotar o caminar”*, y *“lograr un cambio físico con la proteína”*. Estas metas, más allá del aspecto estético, reflejan un esfuerzo por recuperar el control sobre el propio cuerpo y establecer hábitos positivos, asociados a una mejor percepción de bienestar y autoeficacia.

Además, se observaron metas relacionadas con el emprendimiento y la autonomía económica: *“criar más puerquitos para venderlos”*, *“comenzar un negocio”* o *“ahorrar, el dinero se va muy rápido”*. Estos objetivos denotan una valoración de la independencia y la responsabilidad financiera como parte de su desarrollo personal.

Algunos estudiantes formularon metas emocionales y relacionales, como *“ser mejor persona con mis papás, hablar más con ellos”*, *“tener más seguridad personal y socializar con más gente”*, o *“escuchar más a las otras personas”*. Estas frases muestran una intención explícita de mejorar las relaciones interpersonales y fortalecer su red de apoyo, aspectos clave en el afrontamiento resiliente.

También se hicieron presentes metas que implican expresión artística o cultural, como *“concluir mis horas de servicio y quedarme a dibujo por gusto propio”*, *“aprender a tocar la guitarra”*, o *“retomar las actividades de dibujo y*

canto". Estas actividades, al conectarse con la creatividad y el disfrute personal, son coherentes con lo que la psicología positiva reconoce como experiencias de flujo y satisfacción personal (76).

En síntesis, las metas expresadas reflejan un movimiento esperanzador hacia el futuro, que se construye desde múltiples dimensiones: académica, emocional, física, social y económica. La posibilidad de nombrarlas en la entrevista refuerza la agencia narrativa y permite reconocer que, incluso tras una crisis, los estudiantes continúan visualizando un porvenir posible y valioso.

4.2.6. Cambios en bienestar, confianza y riesgo suicida

Uno de los principales indicadores del efecto de la intervención fue la evaluación de cambios en el bienestar subjetivo, el nivel de confianza personal y la percepción del riesgo suicida. Para ello, se utilizaron escalas de autorreporte en dos momentos (primera entrevista y seguimiento), así como preguntas abiertas que permitieron ampliar el sentido personal de estos cambios.

En términos generales, la mayoría de los informantes reportaron un incremento en su percepción de bienestar. Al comparar sus niveles en la escala de 1 a 10, muchos pasaron de rangos bajos (1 a 4) en el momento de crisis, a niveles intermedios o altos (6 a 9) en la actualidad. Estos cambios no solo fueron cuantitativos, sino también cualitativos. Por ejemplo, un estudiante explicó: *"Logré mis objetivos, no me fui a segundas y saqué muy buen promedio"* (informante 2, entrevista de seguimiento), mientras que otra persona comentó: *"Dormí mejor, mejoré mi alimentación, tengo más confianza en mí misma"* (informante 6, entrevista de seguimiento).

En cuanto a la confianza para avanzar, los niveles también fueron altos, y se vincularon directamente con narrativas de empoderamiento personal: “Yo creo en mí, nada es imposible”, expresó el informante 7, quien se valoró con un 10 en confianza. Otro participante señaló: “Sé que si de verdad me lo propongo, lo puedo lograr. Simplemente hacerlo sin pensarlo tanto” (informante 9). Estas respuestas se alinean con la dimensión de *agency* en la teoría de la esperanza, que plantea que las personas con mayor confianza son más capaces de identificar caminos viables hacia sus metas.

Además, las explicaciones ofrecidas sobre lo que significaría avanzar un punto más en la escala y sobre por qué se encuentran en su nivel actual reflejan una comprensión compleja del bienestar. Algunas respuestas muestran un enfoque relacional: “Tener más tranquilidad, ver un poquito tranquila a mi mamá, desde hace unos meses que falleció mi hermano ha sido muy difícil para las dos” (informante 1). Otras evidencian metas de autorregulación emocional: “Controlar más mis emociones porque a veces hago sentir mal a otras personas cuando estoy estresada” (informante 18), y también aparecen deseos de equilibrio personal: “Estar bien en todo porque hay días que no tengo ganas, no en comparación como estaba antes” (informante 17). Estas respuestas refuerzan la idea de que el cambio percibido no es solo circunstancial, sino el resultado de una transformación consciente que articula acciones, valores y vínculos significativos.

Respecto al riesgo suicida, la escala mostró una disminución importante en la mayoría de los casos. Mientras que en la primera entrevista algunos informantes reportaron niveles de 5 o superiores, en el seguimiento muchos se

ubicaron en niveles de 1 a 2. Esta reducción fue acompañada por verbalizaciones de mayor estabilidad emocional y menor desesperanza. Por ejemplo, el informante 5 expresó: *“Ahora que tengo a mi hijo soy más feliz. Es un motivo, ya no me dan ataques de ansiedad”*, y el informante 4 mencionó: *“Cambié de casa, la relación con mi papá mejoró mucho, mi percepción es más positiva”*.

En algunos casos, la percepción de avance se expresó como capacidad para sostener rutinas, asumir responsabilidades o mejorar relaciones significativas. Un estudiante afirmó: *“Mejoré muchas cosas, ya tengo otro trabajo en RH, me gusta, me pagan y me servirá para cubrir las estancias de la universidad”* (informante 14), mientras que otro relató: *“La escuela ha mejorado, entiendo más, me agradan los temas, me siento más agradecida”* (informante 6).

La mejora en los puntajes de bienestar y la disminución del riesgo, así como el fortalecimiento de la confianza personal, no sólo reflejan un cambio individual sino también la efectividad de un enfoque centrado en soluciones, agencia y validación emocional (12,31). A través de este modelo, las y los participantes no sólo evaluaron su situación con mayor claridad, sino que desarrollaron recursos para mantener sus avances y proyectarse hacia el futuro.

4.2.7. Evaluación de la utilidad de la intervención

Al evaluar el impacto subjetivo de la primera entrevista centrada en soluciones, la mayoría de las y los participantes la calificaron como muy útil o útil, destacando no solo el contenido de la conversación, sino también el encuadre emocional y reflexivo que permitió resignificar su experiencia. Esta percepción se alinea con los principios de la Terapia Breve Centrada en

Soluciones, donde el valor no reside en explicar el problema, sino en reconstruir lo posible a partir de los recursos que el individuo ya posee (12).

Una de las valoraciones más reiteradas fue la posibilidad de hablar de temas que nunca habían compartido con nadie: *“Platicamos de lo que nunca platiqué con nadie, aprendí que hay que hablar las cosas. Hablar ayuda a pensar menos (sobrepensar)”* (informante 4). Para varios estudiantes, expresar verbalmente lo vivido tuvo un efecto inmediato de alivio: *“Pude hablar sobre lo que me quedo para mí solo y hablar sí ayuda bastante”* (informante 14) o *“Me ayudó a soltar un poco lo que había pasado, hablarlo me ayudó a sentirme más relajada”* (informante 11).

Otros participantes destacaron que la entrevista les ayudó a clarificar metas o reorganizar su proyecto de vida: *“De ahí fue saliendo mi planeación de lo que quería lograr, a base de las citas he visto los avances en la planeación”* (informante 7), *“Se estableció en lo que me tenía que enfocar, ponerme tipo objetivos, me fue bien, las cosas mejoraron bastante”* (informante 16). Este tipo de impacto muestra cómo una conversación significativa puede detonar procesos de autorregulación y esperanza activa.

También fue común que la entrevista facilitara una perspectiva más amable hacia sí mismos. Una estudiante compartió: *“Por la reflexión que se dio en los diferentes tiempos. Poner en perspectiva me hace sentir bien, la verdad sí fue un gran cambio”* (informante 3), mientras que otra señaló: *“Porque no me había detenido a cuestionarme hasta que vine aquí, me siento feliz, reflexiono sobre lo que hablamos y de lo que me acordé”* (informante 17).

En los comentarios adicionales, el tono fue igualmente positivo. Algunas frases como *“Me siento más liberada”, “La conversación me hace reflexionar sobre lo que he logrado, lo que quiero lograr y lo que tengo”* y *“Fue útil darme cuenta de todo lo que avancé, entendí que nunca estuve sola”* reflejan el impacto emocional y cognitivo de haber sido escuchados en un espacio seguro.

No obstante, una de las personas valoró la entrevista como poco útil, con una explicación ambivalente: *“Simplemente al hablar, si digo algo lo tengo que cumplir”*. Esta respuesta muestra que, aunque la conversación tuvo un efecto movilizador, también generó incomodidad al confrontar compromisos internos, lo cual puede ser parte del proceso terapéutico.

En síntesis, la evaluación subjetiva de la entrevista reveló un alto nivel de aceptación y utilidad, tanto por el efecto de verbalizar lo vivido, como por el encuadre centrado en soluciones. La conversación fue vivida como un espacio de validación, reorganización y reactivación del sentido, coherente con las bases de la terapia basada en la esperanza y la agencia narrativa (31,52).

4.2.8. Conclusiones del análisis cualitativo

El análisis cualitativo de las entrevistas realizadas en el marco de la intervención se organizó en torno a siete categorías temáticas derivadas de las preguntas de las entrevistas iniciales y de seguimiento. Estas categorías permitieron observar cómo, a través de la conversación centrada en soluciones, los estudiantes no solo relataron sus experiencias de malestar, sino que también reconstruyeron activamente sus recursos, su identidad y su sentido de futuro.

Desde un enfoque basado en la Hope Theory el análisis evidenció procesos de activación de agency (energía hacia las metas) y pathways (rutas posibles para alcanzarlas), visibles tanto en las estrategias de afrontamiento como en la formulación de nuevas metas. La Terapia Breve Centrada en Soluciones se reflejó en el uso de preguntas que visibilizaron excepciones al problema, exploraron fortalezas y promovieron una narrativa de cambio posible. La Psicología Positiva aportó la dimensión de bienestar subjetivo, gratitud y resignificación del dolor como camino de crecimiento. Finalmente, la Agencia Narrativa permitió que los informantes reconstruyeran una historia más coherente y fortalecida de sí mismos (12,31,52,68)

A lo largo del proceso emergieron temas clave:

- Las estrategias de afrontamiento fueron múltiples y espontáneas: ejercicio, música, reflexión, vínculos sociales, rutinas escolares y diálogo interno. Estas estrategias mostraron una regulación emocional adaptativa incluso antes de solicitar ayuda formal.
- Las fortalezas personales reconocidas por los estudiantes incluyeron la perseverancia, el autocontrol, la capacidad reflexiva y la confianza en sí mismos. No se trató de atributos abstractos, sino de recursos activos movilizados para resistir y adaptarse.
- Las conexiones afectivas fueron fundamentales. La madre, los hermanos, amigos cercanos y algunos docentes o figuras escolares fueron mencionados como apoyo clave, aunque muchas veces sin saber el impacto que tenían.

- La reflexión positiva y resignificación del sufrimiento se manifestó en aprendizajes como el valor del autocuidado, el crecimiento emocional, la aceptación del dolor, el valor del presente y la redefinición de metas.
- La orientación al futuro fue uno de los hallazgos más potentes. Prácticamente todos los informantes expresaron deseos de avanzar, estudiar, trabajar, independizarse o mejorar aspectos relacionales, lo que evidencia esperanza activa.
- Los cambios en bienestar, confianza y riesgo suicida fueron consistentes con los análisis cuantitativos: se observó una mejora subjetiva significativa, acompañada de mayor claridad emocional y menor desesperanza.
- Finalmente, la evaluación de la utilidad de la intervención fue muy positiva. La mayoría la calificó como "muy útil", destacando el valor de hablar, de pensar en sus propias respuestas, de sentirse escuchados y de ordenar sus metas.

Este análisis confirma que el acompañamiento centrado en soluciones y orientado a la esperanza no solo tiene valor clínico, sino también formativo y preventivo. Las entrevistas no solo documentaron un estado emocional, sino que co-construyeron un cambio narrativo en los propios estudiantes.

4.3. Discusión

La presente discusión tiene como objetivo principal exponer de manera detallada, articulada y profunda los principios, relaciones y generalizaciones derivados de los resultados obtenidos en esta investigación, específicamente en torno a las estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico, riesgo suicida y utilidad percibida de la intervención centrada en la esperanza en estudiantes universitarios con riesgo suicida detectado mediante el MMPI-2 RF.

En primer lugar, los resultados cuantitativos evidenciaron cambios significativos en la reducción del riesgo suicida desde la primera intervención hasta la entrevista de seguimiento. Este hallazgo concuerda claramente con la teoría de la desesperanza (1) que enfatiza que reducir percepciones negativas sobre el futuro es clave para disminuir el riesgo suicida. Los datos recolectados muestran cómo la entrevista de intervención centrada en la esperanza fue efectiva para modificar dichas percepciones negativas, impulsando a los estudiantes a adoptar perspectivas más optimistas frente a sus circunstancias personales. Este hallazgo respalda la hipótesis inicial que sostenía que intervenciones específicamente orientadas a promover la esperanza pueden mejorar significativamente el bienestar psicológico y disminuir marcadamente el riesgo suicida en la población estudiantil.

Profundizando en este resultado, es relevante destacar cómo los estudiantes participantes experimentaron cambios en su perspectiva hacia el futuro, reflejados en la reducción cuantitativa de su riesgo suicida. La intervención logró generar un sentido renovado de propósito y una reorientación positiva hacia la vida, manifestándose en expresiones concretas y medibles de bienestar emocional y estabilidad psicológica. Este cambio es consistente con

múltiples investigaciones previas que confirman la eficacia de estrategias cognitivas y conductuales enfocadas en modificar percepciones negativas y desesperanzadas.

En contraste, cabe señalar algunas excepciones y puntos de incertidumbre encontrados en la correlación entre la confianza inicial y la confianza final para alcanzar metas personales específicas. Los resultados no mostraron cambios estadísticamente significativos en esta área particular. Esta falta de correlación podría interpretarse como una indicación de que la confianza para alcanzar metas podría ser más resistente al cambio a corto plazo o podría depender más fuertemente de factores externos no considerados en este estudio, tales como apoyo familiar, logros académicos inmediatos o circunstancias socioeconómicas específicas. Este aspecto no resuelto resalta la necesidad de futuras investigaciones que exploren con más profundidad y detalle cómo intervenciones psicológicas especializadas pueden afectar directamente la percepción de autoeficacia y la confianza en estudiantes en riesgo.

Además, es importante considerar que la confianza podría verse influenciada por variables no abordadas suficientemente en este estudio, como experiencias previas de éxito o fracaso, nivel socioeconómico, o circunstancias familiares que requieren una atención más integral. La exploración profunda de estos factores en futuros estudios podría ofrecer una comprensión más completa y precisa del impacto de las intervenciones psicológicas en estudiantes en riesgo.

Desde el análisis cualitativo emergieron categorías claramente definidas sobre las estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes participantes. Entre estas, destacaron significativamente el apoyo social, la

expresión emocional efectiva y la redefinición positiva de situaciones difíciles. Estos hallazgos están en línea con los reportados por Hirsch y Barton (17) quienes subrayaron que el apoyo social percibido actúa como un factor protector fundamental contra conductas suicidas en contextos académicos. Una cita textual obtenida en la investigación ejemplifica esta percepción:

"Cuando hablé con mis amigos y mi familia, sentí que había gente que me escuchaba, y eso me ayudó a tener esperanza".

La inclusión explícita de esta evidencia textual fortalece aún más la validez de las hipótesis propuestas inicialmente, confirmando que estrategias positivas, particularmente aquellas relacionadas con redes de apoyo emocional y habilidades de afrontamiento adaptativas, juegan un rol crucial en la reducción del riesgo suicida. Adicionalmente, estos hallazgos confirman la necesidad urgente de reforzar sistemáticamente las redes sociales y emocionales dentro de las intervenciones universitarias (16).

Asimismo, otro hallazgo relevante y destacado en esta investigación fue el notable incremento en el bienestar percibido posterior a la intervención. Una gran mayoría reportó sentirse significativamente más capacitados para enfrentar dificultades, lo cual se acompañó de una mayor percepción positiva acerca de su futuro. Este resultado es congruente con la Hope Theory, quien enfatiza que la generación de vías claras hacia objetivos y el fortalecimiento de la agencia personal son cruciales para reducir sentimientos de desesperanza y mejorar sustancialmente el bienestar psicológico.

Desde un punto de vista teórico, estos resultados contribuyen significativamente al fortalecimiento del argumento que sostiene que

intervenciones breves, como las centradas en soluciones, son efectivas para modificar esquemas cognitivos negativos relacionados con el riesgo suicida. En términos prácticos, estos hallazgos tienen implicaciones relevantes, justificando claramente la adopción e implementación sistemática de entrevistas centradas en soluciones dentro de los programas de salud mental en contextos universitarios, especialmente donde los recursos para intervenciones psicológicas extensas sean limitados o escasos.

Finalmente, es crucial reconocer algunas limitaciones importantes en esta investigación, tales como el tamaño reducido de la muestra participante y la duración limitada del período de seguimiento. Estas limitaciones indican que los resultados deben interpretarse con precaución, especialmente en términos de generalización más allá de la muestra específica estudiada. Estas restricciones metodológicas destacan también la importancia y necesidad urgente de futuras investigaciones con muestras más amplias y períodos de seguimiento más prolongados que permitan validar plenamente la eficacia y sostenibilidad a largo plazo de estas intervenciones.

En resumen, esta discusión ha integrado exhaustivamente los hallazgos más importantes del estudio, destacando tanto las confirmaciones como las limitaciones y excepciones identificadas.

Capítulo 5. Conclusiones

Este capítulo presenta las conclusiones generales derivadas de la investigación, así como las recomendaciones, proyecciones para futuras investigaciones, limitaciones del estudio, reflexiones personales y consideraciones sobre la validez de los hallazgos. El propósito es integrar los resultados obtenidos a lo largo del proceso investigativo, destacando su relevancia teórica, metodológica y práctica en el campo de la salud mental universitaria.

A partir del análisis cuantitativo y cualitativo realizado en los capítulos anteriores, se identificaron patrones significativos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes universitarios con ideación o intento suicida, así como en la efectividad de una entrevista centrada en la esperanza como herramienta de intervención. Este capítulo busca, por tanto, cerrar el ciclo investigativo mediante una reflexión crítica y propositiva que permita no solo comprender lo aprendido, sino también proyectar su aplicación en contextos similares.

Las secciones que componen este capítulo abordan los hallazgos más relevantes, las recomendaciones prácticas para instituciones educativas, las posibles líneas de investigación futuras, las limitaciones metodológicas encontradas, la validez del estudio y una reflexión personal del investigador sobre el proceso vivido. En conjunto, estos apartados ofrecen una visión integral del impacto de la investigación y su potencial para contribuir a la prevención del suicidio y la promoción del bienestar emocional en estudiantes universitarios.

5.1. Hallazgos

Objetivo específico 1: identificar las estrategias de afrontamiento más comunes empleadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuenca con ideación o intento suicida detectados por la prueba MMPI-2 RF.

Los hallazgos cualitativos revelaron que los estudiantes activaron una variedad de estrategias de afrontamiento espontáneas antes incluso de recibir intervención formal. Estas estrategias se clasificaron en:

- **Conductuales:** ejercicio físico (ir al gimnasio, caminar), actividades recreativas (dibujar, escuchar música, ver videos), y participación en actividades escolares o deportivas.
- **Emocionales:** diálogo interno, reflexión personal, escritura, y expresión emocional contenida.
- **Relacionales:** búsqueda de apoyo en figuras significativas como madres, amigos cercanos, parejas y algunos docentes.

Estas estrategias coinciden con lo planteado por Lazarus y Folkman (73) sobre afrontamiento centrado en la emoción y en el problema. Además, se observó una forma de resiliencia silenciosa (55), en la que los estudiantes, sin una guía terapéutica formal, lograron estabilizar su estado emocional mediante recursos personales y sociales.

Desde la perspectiva de la Hope Theory, estas acciones reflejan componentes de *agency* (motivación para actuar) y *pathways* (generación de rutas para alcanzar metas), incluso en contextos de alto malestar. La activación de estos recursos sugiere que los estudiantes no eran sujetos pasivos ante la crisis, sino agentes activos en su proceso de recuperación.

Además de las estrategias ya mencionadas, se identificaron elementos de afrontamiento narrativo, es decir, la capacidad de los estudiantes para reinterpretar su experiencia desde una perspectiva de crecimiento. Esto se evidenció en frases como:

“Me comprendí y abrí los ojos”

“Pensar en lo que puede ser diferente”

“Me di cuenta de que tenía que valorarme más”

Estas expresiones reflejan un proceso de resignificación que es clave en la reconstrucción de la identidad tras una experiencia de sufrimiento. La narrativa del yo se transforma, pasando de una posición de víctima pasiva a una de agente activo que toma decisiones, aprende y se proyecta hacia el futuro (52).

También se observó una fuerte presencia de motivaciones relacionales como factor protector. El amor por la madre, el deseo de no causar dolor a seres queridos, o el compromiso con una figura significativa fueron mencionados como razones para resistir la ideación suicida. Esto coincide con estudios que destacan el papel del apego seguro y el apoyo social percibido como amortiguadores del riesgo suicida (17,45).

En términos metodológicos, estas estrategias emergieron de entrevistas semiestructuradas diseñadas para explorar recursos personales, sociales y emocionales. La riqueza de las respuestas cualitativas permitió identificar patrones comunes y también matices individuales, lo que refuerza la utilidad del enfoque mixto adoptado en esta investigación.

Un hallazgo relevante fue la diversidad de estrategias espontáneas utilizadas por los estudiantes, lo cual refuerza la idea de que incluso en contextos de alto riesgo, las personas movilizan recursos internos y externos para resistir. Esta observación se alinea con el concepto de resiliencia silenciosa (Theron, 2016), que describe la capacidad de adaptación sin necesidad de intervenciones formales.

Además, se identificaron acciones de microresistencia (53), como evitar el aislamiento, mantener rutinas básicas o buscar distracción, que aunque pequeñas, fueron fundamentales para evitar la progresión del riesgo suicida. Estas acciones, aunque no siempre reconocidas por los propios estudiantes como “estrategias”, fueron resignificadas durante la entrevista como formas válidas y efectivas de afrontamiento.

Desde el enfoque metodológico, el uso de entrevistas semiestructuradas permitió captar estas respuestas en su complejidad, respetando el lenguaje y la lógica de los propios participantes. Esto valida la elección de un diseño mixto, donde los datos cualitativos enriquecen y contextualizan los hallazgos cuantitativos.

Objetivo específico 2: evaluar si una entrevista de intervención diseñada para generar esperanza puede fortalecer a los estudiantes y ayudarles a afrontar sus desafíos de manera más positiva.

Los resultados cuantitativos mostraron una disminución significativa del riesgo suicida entre el momento de crisis (media = 4.74) y la primera entrevista (media = 1.68), estabilizándose en el seguimiento (media = 1.47). Este cambio

fue estadísticamente significativo ($p < .001$), lo que indica una mejora sustancial en la percepción de riesgo tras la intervención.

Asimismo, el bienestar subjetivo aumentó de forma significativa desde la crisis (media = 3.37) hasta la primera entrevista (media = 7.42), y continuó mejorando en el seguimiento (media = 8.16). La confianza personal también se mantuvo alta durante todo el proceso (media inicial = 7.68; seguimiento = 8.21).

Desde el enfoque cualitativo, los estudiantes reportaron que la entrevista les permitió:

- Expresar por primera vez sus experiencias de ideación suicida.
- Reconocer sus fortalezas personales y estrategias previas.
- Reorganizar sus metas y prioridades.
- Visualizar un futuro posible y deseable.

Frases como *“me ayudó a soltar lo que había pasado”*, *“me di cuenta de que no estaba sola”*, y *“me ayudó a establecer objetivos”* reflejan el impacto emocional y cognitivo de la intervención. Esto valida la utilidad de la entrevista como herramienta terapéutica breve, coherente con los principios de la Terapia Centrada en Soluciones y la activación de circuitos de esperanza (6,9,12).

El análisis cuantitativo mostró que la entrevista tuvo un impacto positivo en múltiples dimensiones:

- Reducción del riesgo suicida: la caída de la media de 4.74 a 1.68 (y luego a 1.47) fue estadísticamente significativa y clínicamente relevante.
- Incremento del bienestar subjetivo: de 3.37 a 7.42 en la primera entrevista, y hasta 8.16 en el seguimiento.

- Estabilidad en la confianza personal: se mantuvo alta desde el inicio (7.68) y mejoró ligeramente (8.21).

Estos resultados sugieren que la entrevista no solo tuvo un efecto inmediato, sino que también contribuyó a mantener los avances en el tiempo. Esto es especialmente importante en contextos donde los recursos terapéuticos son limitados, como en muchas universidades públicas mexicanas.

Desde el punto de vista teórico, la entrevista operó como un dispositivo de activación de esperanza, al estilo de la Terapia Centrada en Soluciones. Las preguntas utilizadas (por ejemplo, “¿Qué te ayudó a salir adelante?”, “¿Qué metas tienes para el próximo año?”) están diseñadas para movilizar *agency* y *pathways*, los dos componentes centrales de la esperanza (31).

Además, la entrevista permitió visibilizar recursos latentes que los estudiantes ya poseían, pero que no habían reconocido como tales. Esto es coherente con el enfoque de la práctica basada en la respuesta (53), que sostiene que toda persona responde activamente al sufrimiento, aunque esas respuestas no siempre sean visibles o valoradas.

El análisis de los datos mostró que la entrevista no solo tuvo un efecto inmediato en la reducción del riesgo suicida, sino que también promovió un proceso de reorganización narrativa. Los estudiantes pasaron de una narrativa centrada en el sufrimiento a una narrativa centrada en la posibilidad, el aprendizaje y la acción.

Este cambio es coherente con la Hope Theory que plantea que la esperanza no es solo un estado emocional, sino un proceso cognitivo que implica la capacidad de generar metas, visualizar caminos para alcanzarlas y mantener

la motivación para recorrer esos caminos. La entrevista funcionó como un catalizador de este proceso, al ofrecer un espacio estructurado para identificar metas, reconocer logros y proyectarse hacia el futuro.

Aunque esta investigación no incluyó mediciones neurobiológicas, los cambios observados en las variables psicológicas sugieren una activación funcional de circuitos neuronales asociados con la esperanza, como el hipocampo (visualización del futuro), la corteza prefrontal (planificación y regulación emocional) y el estriado ventral (motivación y recompensa), (7,9).

Objetivo específico 3: explorar la percepción de los estudiantes participantes sobre la utilidad de la intervención en la entrevista para generar esperanza.

La percepción de utilidad fue altamente positiva. El 74% calificó la entrevista como *“muy útil”*, y otro 21% como *“poco útil”*. Solo un estudiante la consideró *“poco útil”*, y ninguno la calificó como *“nada útil”*.

Los testimonios recogidos en las entrevistas de seguimiento destacan que la conversación:

- Facilitó la reflexión personal.
- Permitió verbalizar experiencias dolorosas que nunca habían compartido.
- Ayudó a clarificar metas y reorganizar prioridades.
- Generó un sentimiento de alivio, validación y acompañamiento.

Estas percepciones confirman que la intervención no solo tuvo un efecto inmediato en la reducción del riesgo, sino que también dejó una huella emocional positiva y duradera. La entrevista fue vivida como un espacio de contención,

resignificación y empoderamiento, lo cual es coherente con los principios de la agencia narrativa y la psicología positiva (52,68) .

La percepción de utilidad fue evaluada tanto cuantitativamente (escala de 1 a 5) como cualitativamente (preguntas abiertas). Los resultados fueron contundentes:

- 74% calificó la entrevista como “muy útil”
- 21% como “poco útil”
- 0% como “neutral” o “nada útil”

Las razones ofrecidas por los estudiantes incluyen:

- *“Me ayudó a pensar en lo que quiero lograr”*
- *“Nunca había hablado de esto con nadie”*
- *“Me sentí escuchado y comprendido”*
- *“Me di cuenta de que ya había hecho cosas para salir adelante”*

Estas respuestas muestran que la entrevista no fue vivida como una evaluación, sino como un espacio de contención, validación y empoderamiento. En términos de impacto emocional, los estudiantes reportaron sentirse más tranquilos, más seguros de sí mismos y más motivados para continuar con sus estudios y proyectos personales.

Desde una perspectiva institucional, estos hallazgos respaldan la inclusión de entrevistas breves centradas en soluciones como parte de los programas de salud mental universitaria. Su bajo costo, alta aceptabilidad y potencial transformador las convierten en una herramienta valiosa para la prevención del suicidio en contextos educativos.

La alta valoración de la entrevista por parte de los estudiantes no solo se reflejó en las escalas de evaluación, sino también en los testimonios cualitativos. Muchos participantes expresaron que la entrevista fue la primera vez que hablaron abiertamente sobre su experiencia, lo que generó un efecto de alivio emocional inmediato.

Además, la entrevista fue percibida como un espacio de reconocimiento y validación, donde los estudiantes pudieron verse a sí mismos no solo como personas en crisis, sino como personas con recursos, fortalezas y posibilidades. Esta experiencia de reconocimiento es fundamental para la construcción de la autoeficacia y para el fortalecimiento de la identidad narrativa (52,56).

Desde una perspectiva institucional, estos hallazgos respaldan la implementación de entrevistas breves centradas en soluciones como parte de los programas de salud mental universitaria. Su bajo costo, alta aceptabilidad y potencial transformador las convierten en una herramienta valiosa para la prevención del suicidio en contextos educativos.

Síntesis

La presente investigación logró cumplir con los tres objetivos específicos planteados, aportando evidencia empírica y teórica sobre la eficacia de una intervención breve centrada en la esperanza para estudiantes universitarios en riesgo suicida. A través de un diseño metodológico mixto, se integraron datos cuantitativos y cualitativos que permitieron comprender tanto los efectos medibles como las experiencias subjetivas de las y los participantes.

En primer lugar, se identificó que los estudiantes activan una variedad de estrategias de afrontamiento incluso antes de recibir ayuda formal. Estas

estrategias incluyen acciones conductuales, emocionales y relacionales que, aunque no siempre reconocidas como tales, cumplen una función protectora. Este hallazgo refuerza la importancia de visibilizar y fortalecer los recursos personales existentes, en lugar de asumir que las personas en crisis carecen de herramientas para enfrentar su situación.

En segundo lugar, la entrevista de intervención centrada en la esperanza demostró ser una herramienta eficaz para reducir el riesgo suicida, aumentar el bienestar subjetivo y fortalecer la confianza personal. Los cambios observados fueron estadísticamente significativos y clínicamente relevantes, lo que valida la utilidad de este tipo de intervenciones en contextos educativos. Además, la entrevista permitió activar procesos de agency y pathways, tal como lo plantea la Hope Theory de Snyder, facilitando la construcción de una narrativa más positiva y orientada al futuro.

En tercer lugar, la percepción de utilidad de la intervención fue altamente positiva. Los estudiantes valoraron la oportunidad de hablar, reflexionar y reorganizar sus metas, lo que sugiere que más allá de los resultados cuantificables, la entrevista tuvo un impacto emocional profundo. Esta experiencia de validación y reconocimiento es fundamental para la construcción de la autoeficacia y la resiliencia.

En conjunto, los hallazgos de esta investigación aportan evidencia sólida sobre la importancia de integrar enfoques centrados en soluciones y esperanza en los programas de salud mental universitaria. La intervención propuesta no solo es efectiva, sino también viable, replicable y bien recibida por los estudiantes. Su implementación puede contribuir significativamente a la

prevención del suicidio y al fortalecimiento del bienestar emocional en contextos educativos.

5.2. Recomendaciones

Los hallazgos de esta investigación permiten proponer un conjunto de recomendaciones dirigidas a los principales actores involucrados en la atención y acompañamiento de estudiantes universitarios en riesgo suicida. Estas recomendaciones están alineadas con el marco legal vigente en México, incluyendo:

- Artículo 4° Constitucional: derecho a la protección de la salud (77).
- Ley General de Salud, Capítulo VII: salud mental (78).
- NOM-035-STPS-2018: factores de riesgo psicosocial en el trabajo (79).
- Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (50)
- Programa Nacional de Salud Mental 2020–2024 (80).

5.2.1. Áreas de Salud Mental Universitaria

Recomendación:

Implementar de forma permanente la entrevista centrada en la esperanza como parte del protocolo de atención a estudiantes en crisis.

Ejemplo práctico:

Diseñar un formato institucional de entrevista breve (30–45 minutos), con preguntas orientadas a identificar fortalezas, metas personales y redes de apoyo. Capacitar al personal en su aplicación con base en la terapia breve centrada en soluciones y la Hope Theory de Snyder.

Vinculación legal:

- Art. 4° Constitucional: derecho a la salud.
- NOM-035-STPS-2018: identificación de factores psicosociales.

5.2.2. Coordinación de Tutorías**Recomendación:**

Fortalecer el rol de los tutores como primeros detectores de señales de riesgo emocional.

Ejemplo práctico:

Incluir en las sesiones de tutoría preguntas abiertas como:

- “¿Cómo te has sentido últimamente con tus estudios?”
- “¿Hay algo que te preocupe o te esté afectando emocionalmente?”

Capacitar a los tutores para canalizar adecuadamente a los servicios de salud mental, con protocolos claros de actuación.

Vinculación legal:

- Ley General de Educación Superior: desarrollo integral del estudiante.
- Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio: detección temprana.

5.2.3. Docentes**Recomendación:**

Incluir formación básica en salud mental y prevención del suicidio en los programas de inducción y actualización docente.

Ejemplo práctico:

Ofrecer talleres semestrales con temas como:

- Señales de alerta en el aula.
- Cómo actuar ante una crisis emocional.
- Comunicación empática y no estigmatizante.

Vinculación legal:

- NOM-035-STPS-2018: ambientes laborales saludables.
- Programa Nacional de Salud Mental: capacitación de actores clave.

5.2.4. Estudiantes**Recomendación:**

Fomentar una cultura de autocuidado, apoyo mutuo y desestigmatización de la salud mental.

Ejemplo práctico:

Organizar campañas estudiantiles con mensajes como:

- “Hablar es sanar”
- “Tu historia importa”
- “No estás solo/a”

Acompañadas de testimonios reales, infografías y difusión de recursos de ayuda (teléfonos, correos, horarios de atención).

Vinculación legal:

- Ley General de Salud, Capítulo VII: promoción de la salud mental.

5.2.5. Nivel Institucional y Político

Recomendación:

Incorporar la prevención del suicidio como eje transversal en los planes de desarrollo institucional y en las políticas públicas de educación superior.

Ejemplo práctico:

Diseñar un protocolo institucional de atención a crisis suicidas que incluya:

- Ruta de actuación inmediata.
- Seguimiento psicológico.
- Evaluación de riesgo.
- Registro estadístico para análisis institucional.

Vinculación legal:

- Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio.
- Recomendaciones del Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAMA).

5.3. Investigaciones Futuras

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se identifican diversas líneas de indagación que podrían ser exploradas en estudios posteriores. Estas investigaciones futuras permitirían ampliar, profundizar y diversificar el conocimiento sobre la prevención del suicidio en contextos universitarios, así como mejorar las estrategias de intervención y acompañamiento emocional.

5.3.1. Evaluación longitudinal del impacto de la entrevista centrada en la esperanza

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue el seguimiento a corto plazo. Por ello, se recomienda realizar investigaciones que evalúen el impacto de la entrevista a mediano y largo plazo (1 y 2 años), para determinar la sostenibilidad de sus efectos en el bienestar emocional, la reducción del riesgo suicida y la consolidación de metas personales.

Pregunta orientadora:

- ¿Qué tan duraderos son los efectos de una intervención breve centrada en la esperanza en estudiantes con ideación suicida?

5.3.2. Adaptación cultural y contextual de la entrevista

Dado que la presente investigación se realizó en un contexto específico (una universidad pública en el norte de México), sería valioso explorar cómo se adapta la entrevista a otros contextos culturales, institucionales y socioeconómicos. Esto permitiría validar su aplicabilidad en poblaciones diversas.

Pregunta orientadora:

- ¿Qué ajustes requiere la entrevista centrada en la esperanza para ser efectiva en contextos rurales, indígenas o con alta marginación?

5.3.3. Participación activa del estudiantado en el diseño de intervenciones

Otra línea prometedora es el desarrollo de intervenciones co-creadas con los propios estudiantes, integrando sus voces, experiencias y propuestas. Esto podría aumentar la pertinencia, aceptación y eficacia de las estrategias de prevención.

Pregunta orientadora:

- ¿Cómo cambia la efectividad de una intervención cuando es diseñada en colaboración con los estudiantes destinatarios?

5.3.4. Evaluación del impacto institucional de la implementación de protocolos de prevención

Finalmente, se sugiere investigar cómo la implementación sistemática de protocolos de prevención del suicidio (como el uso de entrevistas breves) impacta en la cultura institucional, la percepción de seguridad emocional y la retención escolar.

Pregunta orientadora:

- ¿Qué efectos tiene la institucionalización de protocolos de prevención del suicidio en el clima universitario y el desempeño académico?

5.4. Limitaciones

Toda investigación, por rigurosa que sea, enfrenta una serie de limitaciones que deben ser reconocidas con honestidad académica. En este

estudio, las limitaciones se relacionan principalmente con aspectos metodológicos, contextuales y logísticos, los cuales se detallan a continuación:

5.4.1. Tamaño y tipo de muestra

La muestra utilizada fue intencional y de tipo no probabilístico, compuesta por estudiantes que presentaron ideación o intento suicida y fueron detectados mediante la prueba MMPI-2-RF. Si bien esto permitió un análisis profundo de los casos, limita la generalización de los resultados a toda la población estudiantil.

Los hallazgos no pueden extrapolarse de forma estadística a otras universidades o contextos educativos sin realizar estudios adicionales con muestras más amplias y representativas.

5.4.2. Alcance temporal del seguimiento

Aunque el seguimiento se realizó con una segunda entrevista aplicada al menos seis meses después de la primera, lo cual representa una fortaleza metodológica, no se incluyeron mediciones intermedias ni posteriores que permitieran observar la evolución continua del bienestar emocional o del riesgo suicida.

Si bien se logró observar la sostenibilidad de los efectos a mediano plazo, no se puede determinar con precisión cómo fluctuaron las variables entre ambos momentos ni si se mantuvieron más allá del segundo punto de evaluación.

5.4.3. Influencia del contexto institucional y cultural

El estudio se desarrolló en una universidad pública del norte de México, con características socioculturales específicas. Factores como el acceso limitado

a servicios de salud mental, el estigma asociado al suicidio y las dinámicas familiares influyen en las respuestas.

Los resultados podrían variar significativamente en contextos con mayor acceso a recursos, diferente composición demográfica o menor estigmatización del malestar emocional.

5.4.4. Posible sesgo de deseabilidad social

Dado que la entrevista fue aplicada por una figura institucional (aunque con enfoque empático y no evaluativo), algunos estudiantes podrían haber respondido de forma socialmente deseable, minimizando su malestar o exagerando los efectos positivos de la intervención.

Esto podría haber influido en la percepción de utilidad reportada y en la evaluación del bienestar emocional.

5.4.5. Limitaciones del instrumento de evaluación

Aunque el MMPI-2-RF es una herramienta validada y ampliamente utilizada, su aplicación en contextos universitarios requiere una interpretación cuidadosa. Además, no se utilizaron otros instrumentos complementarios para evaluar variables como resiliencia, esperanza o autoeficacia.

La comprensión del fenómeno podría haberse enriquecido con una batería más amplia de instrumentos psicométricos.

5.4.6. Recursos humanos y logísticos

La investigación fue desarrollada con recursos limitados, tanto en términos de personal como de tiempo. Esto restringió la posibilidad de realizar entrevistas de seguimiento más extensas o incluir observaciones adicionales.

La profundidad del análisis cualitativo pudo haberse ampliado con más sesiones o triangulación de fuentes.

5.5. Validez de la Investigación

La validez de esta investigación se sustenta en la coherencia entre sus objetivos, metodología, instrumentos y análisis, así como en el rigor ético y técnico con el que se desarrolló. A continuación, se describen los principales aspectos que respaldan la validez del estudio:

5.5.1. Validez interna

Se garantizó mediante el uso de instrumentos validados como el MMPI-2-RF, con escalas específicas para ideación suicida, la aplicación de entrevistas semiestructuradas diseñadas con base en la Terapia Breve Centrada en Soluciones y la Hope Theory de Snyder, lo que aseguró una alineación teórica sólida y; un análisis riguroso de los datos cuantitativos (pruebas no paramétricas, correlaciones) y cualitativos (análisis temático categorial), lo que permitió una interpretación robusta y triangulada de los hallazgos.

5.5.2. Validez externa

Aunque la muestra estuvo compuesta exclusivamente por estudiantes de nuevo ingreso de una universidad pública en Durango, se tomaron medidas para fortalecer la validez externa:

- Se describió detalladamente el contexto institucional y sociocultural.
- Se documentaron los procedimientos de intervención y seguimiento, lo que permite replicabilidad en contextos similares.
- Se realizó un seguimiento a mediano plazo (mínimo seis meses), lo que aporta evidencia sobre la sostenibilidad de los efectos.

No obstante, se reconoce que los resultados no pueden generalizarse a toda la población universitaria sin estudios adicionales.

5.5.3. Validez metodológica

La investigación adoptó un enfoque mixto, lo que permitió integrar datos cuantitativos y cualitativos recolectados de forma simultánea. Esta decisión metodológica fue coherente con el paradigma pragmático, que privilegia la utilidad práctica y la comprensión integral del fenómeno.

- El componente cuantitativo permitió medir objetivamente el riesgo suicida, el bienestar y la confianza, antes y después de la intervención.
- El componente cualitativo permitió explorar en profundidad las experiencias subjetivas de los estudiantes, sus estrategias de afrontamiento, resignificaciones y metas futuras.

- La triangulación de datos fortaleció la interpretación de los hallazgos, al permitir contrastar lo que los estudiantes reportaron en escalas con lo que expresaron en sus narrativas.

Este enfoque metodológico fue especialmente adecuado para abordar un fenómeno complejo como el suicidio en jóvenes universitarios, donde es necesario comprender tanto los indicadores clínicos como las vivencias personales

5.5.4. Control del sesgo y representatividad

Se aplicaron criterios de inclusión, exclusión y eliminación claramente definidos. Se garantizó la validez de los resultados del MMPI-2-RF mediante el uso de sus escalas de validez. Las entrevistas se realizaron en un entorno seguro, con lenguaje empático y no directivo, lo que favoreció la apertura de las y los participantes.

5.5.5. Potencial de replicabilidad

La descripción detallada del diseño, los instrumentos, las entrevistas y los procedimientos de análisis permite que esta investigación pueda ser replicada en otras universidades con características similares. Esto contribuye a la construcción de un cuerpo de conocimiento útil para la prevención del suicidio en contextos educativos.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales

La presente investigación logró cumplir con los objetivos generales y específicos planteados, al identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes universitarios con ideación o intento suicida, y al evaluar la efectividad de una entrevista centrada en la esperanza como herramienta de intervención. Los hallazgos revelaron que los estudiantes, incluso antes de recibir acompañamiento formal, ya habían activado recursos personales y sociales significativos para hacer frente a sus crisis. Entre las estrategias más comunes destacaron el ejercicio físico, el apoyo emocional de figuras cercanas —especialmente las madres— y la compañía de amistades, muchas veces sin que estas personas fueran conscientes del impacto positivo que tenían.

Uno de los hallazgos más relevantes fue constatar que, al momento de la intervención, muchos estudiantes ya habían avanzado notablemente en su bienestar emocional y habían reducido su nivel de riesgo suicida. Este progreso, al ser visibilizado y reforzado durante la entrevista, fortaleció su confianza personal y clarificó su visión de futuro. La entrevista no solo funcionó como un espacio de contención, sino como un catalizador para reorganizar sus recursos, resignificar sus experiencias y proyectarse hacia nuevas metas.

Un aporte concreto de esta investigación es el diseño de los formatos de entrevista, los cuales pueden ser implementados de manera sistemática en programas de atención a la salud mental universitaria. Estos formatos no solo permiten valorar el riesgo, sino también activar procesos de esperanza, agencia y resiliencia en los estudiantes. Su utilidad podría extenderse incluso a otras condiciones adversas de salud mental.

Entre las limitaciones metodológicas, se reconoce el posible sesgo de deseabilidad social, ya que algunos estudiantes pudieron haber respondido de manera socialmente aceptable al tratarse de una figura institucional. No obstante, la riqueza de las narrativas y la coherencia entre los datos cualitativos y cuantitativos refuerzan la validez de los hallazgos.

Como recomendación prioritaria, se propone la implementación de un programa institucional de detección y atención a estudiantes en riesgo suicida, que incluya la aplicación del MMPI-2-RF y la realización de entrevistas centradas en la esperanza como parte del protocolo de intervención.

Desde una perspectiva personal, esta investigación representó una experiencia formativa profunda. En el plano académico, me permitió comprender con mayor claridad cómo se estructura y desarrolla una investigación a nivel doctoral. Hoy puedo responder con certeza a la pregunta: ¿cómo hacer una investigación? No solo desde la teoría, sino desde la vivencia práctica de cada etapa del proceso.

Hubo momentos especialmente desafiantes. El primero fue presentar el proyecto al comité de ética de la universidad, dado que el tema implicaba el manejo de información sensible. Fue necesario generar confianza institucional mediante el diseño de un consentimiento informado claro y el cumplimiento estricto de las políticas de protección de datos. El segundo desafío surgió durante la elaboración del capítulo de análisis de resultados, donde fue necesario aprender a aplicar pruebas estadísticas no paramétricas y procesar una gran cantidad de información cualitativa. La constancia y la disciplina fueron claves para superar ambos retos.

En el plano emocional, trabajar con estudiantes en riesgo suicida fue una experiencia profundamente humana. Lejos de encontrarme con desesperanza absoluta, descubrí en ellos una sorprendente capacidad de afrontamiento. Me conmovió ver cómo, a través de acciones aparentemente simples —como salir con amigos, llorar con alguien de confianza o hacer ejercicio—, lograban sostenerse y reconstruirse. Estas pequeñas acciones, muchas veces invisibles, son donde vive y se alimenta la esperanza.

Mi perspectiva sobre la salud mental también se transformó. Comprendí que el bienestar no depende de grandes cambios, sino de una serie de pequeños actos cotidianos que, repetidos con constancia, fortalecen la esperanza y reducen el riesgo. Esta visión me ha llevado a valorar más los gestos simples, los vínculos significativos y la capacidad de las personas para encontrar sentido incluso en medio del dolor.

Como investigador, fortalecí mi disciplina y mi capacidad de análisis. Como acompañante, aprendí a confiar más en los recursos internos de las personas. Hoy creo con mayor convicción que, incluso cuando alguien no lo ve, ya está haciendo lo mejor que puede para sí mismo. Mi papel no es dar respuestas, sino ayudar a que las personas descubran las que ya están dentro de ellas.

Referencias

1. Beck L AT, Weissman, A, Lester, Dy Trexler. La medición del pesimismo: la escala de desesperanza. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1974;42(6):861-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0037562>
2. Beck G AT, Rush, AJ, Shaw, BFy Emery. Terapia cognitiva de la depresión. Guilford Press; 1979.
3. Wenzel AT A, Brown, GKy Beck. Terapia cognitiva para pacientes suicidas: aplicaciones científicas y clínicas. American Psychological Association; 2009.
4. Honorato Bernal P TM, González Arratia López Fuentes, NI, Ruiz Martínez, AOy Andrade Palos. Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. Nova Sci [Internet]. 2019;11(22):413-32. Disponible en: <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825>
5. Osornio Castillo A L, Resendiz Morales, VM, Palomino Garibay, L,y Witt González. Desesperanza, depresión y bienestar psicológico en alumnos de medicina. Altern En Psicol. 2023;51:100-16.
6. Ochsner JJ KNy Gross. The cognitive control of emotion. Trends Cogn Sci [Internet]. 2005;9(5):242-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
7. Berridge ML KCy Kringelbach. Sistemas de placer en el cerebro. Neuron [Internet]. 2015;86(3):646-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.02.018>

8. Herrera-Guzmán JE I, Gudayol Ferrié, E, Herrera Guzmán, D, Guírdia Olmos, J, Hinojosa Calvo, Ey Herrera Abarca. Effects of selective serotonin reuptake and dual serotonergic-noradrenergic reuptake treatments on attention and executive functions in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2010;177(3):323-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.006>
9. Addis DL DR, Wong, ATy Schacter. Recordar el pasado e imaginar el futuro: sustratos neurales comunes y diferentes durante la construcción y elaboración de eventos. *Neuropsychologia* [Internet]. 2007;45(7):1363-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.10.016>
10. Hölzel U BK, Lazar, SW, Gard, T, Schuman Olivier, Z, Vago, DRy Ott. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2011;6(6):537-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
11. Dishman MJ RK, Berthoud, HR, Booth, FW, Cotman, CW, Edgerton, VR, Fleshner, MRy Zigmond. Neurobiología del ejercicio. *Obesity* [Internet]. 2006;14(3):345-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/oby.2006.46>
12. de Shazer IK S, Dolan, Y, Korman, H, McCollum, E, Trepper, Ty Berg. More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. Haworth Press; 2021.
13. Seligman M MEy Csikszentmihalyi. Psicología positiva: una introducción. *Am Psychol* [Internet]. 2000;55(1):may-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

14. Ortiz-Piérrez JS H, Bravo García-a, Ey Bravo García-a. Epidemiology of suicide mortality in Mexican young people (ages 15-29) from 1990 to 2020. *Salud Ment* [Internet]. 2023;46(6):295-305. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.038>
15. Terrones-González O A, Estrada Martínez, S, Lechuga Quiñes, AM, Salvador Moysién, J, Martí-nez López, Yy La Llave León. Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Ment*. 2012;35(4):305-13.
16. Wilcox KE HC, Arria, AM, Caldeira, KM, Vincent, KB, Pinchevsky, GMy O'Grady. Prevalencia y predictores de ideación suicida persistente, planes e intentos durante la universidad. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;127(1-3):287-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>
17. Hirsch AL JKy Barton. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *J Am Coll Health* [Internet]. 2011;59(5):393-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515635>
18. Sánchez-Sosa ME JJ, González Forteza, C, Jiménez Tapia, Ay Medina Mora. Programas universitarios de prevención del suicidio en México. *Salud Ment* [Internet]. 2018;41(1):35-42. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.006>
19. Gottfried T E, Bodell, L, Carbonell, Jy Joiner. The clinical utility of the MMPI-2-RF Suicidal/Death Ideation Scale. *Psychol Assess* [Internet]. 2014;26(4):1205-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/pas0000017>

20. Lucio-Gómez-Maqueo Q Ey Hernández Cervantes. Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2009;47(Supl 1):S33-40.
21. Bienestar S de. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022: Cuencamié, Durango [Internet]. Gobierno de México; 2022. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/699079/10_004_DGO_Cuencame_.pdf
22. Geografía (INEGI) IN de E y. Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2023 [Internet]. INEGI; 2024. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud
23. Salud (OMS) OM de la. 800 000 personas se suicidan cada año. ¿Qué podemos hacer? [Internet]. OMS; 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/800-000-people-kill-themselves-every-year.-what-can-we-do>
24. Mortier R P, Cuijpers, P, Kiekens, G, Auerbach, RP, Demyttenaere, K, Green, JG, Kessler, RC, Nock, MKy Bruffaerts. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. Psychol Med [Internet]. 2018;48(4):554-65. Disponible en:
<https://doi.org/10.1017/S0033291717002215>

25. Serrano G Cy Olave. Ideación suicida en estudiantes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Rev Iberoam Educ.* 2017;75(1):105-22.
26. Czyz CA EK, Horwitz, AG, Eisenberg, D, Kramer, Ay King. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health* [Internet]. 2013;61(7):398-406. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.820731>
27. Fernández-Berrocal N Py Extremera. Ability emotional intelligence, depression, and well-being. *Emot Rev* [Internet]. 2016;8(4):311-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1754073916650494>
28. Salud (OMS) OM de la. Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud; 2014.
29. Vargas J Hy Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2012;75(1):19-28.
30. Dávila Cervantes AM CAy Pardo Montaña. Study of suicide burden of mortality in México 1990-2017. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020;23. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200069>
31. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq* [Internet]. 2020;13(4):249-75. Disponible en: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
32. Connie A EEy Froerer. The Solution Focused Brief Therapy Diamond. Hay House, Inc; 2023.

33. Ramesh PNS BAy Kumar. Solution Focused Brief Therapy (SFBT) in the treatment of depression and suicidal ideation: A case study. Case Stud J [Internet]. 2018;7(1):61-72. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/323428326>
34. Jerome D L, Masood, S, Henden, J, Bird, Vy Ougrin. Solution-focused approaches for treating self-injurious thoughts and behaviours: A scoping review. BMC Psychiatry [Internet]. 2024;24:646. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06101-7>
35. Finlayson J BT, Jones, Ey Cravens Pickens. Solution Focused Brief Therapy Telemental Health Suicide Intervention. Contemp Fam Ther [Internet]. 2023;45:49-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09599-1>
36. Gotlib J IHy Joormann. Cognition and depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:285-312.
37. Dillon DA DGy Pizzagalli. Mechanisms of memory disruption in depression. Trends Neurosci [Internet]. 2018;41(3):137-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2017.12.006>
38. Gómez M. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en médicos residentes en hospitales COVID-19 en CDMX. REDES Rev Divulg Crisis Retos En Fam Pareja [Internet]. 2022;4(1):oct-16. Disponible en: <https://doi.org/10.22402/j.rdcrrfp.unam.4.1.2022.418.10-16>
39. Carver J CSy Connor Smith. Personality and coping. Annu Rev Psychol [Internet]. 2010;61:679-704. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

40. Compas WJ BE, Jaser, SS, Bettis, AH, Watson, KH, Gruhn, MA, Dunbar, JP, Williams, Ey Greenhouse. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull* [Internet]. 2017;143(9):939-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
41. Carver MF CSy Scheier. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1994;66(1):184-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>
42. D'Zurilla AM TJy Nezu. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd ed.). Springer Publishing Company; 1999.
43. Gross OP JJy John. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2003;85(2):348-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
44. Heffer T Ty Willoughby. A count of coping strategies: A longitudinal study investigating an alternative method to understanding coping and adjustment. *PLoS ONE* [Internet]. 2017;12(10):e0186057. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186057>
45. Hefner D Jy Eisenberg. Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2009;79(4):491-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0016918>

46. Flett C GL, Goldstein, AL, Pechenkov, IG, Nepon, Ty Wekerle. Antecedents, correlates, and consequences of feeling like you don't matter. *Personal Individ Differ* [Internet]. 2016;92:52-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.014>
47. Martín Garcí-a-Sancho RM JC, Garriga Puerto, A, Egea, C, Dí-az, G, Campillo Cáscales, MJy Espinosa Gil. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *An Psicol* [Internet]. 2018;34(1):30-40. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
48. Cerel D J, McIntosh, JL, Neimeyer, RA, Maple, My Marshall. The continuum of «survivorship»: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2018;44(6):591-607. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sltb.12093>
49. Czyz M EK, Arango, A, Healy, N, King, CAy Walton. Augmenting Safety Planning With Text Messaging Support for Adolescents at Elevated Suicide Risk: Development and Acceptability Study. *JMIR Ment Health* [Internet]. 2020;7(5):e17345. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/17345>
50. Secretarí-a de Salud CN de SM y A. Cuadernillo básico para la prevención del suicidio [Internet]. Secretarí-a de Salud del Gobierno Federal; 2023. Disponible en: <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>
51. Durango I de SM de. Programa de Prevención del Suicidio «Guardianes de Vida»: Informe de resultados 2021. 2021.
52. White M. Maps of narrative practice. W. W. Norton & Company; 2006.

53. Wade A. Desafiar la violencia y honrar la dignidad: la práctica basada en la respuesta. *Rev Ter Narrat Trab Comunitario*. 2007;4:65-83.
54. Yuen A. Discovering children's responses to trauma: A response-based narrative practice. *Int J Narrat Ther Community Work*. 2007;2007(4):mar-18.
55. Theron L. Toward a culturally and contextually sensitive understanding of resilience. *J Adolesc Res* [Internet]. 2016;31(6):635-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0743558415600072>
56. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman; 1997.
57. Drum SE DJ, Brownson, C, Burton Denmark, Ay Smith. New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Prof Psychol Res Pract* [Internet]. 2009;40(3):213-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0014465>
58. Ben-Porath YS. Interpreting the MMPI-2-RF. University of Minnesota Press; 2012.
59. Ben-Porath A YSy Tellegen. MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 Forma Reestructurada. Manual Moderno; 2015.
60. Whitman YS MR, Kremyar, AJy Ben Porath. Using the MMPI-2-RF to Assess Risk of Nonsuicidal Self-Injury among College Students. *J Pers Assess* [Internet]. 2021;103(4):455-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1801701>
61. Kim K S, Lee, HKy Lee. Assessment of suicidal risk using Minnesota multiphasic personality inventory-2 restructured form. *BMC Psychiatry*

- [Internet]. 2020;20:81. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02495-2>
62. Stanley T I, Yancey, J, Patrick, Cy Joiner. A Distinct Configuration of MMPI-2-RF Scales RCd and RC9/ACT is Associated with Suicide Attempt Risk. Psychol Assess [Internet]. 2018;30. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/pas0000588>
63. Brokke V í. SS, Landrí., Nly Haaland. Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. BMC Psychiatry [Internet]. 2022;22:753. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04398-w>
64. Hernández Sampieri P R, Fernández, Cy Baptista. Metodologí-a de la investigación. McGraw-Hill; 2014.
65. Yapu M. Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas. Fundación PIEB; 2013.
66. Briñis Zambrano A. La Investigación Social, Cuaderno Metodológico. Talleres Gráficos UCA; 2017.
67. De Jong IK Py Berg. Interviewing for solutions (4th ed.). Cengage Learning; 2013.
68. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Atria Books; 2011.
69. Snyder P CR, Harris, C, Anderson, JR, Holleran, SA, Irving, LM, Sigmon, ST,...y Harney. The will and the ways: Development and validation of an

- individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570-85.
70. Joiner T. *Why people die by suicide*. Harvard University Press; 2005.
71. Supo JA. *Metodología de la investigación científica: Niveles de investigación* (4.^a ed.). BIOESTADISTICO EEDU EIRL; 2024.
72. Mayring P. *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Beltz Verlag; 2014.
73. Lazarus S R Sy Folkman. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company; 1984.
74. Skinner H EA, Edge, K, Altman, Jy Sherwood. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull* [Internet]. 2003;129(2):216-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
75. Keyes CLM. Complete mental health: An agenda for the 21st century [Internet]. En: Keyes CLM, Haidt J, editors. *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*; 2003. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/10594-013>
76. Csikszentmihalyi M. *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row; 1990.
77. Unión C de D del HC de la. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°* [Internet]. 2024. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/4.pdf>

78. Unión C de D del HC de la. Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo VII: Salud Mental [Internet]. 2024. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
79. Social S a del T y P. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo - Identificación, análisis y prevención [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2018. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5541828>
80. Salud S de. Programa de Acción Especí-fico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 [Internet]. Gobierno de México; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

Apéndice A. Solicitud de Aprobación de investigación

Pueblo de Santiago, Cuencamé, Durango a 15 de Noviembre de 2023

Asunto: Solicitud de Aprobación de Investigación

Comité de Ética de la Universidad Politécnica de Cuencamé

Presente.-

Me dirijo a ustedes en calidad de investigador para solicitar la aprobación para llevar a cabo una investigación titulada “Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad”.

El propósito de esta investigación es explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes de nuestra universidad que han sido detectados con ideación o intento suicida a través de la prueba MMPI-2 RF. Además, se llevará a cabo una intervención terapéutica diseñada para activar circuitos neuronales relacionados con la generación de esperanza con el objetivo de fortalecer a las y los participantes y ayudarles a afrontar sus desafíos de manera más efectiva.

Esta investigación se llevará a cabo con estricto cumplimiento de las pautas éticas y legales establecidas para la investigación con seres humanos. Se implementarán medidas de confidencialidad para proteger la privacidad de quienes participen y se obtendrá el consentimiento informado de cada participante.

Agradezco de antemano la consideración a esta solicitud, quedo a la disposición para aclarar o explicar los detalles necesarios y espero recibir su aprobación y colaborar de manera efectiva para llevar a cabo esta investigación de manera ética y profesional.

Se anexa el protocolo de investigación.

Atentamente



Mtro. Aarón Sifuentes Machado

Atención a Alumnos

Apéndice B. Oficio de aceptación de Investigación

Universidad Politécnica de Cuencamé

Cuencamé, Durango a 20 de noviembre de 2023

Asunto: Aprobación de Investigación

Mtro. Aarón Sifuentes Machado
Presente.-

En respuesta a su solicitud de aprobación para llevar a cabo la investigación titulada **"Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad"**, el Comité de Ética de la Universidad Politécnica de Cuencamé ha revisado el protocolo de investigación y evaluado su cumplimiento con las normativas éticas y legales aplicables.

Nos complace informarle que, tras una revisión exhaustiva, esta investigación ha sido **aprobada** por nuestro comité, ya que cumple con los estándares éticos necesarios para garantizar el bienestar y los derechos de las y los participantes. Valoramos las medidas propuestas para mantener la confidencialidad de los datos, el consentimiento informado y la implementación de intervenciones en un marco ético riguroso.

Consideramos que esta investigación tiene un impacto significativo en el fortalecimiento del bienestar de los estudiantes y en la prevención del riesgo suicida dentro de nuestra comunidad universitaria. Estamos seguros de que los resultados contribuirán al desarrollo de estrategias de intervención útiles y replicables en contextos educativos.

Quedamos a su disposición para cualquier apoyo adicional que requiera durante el desarrollo de esta investigación y le exhortamos a mantenernos informados sobre los avances y resultados.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente,




Dra. Cecilia Itzel Reyes Gómez
Directora académica

Apéndice C. Aviso de Privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL

La Universidad Politécnica de Cuencamé, a través del Área de Atención a alumnos, con domicilio en Av. Universidad S/N, Pueblo de Santiago, Cuencamé, Dgo., C.P. 35805, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango, y demás normatividad que resulte aplicable.

I. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES.

Los datos personales que se recaban serán utilizados para las siguientes finalidades:

- **Protocolo de Investigación:** Exploración de estrategias de afrontamiento efectivas y entrevistas de intervención para la generación y/o mantenimiento de esperanza en estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé, con ideación o intento suicida, detectados por la Prueba MMPI-2 RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, versión-2, Forma Reestructurada).

Nota: durante el desarrollo de la investigación, el nombre fue modificado a: Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad. Lo anterior no modificó el protocolo inicial.

II. DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN.

Para las finalidades antes señaladas se solicitarán los siguientes Datos Personales Sensibles:

- **Estado de salud:** Evaluación del bienestar y riesgo suicida del participante, y grabación en audio de entrevistas de intervención.

III. FUNDAMENTO LEGAL.

La Universidad Politécnica de Cuencamé, trata los datos personales antes señalados con fundamento en:

- Ley General de Educación Superior, artículos 8 fracción XIII, 28, 29 primer párrafo, 36 párrafo segundo y 42;
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango, artículos 24 y 63 fracciones II, III, IV, V y VI;
- Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango, artículos 3 fracción XI y 7 primer párrafo;
- Decreto Administrativo por el que se crea la Universidad Politécnica de Cuencamé, artículo 4 fracción VIII;
- Reglamento Interior de la Universidad Politécnica de Cuencamé, artículo 3.

IV. TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES.

Le informamos que sus datos personales son compartidos, solo en caso de que se considere que el riesgo que a la investigación se refiere, sea alto, con las siguientes instancias:

DESTINATARIO DE LOS DATOS PERSONALES	FINALIDAD
Redes de apoyo familiares que se nos indique.	Canalización.
Dependencias de Salud, especializadas en la atención de salud mental.	Canalización.

V. EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO

(ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES).

El titular de los datos personales o en su caso el representante legal, podrá ejercer su derecho de: conocer qué datos personales nos ha proporcionado, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso); de solicitar la corrección de su información personal cuando esté incompleta, sea inexacta, inadecuada o excesiva (Rectificación); de que se elimine de nuestros registros o bases de datos cuando considere que su tratamiento contraviene lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Durango o porque dejó de ser necesaria para el cumplimiento de la finalidad o

finalidades de dicha base (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición).

Es importante señalar que para el ejercicio de los derechos ARCO, el titular podrá hacerlo enviando correo electrónico a julio.ibarra@upcuencame.edu.mx, o bien personalmente en la **Unidad de Transparencia** de la Universidad Politécnica de Cuencamé, ubicada en Av. Universidad S/N, Pueblo de Santiago, Cuencamé, Dgo., C.P. 35805, así como mediante la Plataforma Nacional de Transparencia www.plataformadetransparencia.org.mx

Los requisitos que debe cumplir para presentar una solicitud de Derechos ARCO, son los siguientes:

1. El nombre del titular y su domicilio o cualquier otro medio para recibir notificaciones;
2. Los documentos que acrediten la identidad del titular y, en su caso, la personalidad e identidad de su representante;
3. De ser posible, el área responsable que trata los datos personales, y ante el cual se presenta la solicitud;
4. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO, salvo que se trate del derecho de acceso;
5. La descripción del derecho ARCO que se pretende ejercer o, bien, lo que solicita el titular, y
6. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales, de ser necesario.

En caso de solicitar la rectificación, adicionalmente deberá indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación oficial necesaria que sustente su petición. En el derecho de cancelación debe expresar las causas que motivan la eliminación. Y en el derecho de oposición debe señalar los motivos que justifican se finalice el tratamiento de los datos personales y el daño o perjuicio que le causaría o, bien, si la oposición es parcial, debe indicar las finalidades específicas con las que no está de acuerdo, siempre que no sea un requisito obligatorio.

La Unidad de Transparencia responderá en el domicilio o medio que el titular de los datos personales designe en su solicitud, en un plazo de 20 días hábiles, que puede ser ampliado por 10 días hábiles más, previa notificación. La respuesta indicará si la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición es procedente y, en su caso, hará efectivo dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que comunique la respuesta.

Si desea conocer mayor información del procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada, o comunicarse a los teléfonos 671-763-0764 y/o 671-763-0486, extensión 120.

VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD

En caso de que exista un cambio de este Aviso de Privacidad, lo haremos de su conocimiento a través del portal de la Universidad Politécnica de Cuencame: www.upcuencame.edu.mx, y en sus Redes sociales www.facebook.com/UPCUENCAME.

Apéndice D. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participación en una Investigación

Título de la Investigación: "Generando Esperanza: Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes en Riesgo de Suicidio en la Universidad"

Investigador: Mtro. Aarón Sifuentes Machado

Fecha: Enero-Abril 2024

Se agradece su interés en participar en esta investigación. Antes de decidir si desea participar, le proporcionamos la siguiente información sobre el estudio. Por favor, lea cuidadosamente y tómese el tiempo necesario para hacer preguntas o aclaraciones antes de tomar su decisión.

Propósito del Estudio:

Este estudio tiene como objetivo explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes de la Universidad Politécnica de Cuencamé que han sido detectados con ideación o intento suicida a través de la prueba MMPI-2 RF y evaluar la efectividad de una intervención terapéutica centrada en la activación de los circuitos neuronales de la esperanza.

Procedimiento:

- Participará en dos entrevistas con una separación temporal de 3 meses.
- Durante las entrevistas, se llevará a cabo una intervención diseñada para activar circuitos neuronales relacionados con la generación de esperanza.

Confidencialidad:

- Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial. Su nombre y cualquier información personal identificable no se divulgarán en ningún informe o publicación relacionada con este estudio. La información se utilizará únicamente para fines de investigación.
- Las entrevistas serán grabadas en audio y resguardadas bajo procesos de encriptación para su posterior análisis y, luego de ser documentadas serán eliminadas de la base de datos.
- Ningún dato de identificación (nombre, edad, carrera, lugar de procedencia) será audiograbado.
- El investigador será la única persona con acceso a los archivos de audio.

Riesgos y Beneficios:

Los riesgos son mínimos y pueden incluir una breve incomodidad emocional al hablar sobre experiencias de ideación o intento suicida. Los beneficios potenciales incluyen la generación y/o mantenimiento de esperanza en individuos que han experimentado ideación o intento suicida y la posibilidad de contribuir a una comprensión más profunda de las estrategias de afrontamiento.

Derechos del Participante:

- Tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin penalización alguna.
- Puede hacer preguntas en cualquier momento antes o durante el estudio.

- Tiene derecho a recibir un resumen de los resultados del estudio, si lo desea.
- Tiene derecho a participar en la investigación sin ser audiograbado.

Aviso de Privacidad Integral: ver anexo

Consentimiento:

Al firmar este documento, usted indica su consentimiento para participar en la investigación descrita anteriormente. Su firma no implica la renuncia de ningún derecho legal.

Nombre del Participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Participante: _____

Se anexa copia de identificación oficial

En caso de que el participante sea menor de edad.

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma: _____

Se anexa copia de identificación oficial

Apéndice E. Formato primera entrevista

Formato de primera entrevista (Valoración del riesgo suicida e intervención para la generación o mantenimiento de la esperanza)

Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____

Carrera: _____ Grupo: _____

Escala de medición de riesgo

1. En una escala de 1 a 10, en la que 10 significa el más alto riesgo para tu vida y 1 todo lo contrario. ¿En qué punto de la escala estuviste cuando esas ideas o acciones estuvieron presentes?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

¿Hace cuánto tiempo ocurrió? ¿Qué edad tenías? _____

a) En los últimos 3 meses.

b) Entre 3 y 6 meses.

c) Entre 6 meses y 1 año.

d) Más de un año.

Preguntas enfocadas en las soluciones o estrategias utilizadas

2. ¿Qué cosas hiciste y que fueron útiles para sobrellevar o superar la situación que estabas viviendo en aquel momento?

3. ¿Qué recursos y apoyos tuviste a tu disposición para sobrellevar o superar la situación?
4. ¿Qué más?

Preguntas que resaltan fortalezas personales

5. ¿Cuáles son o fueron tus mayores fortalezas para ayudarte a sobrellevar o superar esa situación?
6. ¿Qué más?

Preguntas que promueven la conexión social

7. ¿Qué personas fueron de ayuda (aun sin darse cuenta) para sobrellevar o superar aquella situación?
8. ¿Quién más?
9. Estas personas, ¿saben lo que significó para ti lo que hicieron? ¿qué crees que significa o significaría para estas personas saberlo?

Preguntas que promueven la reflexión positiva

10. Desde aquel momento, (la última vez que se presentó la ideación o intento suicida) ¿Cuáles son los momentos más felices o gratificantes de tu vida hasta ahora?
11. ¿Qué aspectos positivos puedes encontrar en las situaciones actuales, por pequeñas que sean?
12. ¿Cuál es el mayor aprendizaje de haber vivido aquella experiencia?
13. ¿Qué más?

Pregunta orientada al futuro

14. ¿Qué metas o logros quieres alcanzar en el próximo año?

Escala de medición de bienestar.

15. En una escala de 1 a 10, en la que 10 representa lo mejor que puedes estar como persona y 1 todo lo contrario. ¿En qué punto te encontrabas cuando aquella experiencia sucedió?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

16. ¿En qué punto te encuentras actualmente?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

17. ¿Qué significará para ti estar un punto más arriba de la escala?

18. En una escala del 1 al 10, en la que 10 representa que confías plenamente que puedes avanzar un punto más y 1 todo lo contrario. ¿Qué nivel de confianza tienes para lograr continuar avanzando?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

19. ¿Por qué estás en ese punto y no uno más abajo?

Escala de medición de riesgo actual (momento de la primera entrevista)

20. En una escala de 1 a 10, en la que 10 significa el más alto riesgo para tu vida y 1 todo lo contrario. ¿En qué punto de la escala te encuentras hoy?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Nota: Si la respuesta es igual o mayor a 5, se procederá con el protocolo de prevención del suicidio de la universidad.

Pregunta de cierre de entrevista.

21. ¿Tienes algún comentario adicional?

Apéndice F. Formato entrevista de seguimiento

Formato entrevista de evaluación de utilidad de la primera intervención

(Mínimo seis meses después)

Preguntas de seguimiento de avances y soluciones

1. ¿Qué ha ido mejor para ti desde la última vez que conversamos?
2. ¿Qué más?

Preguntas sobre el impacto de la primera intervención

3. ¿Qué recuerdas de la última conversación que haya sido útil para ti?
4. ¿Cómo eso que fue útil te ha ayudado a hacer frente a los desafíos que se te han presentado en este tiempo?

Escala de bienestar

5. En una escala de 1 a 10 donde 10 representa lo mejor que puedes estar, ¿En qué punto te encuentra hoy?
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6. ¿Qué significará para ti estar un punto más arriba de la escala?

Escala de confianza y factores positivos

7. En una escala del 1 al 10, en la que 10 representa que confías plenamente que puedes avanzar un punto más y 1 todo lo contrario. ¿Qué nivel de confianza tienes para lograr continuar avanzando?
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8. ¿Por qué estás en ése punto y no uno más abajo?

Evaluación de la utilidad de la primera intervención

9. ¿Qué tan útil consideras que fue para ti la primera entrevista que se realizó para explorar las estrategias de afrontamiento?

- A) Muy útil
- B) Útil
- C) Neutral
- D) Poco útil
- E) Nada útil

10. Explica tus razones para la respuesta anterior.

Escala de riesgo suicida

11. En una escala de 1 a 10, en la que 10 significa el más alto riesgo para tu vida y 1 todo lo contrario. ¿En qué punto de la escala te encuentras hoy?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Nota: Si la respuesta es igual o mayor a 5, se procederá con el protocolo de prevención del suicidio de la universidad.

Pregunta de cierre de la entrevista

12. ¿Tienes algún comentario adicional?

Curriculum Vitae

Aarón Sifuentes Machado

Originario de Cuencamé, Durango, México, realizó estudios profesionales en Psicología en la Universidad Juárez del Estado de Durango. Posteriormente cursó la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Trabajo Social de la UJED y la Maestría en Educación en la División de Estudios Superiores del Instituto 18 de Marzo, en Gómez Palacio, Durango. La investigación titulada *Generando esperanza: Estrategias de afrontamiento en estudiantes en riesgo de suicidio en la Universidad* es la que presenta en este documento para aspirar al grado de Doctor en Salud Mental.

Su experiencia profesional se ha enfocado en la psicología clínica y la salud mental comunitaria, especialmente en la prevención del suicidio, la investigación en bienestar psicológico y el desarrollo de programas psicoeducativos en instituciones educativas.

Ha participado en proyectos de prevención en telesecundarias y preparatorias, en la elaboración de protocolos de atención al riesgo suicida en la Universidad Politécnica de Cuencamé y en propuestas de mejora al sistema de salud mental en México.

Actualmente se desempeña como psicoterapeuta en consulta privada e institución pública, y como docente universitario en la Universidad Politécnica de Cuencamé, donde combina la atención psicológica, la investigación aplicada y la formación integral de los estudiantes.

Se distingue por sus habilidades en investigación en salud mental, psicoterapia breve centrada en soluciones y coordinación de proyectos educativos y comunitarios. Sus expectativas profesionales se orientan a consolidar propuestas innovadoras de prevención y promoción del bienestar psicológico en la comunidad universitaria y social.

