

UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Programa psicoeducativo sobre la ideación y prevención del suicidio en adolescentes
y adultos jóvenes en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas**

**Proyecto de Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica
Supervisada para optar por el grado de Licenciatura en Psicología**

Sustentante:
Elizabeth Quesada Benavides, 20110875
Puntarenas, Costa Rica
Diciembre, 2025

Director
MSc. David Torres Fernández

UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa psicoeducativo sobre la ideación y prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas, Costa Rica

Proyecto de Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica Supervisada para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Sustentante:

Elizabeth Quesada Benavides, 20110875

Puntarenas, Costa Rica

Diciembre, 2025

Director

MSc. David Torres Fernández

Universidad de Iberoamérica
Facultad de Psicología


Programa de Intervención psicológica sobre la ideación y prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas

Trabajo Final de Graduación presentado en la Universidad de Iberoamérica en la modalidad de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Presentado por:

Elizabeth Quesada Benavides 20110875

Aprobado por los siguientes miembros del Tribunal Examinador:


MSc. David Torres Fernández

Director del proyecto


Dra. Erika Coto Jiménez

Decana Facultad de Psicología


MSc. Dennis Redondo Alfaro

Profesor (a) Invitado (a)

Agradecimiento:

Quiero agradecer a mis colegas estudiantes de Licenciatura de la UNIBE y a todos los profesores de quienes he recibido todo tipo de colaboración física como emocional. También le doy las gracias a mis dos hijos Rubén Morgan Quesada y Alejandro Morgan Quesada quienes me han ayudado a llevar a cabo la siguiente investigación con su apoyo económico y emocional: a pesar de mi edad ellos siempre han confiado en mí. También a mi nieta Sofía quien me dio clases de Canva y otros. A la vez le doy las gracias a la Psicóloga del Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas, Lic. Francella Alán Soto, quien, desde el primer momento abrió sus puertas hacia mi persona ayudándome con las asistencias, llamando a los estudiantes a que participaran no solo de las entrevistas y pruebas sino también de los talleres y charlas. También le doy las gracias a Valeria Moreno Navarro encargada de Apoyos Educativos en el liceo. A la ex-directora quien diera el permiso para mi intervención y a la actual directora Dra. Miley Salazar Muñoz, quien le ha brindado el apoyo al profesorado para que éste pueda actuar en caso de presentarse alguna crisis emocional mediante los PAP's. A Vladimir Murillo Montero el bibliotecario de la institución quien siempre me apoyó a abrirme el salón con aire acondicionado para que el estudiantado se sintiera cómodo. Al personal de la soda quien me ha alimentado todos estos días y por supuesto al personal administrativo quien también me ha ayudado grandemente. A los guardas que siempre me han permitido entrar en las instalaciones libremente. A la MPsc. Lara Mora Villalobos quien me cedió material de suicidio actual, así como recomendaciones de las pruebas a realizar. Especialmente a mi esposo quien trabajó como chofer para llevarme y traerme con seguridad a través de los Montes del Aguacate muchas veces.

ÍNDICE

	Páginas
Tribunal Examinador.....	3
Agradecimiento	4
Índice	5-7
Resumen Ejecutivo	8-16
Capítulo 1: Introducción	17
Introducción	18-27
Justificación de la Propuesta	27-30
Capítulo 2: Marco Referencial	31
• Situación Problema	32-33
• Antecedentes de Intervención	33-34
○ Antecedentes Institucionales	34
○ Antecedentes Nacionales	35-40
○ Antecedentes Internacionales	40-51
• Contextualización institucional	51-53
• Marco teórico conceptual	53-112
• Objetivos	113 -114
○ General	113
○ Específicos	113-114
Capítulo 3: Metodología	115

Breve explicación de la investigación realizada	116-118
• Diseño Metodológico	119-121
○ Población Meta	121-122
○ Beneficiarios (as) directos (as)	122
○ Beneficiarios (as) indirectos (as)	122-123
○ Criterios de inclusión y exclusion	123
• Estrategias de Intervención	124
○ Técnicas y herramientas de intervención	124-130
○ Instrumentos de evaluación (del proceso)	130-137
Capítulo 4: Resultados	138
• Análisis de resultados de la intervención en función de las variables y/o categorías de análisis planteadas	138-139
• Análisis de los resultados de la evaluación de cada una de las intervenciones realizadas o talleres	139-161
Capítulo 5: Discusión	162

• Discusión de Resultados	163-181
• Limitaciones	181
• Conclusiones	181-184
• Recomendaciones	184-186
Capítulo 6: Referencias	187-194
Capítulo 7: Anexos	195
• Copia del permiso institucional	
• Copia de herramientas de intervención: presentaciones, diapositivas y videos	
• Copia de instrumentos de evaluación: talleres, panfletos, carteles y las pruebas; Ansiedad y Depresión de Beck, TOI e IRSA	
• Formulario de consentimiento informado del CPPCR	
• Otros (necesarios para proporcionar una documentación completa de los datos relevantes para la investigación)	

**PROYECTO DE PRÁCTICA SUPERVISADA DE GRADUACIÓN PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Programa psicoeducativo sobre la ideación y prevención del Suicidio en adolescentes
y adultos jóvenes en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas, Costa Rica**

Sustentante:

**Elizabeth Quesada Benavides
Carnet: 20110875
Teléfono: 8888-0012
Correo electrónico: emorgan2470@gmail.com**

Resumen Ejecutivo

El presente proyecto de graduación trató sobre la implementación de un plan psicoeducativo de prevención primaria a través de charlas y talleres para determinar factores de riesgo en ideación suicida y la prevención del suicidio en personas adolescentes entre los 12 y 19 años que están de séptimo a onceavo año en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas, localizado a 21 Km Oeste del Hospital Monseñor Sanabria Martínez durante el período de mayo a octubre de 2025. La población del plantel es de más de mil estudiantes, quienes reciben diferentes clases y, una gran parte está en el Plan International Baccalaureate (Bachillerato Internacional), les brinda la preparación para que puedan asistir a la universidad en cualquier lugar del mundo, pues reciben también clases intensivas de inglés, además de clases del Plan Nacional de Educación y de Adecuación Curricular, para personas jóvenes con algún tipo de discapacidad física o emocional. La

población de personas estudiantes tiene dos horarios: el de la mañana, de 7:00 am a 11:00 am, y el de la tarde, de 1:00 pm a 5:00 pm. Como se mencionó esta práctica se llevó a cabo durante más de 90 horas entre los meses de mayo a octubre de 2025, respetando el calendario o cronograma de actividades del MEP, ANEP Y APSE, además de los exámenes previstos para el estudiantado. El liceo cuenta con una biblioteca que tiene una pantalla de televisión para facilitar la intervención de los talleres y charlas con videos y diapositivas formuladas por la sustentante y con la anuencia de la psicóloga de la institución, Lic. Francella Alán Soto y, de la directora del liceo Dra. Miley Salazar Muñoz.

Las tasas de suicidio se han ido incrementando en los últimos años en Costa Rica, así como los intentos de suicidio y la ideación suicida entre infancias y jóvenes de los 10 a 19 años de edad. El dato ha sido corroborado por las estadísticas brindadas por los Ministerios de Salud y el Ministerio de Seguridad Pública de Costa Rica, posicionando a nuestro país de segundo en la region, con respecto a la tasa más alta de suicidios. Para (Argota, Camilo, 2015) mencionado por Camila Calvo González y Nancy Ulate Aguilar en su tesis sobre ideación suicida de la Unibe, 2017, existen dos etapas en la vida en las cuales existe mayor vulnerabilidad a cometer suicidio o presentar ideación suicida: la adolescencia y la adultez mayor.

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y emocionales a nivel de

formación de la identidad propia, donde se plantean toma de decisiones fundamentales, así como el comportamiento sexual, la elección de amistades o la elección del proyecto de vida; dichos cambios, repercuten en el autoconcepto y autoestima.

El suicidio es el acto de quitarse la vida, mientras que la ideación suicida son todos esos pensamientos o ideas recurrentes persistentes en el tiempo o de forma repentina sobre los deseos de morir y los posibles planes para llevarlos a cabo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como: “la conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta, resultado de la conducta: muerte y el intento de suicidio con similar definición a la anterior, sólo que el resultado no fue la muerte”.

Para Gloriela Brenes Murillo y Siany Cordero Abarca, de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica, los factores asociados con un mayor riesgo de intento de suicidio en la población y en particular en los adolescentes, son un intento de suicidio previo, presencia de enfermedades mentales o problemas de conducta, sexo, edad, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, sufrir violencia o abuso sexual físico y psicológico, dinámica de funcionamiento familiar, impulsividad y apoyo social. Los factores asociados constituyen una enorme carga social y económica, pues se utilizan servicios de salud para tratar lesiones y el impacto psicológico y social. También pueden derivar en una discapacidad a largo plazo.

Los intentos de suicidio están incorporados en el Decreto de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica No. 40556-S. Los cantones con mayor número de suicidios se encuentran en Miramar de Montes de Oro, Puntarenas; Palmares, Alajuela y Jiménez en Cartago (Cordero Parra, 2024).

Para prevenir el suicidio en el Liceo de Miramar se propuso una serie de talleres y charlas sobre el adecuado manejo del estrés, autocuidado y autoestima, problemas en las dinámicas familiares y relaciones interpersonales, acoso escolar por parte de compañeras, compañeros, amistades y familiares así como el *bullying* cibernético, presión de grupo, conocimiento de uso y abuso de sustancias, relaciones personales disfuncionales, manejo de la sexualidad a edad temprana y sexualidad responsable, carencia de redes de apoyo y proyecto de vida. Para realizar estos talleres se pasó una entrevista estructurada para determinar la edad, el sexo, el lugar de residencia, el nivel escolar y la necesidad de pertenencia a estos talleres y charlas. También se aplicaron pruebas de tamizaje psicológicas como: A. el Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI), B. el Cuestionario de Depresión de Beck (CDI) para infancias y personas adolescentes, C. el TOI (Test de Oraciones Incompletas) para evaluar la personalidad y tratar de encontrar posibles problemas de salud mental) y D. el Test IRSA para comparar factores de riesgo en ideación suicida junto con el consentimiento firmado por sus padres, madres o cuidadores, y una entrevista para finalizar y dar recomendaciones a la psicóloga de la institución. A la vez, se presentó un programa con el cronograma de talleres y charlas para la prevención del suicidio en jóvenes de 12 a 19 años de este centro de educación secundaria.

Todo esto se realizó con ayuda de docentes, personal de orientación, dirección, persona encargada de adecuación curricular y de la psicóloga. Al finalizar los talleres, se realizó otra entrevista cognitiva estructurada para determinar si los talleres y las charlas habían cumplido su cometido. La psicóloga recibió una evaluación detallada o informe de cada estudiante evaluado (30 en total) para que sea ella quien brinde las referencias a cada uno de los padres, madres o personas cuidadoras de las personas estudiantes jóvenes.

El equipo de profesores pidió una charla con material sobre Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) y Manejo del Duelo. Se llevó a cabo en dos sesiones de dos grupos de 2 horas y media cada una. La actividad resultó bastante enriquecedora, ya que sintieron el apoyo incondicional de la nueva directora. Incluso ella les dijo que usaran su oficina como oficina de apoyo, de contención emocional antes de referir ya sea a las familias, al Ebais o al 911 (según sea el caso).

Antes de los talleres no se habían nombrado profesionales de psicología en el Ebais de Miramar y, gracias a estos talleres, desde el primero de octubre se cuenta con una persona profesional en psicología. A la vez se va a solicitar una plaza en psicología en la Municipalidad de Miramar. Estas pruebas determinaron la necesidad que tiene el estudiantado evaluado de presentar algún tipo de riesgo en ideación suicida para ser referido al Departamento de Psiquiatría y Psicología, no solo al Ebais de Miramar sino al Hospital San Rafael en Puntarenas y al Hospital Monseñor Sanabria puesto que muchas de las familias no pueden pagar a algún psicólogo privado para que les ayude con seguimiento. Uno de los objetivos de estos talleres fue también el que las personas

estudiantes puedan detectar factores de riesgo en amistades y familiares, y que puedan conversar con algún profesional que les pueda ayudar, esto debido al empoderamiento adquirido a través de los talleres y las charlas.

La población del cantón de Montes de Oro cuya capital es Miramar tiene otros distritos como San Isidro, Santa Rosa, Tajo Alto y La Unión de los cuales provienen los estudiantes de este liceo. La zona se encuentra localizada en un área rural donde la población se dedica a la ganadería y a la agricultura. Muchas personas jóvenes pueden asistir a universidades públicas y privadas en Puntarenas centro como pueden ser la sede del Pacífico Central de la UCR (Universidad de Costa Rica), la de la Universidad Nacional (UNA), la UACA (Universidad Autónoma de Centro América), la Universidad Castro Carazo, la Universidad Hispanoamericana y el Colegio Universitario de Puntarenas. El servicio de autobuses es regular, diario y cumple un horario desde Miramar hacia Puntarenas centro y viceversa. También cuenta con servicio de autobús hacia San José y viceversa. Sin embargo, la mayoría de la población estudiantil de secundaria no puede asistir a la universidad debido a las condiciones económicas de las familias y tampoco puede encontrar empleo debido a la falta de trabajo en la provincia de Puntarenas en general.

Existe una alta vulnerabilidad relacional comunitaria que hace que las personas jóvenes en estas áreas rurales no cuenten con apoyo comunitario e institucional para atender a la población en prevención al suicidio. Un ejemplo es como lo que sucedió el

19 de marzo pasado cuando un estudiante de 16 años que cursaba el décimo año, se suicidó con un arma de fuego. Los compañeros y profesores aún no han enfrentado este duelo.

El proyecto se dividirá en tres fases. En la primera fase se realizaron entrevistas con la exdirectora MSc. Lizbeth Fernández Chaves, con la Licda. Francela Alán Soto, psicóloga del liceo, personal de orientación y profesorado, con el fin de identificar a la población meta para este programa de intervención programada supervisada. También se envió una carta a la Decana Dra. Ericka Coto Jiménez, en la que se le solicitó la intervención de la tesiera en la práctica supervisada y una carta de la exdirectora de la institución MSc. Lizbeth Fernández Chaves, con su anuencia. A la vez, se entregaron los consentimientos informados (en total 100) para que el estudiantado pudiera participar en las evaluaciones; de estos 100, se recibieron 60 consentimientos informados firmados. A través de las entrevistas y de los tamizajes de ansiedad y depresión, se logró detectar a 33 estudiantes con altos niveles de ansiedad y depresión, quienes fueron invitados e invitadas a los talleres y a las charlas que se llevaron a cabo desde los meses de junio a octubre de 2025. A la muestra se le aplicó también el TOI y el IRSA para evaluar el riesgo al suicidio.

En la segunda fase se realizó la entrega de los consentimientos informados firmados por padres o cuidadores del estudiantado menor de edad. Posteriormente, se pasó una entrevista cognitiva estructurada para analizar los datos biográficos más importantes de las personas estudiantes, tales como sexo, edad, zona de residencia y grado escolar que cursan, además de otros aspectos de salud física y emocional y las 2 pruebas de tamizaje de ansiedad y depresión de Beck. La información también reforzó la percepción del personal

de orientación, docentes y psicóloga sobre factores de riesgo en ideación suicida de estas 33 estudiantes intervenidas. Se les aplicó la prueba TOI (de oraciones incompletas) para determinar un análisis cualitativo de cómo se han sentido los estudiantes y cuáles son los temas principales de su proyecto de vida. La prueba IRSA se utilizó para evaluar la posible ideación suicida y factores de riesgo relacionados con el suicidio. Al finalizar los talleres se les pasó otra entrevista cognitiva estructurada para evaluar si se produjo un cambio después de realizados los talleres.

Durante esta etapa se presentaron talleres y charlas sobre: manejo del estrés, autocuidado, autoestima, baja tolerancia a la frustración, problemáticas y dinámicas familiares, relaciones personales disfuncionales, existencia de redes de apoyo. También se abarcaron otros factores de riesgo, como acoso por compañeros o acoso en línea (*bullying* y *cyberbullying*), presión de grupo, uso y abuso de sustancias, relaciones disfuncionales, sexo a temprana edad y proyecto de vida. Otros talleres y charlas se impartieron según los requerimientos de las orientadoras, la psicóloga, la encargada del currículo académico. Además, se entregaron panfletos con la información pertinente a cada uno de los talleres o charlas. Asimismo, el estudiantado realizó discusiones, participaciones activas y comentarios durante y al finalizar cada una de las actividades; a la vez que hacía preguntas sobre cada taller.

Los talleres se llevaron a cabo en la biblioteca cuyo espacio pudo albergar al menos a 30 estudiantes cómodamente sentados. Una vez aprobados por el ente educativo, al grupo se le presentaron videos relacionados con los temas. Además, recibió material

didáctico en forma de panfletos psicoeducativos sobre cada uno de los temas, los cuales pueden utilizar dentro de los talleres y fuera de éstos, como en su casa, y en el futuro. La meta principal es que las personas jóvenes sean incentivadas e instruidas para que puedan reconocer también el riesgo al suicidio en familiares, amistades, compañeras, compañeros de estudio, tipo *Gatekeepers* de la OMS.

Durante la tercera fase se recogió toda la información para realizar los análisis cualitativos de los datos recopilados de las pruebas, cuestionarios, talleres y entrevistas estructuradas. Se evaluaron los resultados y se establecieron las recomendaciones para brindar retroalimentación al personal de la institución, así como a las familias de las personas estudiantes y a las mismas a través del criterio de la psicóloga de la institución.

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1:

Introducción

La finalidad de esta práctica supervisada de graduación para obtener el grado de licenciatura en Psicología de la Unibe fue brindar atención psicoeducativa en forma de talleres y charlas de prevención al suicidio en personas jóvenes de 12 a 19 años en el Liceo de Miramar de Montes de Oro en Puntarenas. Existen factores de riesgo como relaciones familiares disfuncionales, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, presión de grupo, acoso escolar, acoso en línea (*cyberbullying*), relaciones interpersonales disfuncionales, desconocimiento de prácticas sexuales adecuadas, desconocimiento acerca del uso y abuso de sustancias, falta de autocuidado y de red de apoyo emocional, baja autoestima, alta ideación suicida, intervención en crisis y establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo como parte del proyecto de vida.

La OMS define el suicidio como “la conducta o acto destructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta, resultado de la conducta: la muerte y el intento de suicidio con similar definición a la anterior, solo que el resultado no fue la muerte” (Brenes Murillo, 2024).

Durante septiembre del 2023 y septiembre del 2025 (SE 33) hubo aproximadamente 7.527 casos notificados de intentos de suicidio no consumados en Costa Rica. Solo en este año a septiembre del 2025 hubo 2.493 casos, lo cual denota un incremento del 10.15% con relación a años anteriores que podría deberse a un incremento

en los factores de riesgo psicosocial como la pobreza, el desempleo y la violencia, los cuales afectan directamente la salud mental de la población, especialmente en áreas costeras y rurales, como Miramar de Montes de Oro, siendo Puntarenas la provincia que presenta más intentos de suicidio sin consumir, el cual se ha mantenido desde el 2023. En esta provincia los intentos de suicidio podrían indicar que los adolescentes y personas adultas jóvenes lo sufren en mayor grado, tal vez por factores como aislamiento, enfermedades crónicas o falta de redes de apoyo y de contención. A su vez, el grupo de edad de 10 a 19 años es el que presenta mayor incidencia en los intentos de tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes. En este grupo, las mujeres ocupan el pico más alto debido a la presión social, *bullying*, redes sociales, cambios hormonales, abuso sexual, violencia física y psicológica en sus hogares y en el entorno comunitario. A los factores se suman agentes estresantes del entorno educativo, familiar, económico, social y climático. En 2025 se han presentado 393 casos en mujeres entre los 10 y 19 años, con respecto a 145 casos en hombres.

El Liceo de Miramar posee una página en Facebook donde se comunica información importante sobre reuniones, horarios, exámenes, talleres, charlas para estudiantes y también para sus familiares. En este cantón se da una alta demanda de atención psicológica y sólo hay una psicóloga que atiende este colegio. Ella menciona que “cuando ha habido algún problema serio físico, incluyendo ideación o intento de suicidio en el estudiantado, llaman al 911 y ella ha tenido que ir con el estudiante al Hospital Monseñor Sanabria”. En el EBAIS de Miramar no se contaba con atención psicológica y debido a reunión en la Municipalidad, se enviaron cartas a la Caja

Costarricense de Seguro Social (CCSS) para que nombraran una persona profesional en psicología lo cual se consiguió desde el 1 de octubre de 2025. La falta de servicio profesional en salud mental estaba contradiciendo la Ley General de Salud No. 5395 del Ministerio de Salud de Costa Rica y de la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Costa Rica, 1984, que es ofrecer a toda la población costarricense un sistema de salud de calidad brindado por profesionales competentes (Art. 10, Ley General de Salud, 5395) (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012). Actualmente en Costa Rica, los pensamientos de ideación suicida y el suicidio ejecutado siguen siendo problemas tabú para la sociedad, lo cual constituye una señal negativa, ya que, al no permitir espacios en los cuales se aborden estos temas, se podría generar ignorancia en la población adolescente y por ende, intentos suicidas (González Mirta, 2014).

Según la OMS se ha incrementado en un 60% la tasa de suicidios a nivel global en los últimos 45 años convirtiéndose en un problema de salud pública mundial. En el continente americano, el suicidio ocupa el tercer y cuarto lugar como causa de muerte entre los 15 y 44 años de edad y también en la población de personas adultas mayores. Las lesiones autoinflingidas siguen aumentando y la población adolescente se ve cada vez más vulnerable ante esta problemática (Argota Álvarez, 2015). La tasa de suicidios se ha ido incrementando en la población costarricense y en la actualidad es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 29 años. Se necesita más profesionales y personal entrenado especialmente en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) para prevenir la situación de suicidio y, a la vez, brindar atención en situaciones de crisis. De 2020 a 2023

aumentaron los suicidios en Costa Rica en un 62% según datos del Ministerio de Salud de Costa Rica y del Ministerio de Seguridad Pública.

De acuerdo también con la OMS en 2015, el suicidio es un fenómeno multicausal, por lo tanto, requiere una intervención multidisciplinaria. Existen factores culturales, históricos, familiares, geográficos, económicos, comunitarios, afectivos, educativos, fisiológicos, emocionales, psicopatológicos así como factores de riesgo asociados con factores evolutivos (Argota Álvarez, 2010).

El 28 de febrero de 2024 la Asociación Costarricense de Educación para la Prevención del Suicidio realizó a través de la Universidad Nacional de Costa Rica, una charla con el suicidólogo Dr. Jaime Alberto Carmona Parra de la Universidad de Manizales, Colombia, al que la tesiaría fue invitada por el Dr. Daniel Flores Mora, exDecano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Para el suicidólogo se dan dos tipos de enfoque para tratar la problemática del suicidio: el enfoque centrado en personas expertas y el enfoque comunitario destacado por la OMS, en el cual todas las personas son responsables de prevenir el suicidio (PAP's).

La OMS también habla de “*Gatekeepers*”, que son todas las personas que pueden contener el impulso de una persona que quiere acabar con su vida: es decir, que pueden socorrer a aquella persona en condición de ansiedad y escuchar a la persona que lo necesita porque se encuentra en depresión. Así que, para la OMS, todas las personas son *Gatekeepers*, porque están en capacidad de escuchar activa y empáticamente.

Es necesario realizar un enfoque multidisciplinario en el diseño de estrategias de prevención tales como: determinar la población en riesgo, situar factores de exclusión, generar estrategias de inclusión y estrategias críticas apoyadas en charlas y talleres que incluyan la dramaturgia también. Debemos estudiar los mitos, las actitudes familiares y la salud mental. La intervención temprana es fundamental, pues se ha determinado que el 50% de aquellas personas que reciben atención emocional empática ante las crisis no se suicidan. Como dijo una estudiante en uno de los talleres “ponerse en los zapatos de la otra persona”.

Las crisis suicidas pueden durar horas, días, semanas, meses y desaparecen. Cuando se da una intervención preventiva e intervención en crisis llamada también Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's), (contención emocional), y se acompaña de escucha activa, las crisis tienden a disminuir y casi desaparecen (Argota Álvarez, 2010). Si alguna persona está en situación crítica, debe pensarse en internamiento, ya sea llevarla al Ebais más cercano o al hospital especialmente, si se da un proceso patológico articulado o psicopatologizante del suicidio.

El intento de suicidio o la IS continuada en el tiempo es el principal factor de riesgo al suicidio consumado. A la vez, también constituye una enorme carga social y económica debido a la utilización de servicios de salud para tratar las lesiones, las consecuencias directas e indirectas, así como el referente familiar y la comunidad, el impacto psicológico y social, que, en ocasiones, derivan en una discapacidad permanente o a largo plazo. Los factores asociados con un mayor riesgo de intento de suicidio en la población, y en

particular en adolescentes, son un intento de suicidio previo, la presencia de enfermedades mentales o problemas de conducta, el sexo, la edad, el consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima, violencia o abuso sexual, las dinámicas de funcionamiento familiar, la impulsividad y la carencia de apoyo social, familiar, escolar y comunal (Brenes Murillo, 2024).

Intentos de suicidio:

Con base en la información revisada de los casos de intento de suicidio notificados en la SE21, de 2023-2024 (septiembre de estos años), se evidencia que en ambos años las mujeres mostraron tasas más altas, sin embargo, en la misma SE este año disminuyó la tasa en 1.3 y en hombres con menos casos en ambos años, pero para el 2024 su tasa aumentó ligeramente en un 2.7, tal y como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1: Total de casos notificados de intento de suicidio según sexo a septiembre 21,2023 y septiembre 21, 2024.

Año	Mujeres	Hombres	Totales
2023	1039	466	1505
2024	1017	541	1558

Se debe de ver este enfoque como epistemología convergente multidisciplinaria. En Costa Rica, la zona Atlántica tenía las “Casitas de Escucha” y “Hablar vs callar” pero ya no funcionan. Según un pastor de Suretka de Talamanca en julio de 2025, estas Casitas de Escucha eran un gran apoyo para la población limonense e indígena, por lo que su

desaparición ha dejado un gran vacío. El callar enferma y la escucha activa, ayuda. El Ministerio de Salud lo llama “escuchar es prevenir” (Cordero Parra, 2024).

¿Sólo los expertos pueden prevenir el suicidio? No. Hay líderes comunales como pastores, profesores, amistades que intervienen y acompañan. Pero estas personas deben de saber lo que están haciendo o diciendo, es por esto que el profesorado, el personal de orientación, el personal administrativo, de la soda y los guardas recibieron el 10 de octubre dos talleres de 5 horas (2 horas y 30 minutos por charla) sobre con lo que pueden ayudar a través de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) al estudiantado del Liceo de Miramar. La actual directora le ofreció a todo el personal docente su ayuda incondicional por si tuvieran que intervenir en un caso en crisis y se viera demandado por los padres y madres del estudiantado que haya sido ayudado. Los profesores y las profesoras manifestaron un sentimiento de alivio, puesto que anteriormente no se les daba ningún tipo de apoyo y tuvieron miedo de una demanda y despedido.

CENTROS DE AYUDA:

- Llamar al 911 al “Despacho de Apoyo Psicológico”, que recibe llamadas 24/7 donde un profesional en psicología atiende consultas gratuitas junto con el Hospital de Salud Mental en Pavas.
- INAMU (Instituto Nacional de la Mujer) 24 horas Teléfono 2527-1911.
- Instituto WEM (Masculinidad, sexualidad y pareja) al Teléfono 2434-2730, 24 horas.

- Línea Aquí Estoy del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica al Teléfono 2272-3774, de lunes a viernes de 2:00 pm a 10:00 pm.
- Universidad de Costa Rica. Oficina de Bienestar y Salud. Tel. 2511-6828.
- Fundación Rescatando Vidas. Teléfono 2273-0381.
- Fundación AMY. Sobrevivientes de Suicidio. Lunes a Sábado 7:00 am a 8:00 pm. Teléfono 4081-9326.
- Asociación Mar y Cielo: lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm. Tel. 8963-0644
- Mi Nueva Aurora. Teléfono de WhatsApp 8899-9625.

En Costa Rica existe atención en diferentes universidades públicas y privadas, también a través de la ACEPS (Asociación Costarricense de Estudio y Prevención del Suicidio). El problema es que no existe un número fácil de memorizar como el 911, los números son muy largos y una persona en riesgo a cometer suicidio no va a llamar a un número que ni siquiera contesta. En Estados Unidos tienen el 988 que es muy fácil de recordar. Además, la gente no llama porque tiene la creencia de que no podrá eliminar este estigma.

A continuación, se detallan los antecedentes nacionales, así como los internacionales para prevenir el suicidio. Este fue un proyecto de promoción de la salud por medio de sesiones tipo taller y charlas a través de un aporte multivariado en estas áreas de atención de promoción de la salud. La práctica dirigida de graduación según el reglamento de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE) en Costa Rica, consiste en la aplicación, por parte de la persona

estudiante, del conocimiento teórico de la especialidad en instituciones o empresas públicas o privadas que la Facultad respectiva apruebe. En este caso la población meta fueron personas entre los 12 y los 19 años de edad matriculados en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, en Puntarenas.

Se detalla un Cronograma de actividades o bitácora con talleres, charlas, horarios, personal presente, estudiantes participantes, recursos didácticos, posibles intervenciones con referencia a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y al Ministerio de Salud, incluyendo conclusiones para cada estudiante que intervenga según la psicóloga y las orientadoras de dicho liceo. Cada taller cuenta con un panfleto que fue repartido a cada asistente, así como un afiche que sirve para decorar la entrada a la oficina de la Lic. Alán y a la vez también decorar la biblioteca donde se llevaron a cabo todos los talleres (ver anexos). A la vez, se contó con un resumen en el marco teórico conceptual de las principales comorbilidades asociadas con el suicidio, depresión, ansiedad, ataques de pánico, diferentes trastornos de la personalidad, de acuerdo con el Manual DSM-V de la APA (American Psychiatric Association) Washington, DC, junio, 2013. En cada una de las posibles áreas de intervención y de los tratamientos psicoterapéuticos óptimos a brindar, se refiere al Ebais de Miramar o al departamento de Psicología de la CCSS y del Hospital Monseñor Sanabria Martínez, dependiendo del caso. Una síntesis de las actividades o competencias adquiridas a través de la evaluación de la psicología en estos ámbitos.

También desarrolla el impacto en las personas atendidas y en el rol interdisciplinario a través de charlas y talleres. Se detallaron los alcances de esta práctica

y la limitación encontrada, así como datos generales de la población atendida directamente por la sustentante durante estos meses y las discusiones con el equipo asesor. Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones para realizar actividades futuras.

- Justificación de la Propuesta:

Esta práctica se realizó en el Liceo de Miramar en el Cantón de Montes de Oro, Puntarenas, como respuesta a la necesidad de intervención psicológica para tratar el problema de la ideación suicida, así como la comorbilidad asociada, en esta zona, específicamente en adolescentes y personas adultas jóvenes entre los 12 y los 19 años.

Sólo hay una especialista en psicología en este liceo de más de mil estudiantes y sus familias, que debe atender en atención individual. La oficina no tiene espacio para poder atender a más de una persona a la vez y menos a un grupo de estudiantes. El EBAIS en Miramar, que ahora sí cuenta con una profesional en psicología. El Hospital Monseñor Sanabria cuenta con dos psiquiatras y una psicóloga, quienes atienden de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm. En la Clínica San Rafael en el centro de Puntarenas hay una psicóloga quien también trabaja de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm.

En esta institución se ha dado un caso de suicidio de un estudiante de décimo año, de 16 años, que ha impactado a la comunidad del liceo y a la población en general. No se pudo dar seguimiento debido a la falta de profesionales y personal entrenado en el campo de la psicología, o siquiera asistencia en prevención primaria. También tres

alumnas del Liceo han sido ingresadas en el Hospital de Salud Mental en Pavas y otras dos de décimo año estuvieron ingresadas en Psiquiatría del Hospital Monseñor Sanabria Martínez en Barranca de Puntarenas. Ellas no asisten a clases presenciales, sino que se les brinda las clases por internet y se les envían los trabajos que sus familias deben entregar luego al personal docente. La directora llevó a la primera en ambulancia al Hospital Monseñor Sanabria a 17 Km Este del plantel y la segunda por la madre de la estudiante en una ambulancia del 911. Varios estudiantes le han externado a sus compañeros o personal docente que quieren acabar con sus vidas. El estudiantado no sabe nada sobre el *bullying*, piensa que si alguien los toca o las toca es acoso. El profesor de matemática dijo que él no podía quedarse con una muchacha solos en el aula porque lo acusarían de pedofilia, el profesorado tenía miedo. Una sugerencia que se dio el 30 de mayo en la reunión formal con la directora, la psicóloga, las orientadoras y algunos docentes, en total 15, fue que tuvieran una actividad guardada para los otros estudiantes, para que trabajen en caso de que surja una situación de emergencia. Con esto, podrían llamar a la psicóloga u orientadora para que atiendan a la persona estudiante en caso de emergencia y con ello evitar que se haga un “alboroto” que es algo que los profesores y las profesoras no quieren; esto según el profesor de matemática.

Los datos generales de la población atendida directamente por la practicante durante estos meses, así como discusiones con la directora, la psicóloga, las orientadoras y el director del proyecto MSc. David Torres Fernández, junto con las conclusiones y recomendaciones para realizar actividades futuras, generan un proceso de

retroalimentación y de clarificación de dudas mediante las evaluaciones de los talleres y charlas donde la apertura y el contexto institucional lo puedan facilitar.

La función de la psicología es de vital importancia en la prevención del suicidio. Un metaanálisis realizado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y el CIBER de Salud Mental (CIBERSAM) en España y publicado por el General Hospital Psychiatry determinaron que 4 de cada 5 personas que han intentado suicidarse, una de ellas vuelve a repetirlo con éxito (Argota Álvarez, 2010).

Existen cursos sobre el abordaje del suicidio a través de la CCSS y otras instancias públicas y privadas. Por ejemplo, existe un curso impartido por la MSc. Adriana Maroto Vargas el cual va dirigido a estudiantes de Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud de la Universidad de Costa Rica (UCR) y del Programa de Educación Continua de la Escuela de Psicología de la misma universidad con la finalidad de ayudar a las comunidades en Santa María de Dota, a comprender y afrontar este fenómeno que se ha incrementado en los últimos años en Costa Rica, pre y post-pandemia Covid-19. Este programa ayuda a comprender la importancia de identificar a personas afectadas, así como a crear vínculos sociales comunales que ayuden a prevenir el suicidio. A través de estas intervenciones la comunidad de Santa María de Dota ha pasado de ocupar el primer lugar en tasa de suicidios al tercer lugar.

A la vez, la Escuela de Medicina de la UCR, en su programa de educación continua, ha estado también realizando cursos de actualización por parte de la Escuela de

Psicología, los cuales versan sobre emergencias psiquiátricas y suicidio. Los cursos están dirigidos al estudiantado de la carrera de Medicina de la UCR, así como a profesionales del ámbito de la salud en los hospitales de la CCSS.

CAPÍTULO 2:

MARCO DE

REFERENCIA

Capítulo 2: Marco de Referencia

Situación Problema:

El Cantón de Montes de Oro pertenece a la Provincia de Puntarenas, Costa Rica. El lugar tiene una población de alrededor de 15.000 personas, de éstas el 14% son jóvenes entre los 10 y los 19 años de edad según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Las principales actividades económicas son la ganadería y la agricultura. Muchas personas que son jefes de familia no residen en la zona por motivo de empleabilidad ya que no hay fuentes de empleo en este lugar, y visitan a sus familias durante los fines de semana. La Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con una clínica EBAIS en el centro de Miramar que desde el 1 de octubre cuenta con una psicóloga a tiempo completo, y en los distritos de San Isidro y La Unión con servicio de emergencias de lunes a domingo desde las 6 am hasta las 8 pm. La misión de estos Ebais es la de prevenir y promover la salud en general de los y las habitantes donde se ubican, pero no hay plazas de psicología en ninguno de estos otros distritos. Al presentarse una emergencia de salud mental, las personas deben de trasladarse al Hospital Monseñor Sanabria Martínez en Barranca de Puntarenas, que sí cuenta con servicio de psiquiatría e internamiento, pero hasta las 3 de la tarde. También son trasladados hasta el Hospital de Salud Mental en Pavas, que se ubica a unas 2 horas y 30 minutos de este nosocomio.

Es necesario que las instituciones como la CCSS y el Ministerio de Salud cuenten con un mayor número de psicólogos en esta área. En el continente americano, Argentina cuenta con alrededor de 222 psicoterapeutas por cada 100.000 habitantes y es el primer país del mundo con el mayor número de psicólogos. En Costa Rica hay 142 psicólogos por cada 100.000 habitantes y 12 psiquiatras. De éstos 142, la mayoría labora para instituciones públicas y en el ámbito privado en la capital San José o alrededores de la GAM (Gran Área Metropolitana) como Escazú, San Pedro y Santa Ana (Cordero Parra, 2024).

Antecedentes de Intervención

Hasta el momento no ha habido ninguna persona física que haya intervenido o brindado charlas específicas sobre este tema en cuestión en el Liceo de Miramar, Cantón de Montes de Oro, Puntarenas. Sin embargo, sí se ha entregado información con panfletos tipo Canva animadas por parte del MEP al colegio para conmemorar el día de prevención al suicidio, que corresponde el 10 de septiembre, así como también panfletos y charlas sobre el *bullying* después del suicidio del joven de décimo año, el 19 de marzo. A pesar de dichos esfuerzos, esto no ha desaparecido pues en recomendaciones a la psicóloga se le brindó una lista de 3 estudiantes que siguen recibiendo *bullying* por parte de sus compañeros y compañeras de estudio y de familiares directos.

El profesorado, el personal de orientación y docentes guía realizaron las listas de las personas estudiantes recipientes de los talleres y charlas según factores de riesgo

en ideación suicida y comorbilidades relacionadas al suicidio. El estudiantado elegido recibió un *Consentimiento Informado* que fue firmado por la madre, el padre o cuidador de la persona menor para que se realizaran las evaluaciones, talleres y charlas.

La biblioteca fue reservada para realizar los talleres los viernes a partir del 30 de mayo en adelante en el horario de 7:00 am a 3:00 pm. Cada uno de los talleres tuvo una ocupación máxima de 30 estudiantes. En octubre se trabajó de martes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm.

Antecedentes Institucionales

El Liceo de Miramar está localizado en el Cantón de Montes de Oro en la Provincia de Puntarenas, Costa Rica. Fue fundado en el año 1971. Cuenta con una población estudiantil de más de mil estudiantes quienes reciben también un título de International Baccalaureate, clases corrientes con algunas materias técnicas y al cual asisten en dos turnos: uno en la mañana y el otro en la tarde que termina a las 5:00 pm. Tienen docentes en todas las materias quienes son pagados por el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP), incluyendo la psicóloga del plantel. El colegio luce limpio, tienen campañas de reciclaje todas las semanas, huertas escolares y una soda donde venden refrescos y meriendas. El estudiantado recibe almuerzo y transporte a los diferentes distritos del cantón. Cuentan con dos equipos de voleibol colegial. El suicidio de este joven el 19 de marzo ha dejado consternada a la población de la institución, tanto al personal

docente como al estudiantado, así como familiares y miembros de la comunidad. Los docentes y las personas estudiantes aún no han podido procesar el duelo.

Antecedentes Nacionales

Según la Organización Panamericana de la Salud, “el suicidio es un acto letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como un instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social” (Maroto Vargas, 2014).

En Costa Rica del 2000 al 2020 se contabilizaron 6.638 muertes por suicidio de las cuales el 84% corresponde a hombres y el 16% a mujeres según datos del Ministerio de Salud de Costa Rica. En el año 2022, el 85% corresponde a hombres y el 15% a mujeres. En ese año 2020 la tasa de suicidios en Costa Rica fue de 6.9 por cada 100.000 habitantes (aunque no se establecieron muertes accidentales como atropellos o caídas como posibles suicidios), cifra menor que la media mundial que es de 9.26 por cada 100.000 habitantes. Del 2011 al 2021 se dio un promedio de 351 muertes por año. Costa Rica registra más intentos de suicidio en niños y jóvenes entre 10 y 19 años post-pandemia” (Maroto Vargas, 2014).

Costa Rica registra en el Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud (2023), 1.864 casos de suicidio, o sea una tasa de 35.1 por cada 100.000 habitantes o sea 531 personas perdieron su vida en este año debido al suicidio y se mantiene la constante donde

los jóvenes entre 10 y 19 años obtuvieron las tasas más altas. Del total de personas, 1.233 corresponde a mujeres con un 66.14% y 631 hombres o sea 33.85%. La información indica que estos dos últimos años se han suicidado más mujeres que hombres en edades de los 10 a los 35 años. En cuanto a cantones, la tasa de incidencia más alta se ubica en Montes de Oro en Puntarenas, seguido de Palmares de Alajuela (el cual muestra esta situación a lo largo del tiempo) y Jiménez de Cartago. El Semanario Universidad también informó que en el mes de abril de 2023 hubo 3.959 intentos de suicidio en todo el país, de los cuales el 68% fueron de mujeres y el 32% de hombres. Hay que estudiar también la incidencia en los servicios de salud y la problemática de tratamiento cuyos costos van en aumento. El cantón con la mayor tasa de incidencia de suicidio en el 2023 fue Palmares con 289 casos por cada 100.000 habitantes, la mayoría de ellos niños y jóvenes entre los 10 y 19 años de edad.

El intento de suicidio es el principal factor de riesgo del suicidio consumado y constituye una enorme carga social y económica debido a la utilización de servicios de salud para tratar las consecuentes lesiones, el impacto psicológico y social; además, en ocasiones, derivan de una discapacidad a largo plazo (Cordero Parra, 2024). De acuerdo con el Ministerio de Salud, los factores asociados con un mayor riesgo de intento de suicidio en la población, en particular en adolescentes, son un intento de suicidio previo, la presencia de enfermedades mentales o problemas de conducta, el sexo, la edad, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, sufrir violencia o abuso de familiares, compañeros, compañeras y amistades, dinámicas de funcionamiento familiar inadecuadas, impulsividad y falta de apoyo social.

Según datos de la OMS cada año más de 800.000 personas en el mundo pierden la vida como consecuencia del suicidio. La mayoría de estos fallecimientos (77%) se produjeron en países de ingreso económico bajo, mediano o de subsistencia. Además, existen indicios de que, por cada persona adulta que muere por suicidio, podría haber más de 20 que intentan suicidarse. Esta proporción difiere ampliamente según el país, la región, el sexo, la edad y el método. (Cordero Parra, 2024).

Desde el punto de vista personal se tienen 4 elementos centrales:

1. El suicidio es un acto deliberado; es decir que la persona lo realiza con plena conciencia.
2. En el acto existe una intención de acabar con la propia vida.
3. Esta decisión busca cambios en la vida de la persona.
4. Es un deseo por dejar de sufrir, de salvarse de situaciones insoportables (Maroto Vargas, 2016).

Considerado como una epidemia mundial, el suicidio afecta cada vez a más personas jóvenes, lo que lo convierte en una de las primeras causas de muerte entre la población cuyo rango de edad es de 25 a 29 años, seguidos de los 10 a los 19 años. Asimismo, existe una visualización de los trastornos mentales y elementos que contribuyen a este problema, por ejemplo la pobreza, la religión, la violencia intrafamiliar e incluso la imagen personal. No se ha demostrado que haya herencia genética, pero se ha visto que en muchos casos algún familiar ha cometido suicidio. Las ideas suicidas están sujetas a

pensamientos irracionales que fueron contruados en procesos existenciales. Hablar sobre el riesgo al suicidio ayuda a disminuir el riesgo. La persona con ideación suicida por lo general lo comunica tanto con mensajes no verbales, así como de forma verbal, por ejemplo: palabras, gestos o cambios conductuales.

Para lograr contrarrestar el suicidio se debe entender el entorno y la estructura social en la que la persona se desenvuelve; además, es necesario comprender que las tendencias asociadas a estos comportamientos no están necesariamente relacionadas a un solo factor, de acuerdo con especialistas (Camarillo, Brenda, 2022 y 2025). Ante una situación de posible suicidio es importante no obviar las señales de alarma o manifestaciones más o menos claras de la intención de la víctima. Tampoco se debe confiar en la remisión espontánea y, en ningún caso, se debe de restarle importancia al riesgo. Cuando alguien habla de suicidarse no es que está llamando la atención, está pidiendo ayuda ante una situación que no sabe cómo afrontar (ONU, 2022).

La creación de espacios seguros de escucha activa y apoyo medular, así como políticas y mecanismos interinstitucionales que apoyen y acompañen a los diversos sectores de la sociedad y grupos etarios en la prevención del suicidio, son otras medidas que ayudarían a prevenir el suicidio (Camarillo, Brenda, 2022 y 2025).

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre en todas las culturas. Las mayores diferencias se encuentran en la valoración y la reacción de la sociedad frente al mismo. En muchos países era honroso el suicidio como : Japón, China

y en algunos países europeos. En Costa Rica no sólo se suicidan costarricenses, sino personas de otras nacionalidades: Estados Unidos, Alemania, Canadá, Colombia, Francia, Nicaragua, Chile, China, Cuba, Honduras, Holanda, Italia, Kenia, México, El Salvador y Suiza. Los hombres extranjeros se suicidaron más que las mujeres. Ahora, más mujeres costarricenses que hombres se suicidan. Se han suicidado por ahorcamiento, envenenamiento, armas de fuego, precipitación, arma blanca, asfixia por inmersión, lanzamiento a vehículo, quemaduras, asfixia por sofocación y desangramiento. Factores como la pobreza, falta de vivienda, pérdida de soporte social incrementan el riesgo al suicidio. En algunos casos no pretenden quitarse la vida sino llamar la atención, establecer un “grito de ayuda”. El grupo etario de los 18 a los 34 años es aquel que tiene más preocupaciones relacionadas con la intimidad, la paternidad y la iniciación de una carrera u ocupación. Es un período de asentamiento y consolidación de las raíces y el avance. Los factores de riesgo de este grupo varían con respecto a los del grupo de 10 a 19 años. De los 18 a los 34 años se pasan por crisis debidas al rechazo de su pareja, relaciones extramaritales, separación, divorcio, embarazo no deseado, incapacidad para engendrar hijos, enfermedades de los hijos, incapacidades para manejar exigencias, dificultades académicas, desempeño deficiente en la carrera, dificultades financieras, pérdida de empleo, conflicto entre la profesión y los objetivos familiares, transición a la edad de 30 años. En el grupo de los 35 a los 50 años los factores de riesgo varían: generatividad contra estancamiento, adaptación a cambios fisiológicos, enfermedades crónicas, adaptación a cambios en los hijos, ocuparse de nuevas responsabilidades con padres ancianos, alejamiento de un hijo, enfermedad prolongada o muerte de los padres, retroceso en la profesión, conflictos en el trabajo, desempleo, preocupaciones financieras, cambios

relacionados con ascenso profesional, reexaminar las elecciones tempranas de la vida. En nuestra población de 12 a 19 años los factores de riesgo como antes se mencionó, son dificultades de aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros y compañeras, conflictos con los docentes, con los padres y madres sobre hábitos personales y falta de apoyo y contención, estilo de vida, cambios en la escuela y colegio, relaciones sexuales, embarazo no deseado, incesto en la familia, ingreso a la universidad, indecisión en la profesión, dificultades económicas, dificultades en el primer trabajo, fracaso en los estudios o deportes, problemas familiares, acoso y *cyberbullyng*, uso de drogas y la presión de los pares.

Las personas potencialmente suicidas estudian con anticipación todos los pormenores para realizar el acto, estudian la viabilidad del método, organizan la actividad, grado de preparación, construyen una nota, conjeturan hasta las posibilidades de abortar la maniobra, y, muchas veces, necesitan de sustancias como el alcohol o drogas para poder consumar el hecho (Castro Trejos, 2007).

Antecedentes Internacionales

Un estudio basado en evidencia revisa si el tamizaje previo a una intervención por suicidio es de importancia para determinar las posibilidades de validez del tratamiento (beneficios y no beneficios). El proceso incluye pruebas que evalúan los beneficios o daños del tratamiento en personas con riesgo a suicidio, ansiedad o depresión, comparados con la no utilización de este tipo de tamizaje. Se incluyen estudios de investigación con

instrumentos factibles en asentamientos de atención primaria. Para establecer beneficios y no beneficios se incluyen fármacos aprobados para uso pediátrico por la F.D.A. (Federal Drug Administration de los EUA) y otros estudios sobre tratamiento de suicidio y depresión donde se incluyen la psicoterapia cognitiva conductual. Para ansiedad se restringieron las intervenciones no farmacológicas a la terapia cognitiva conductual.

Trece subestudios al azar sugieren que la psicoterapia se encuentra asociada con la mejoría de síntomas según el Inventario de Depresión de Beck (BDI) o el BDI-II y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o de Burns así como el acompañamiento de la terapia cognitivo conductual con farmacoterapia, pues crean modificación de conductas para disminuir el riesgo al suicidio. Tenemos que realizar un tamizaje previo a la intervención para determinar si cumple los objetivos de disminución del riesgo en ideación suicida y en intento suicida.

Dentro de este mismo artículo se determina la condición de riesgo al suicidio viendo al suicidio como la muerte causada por conductas autoinfligidas o traumatismos que resultan en muerte. Las tentativas ocurren con mayor frecuencia que las muertes. Por su parte, la ideación suicida se refiere a pensamientos planeados y considerados para causar muerte. Las lesiones autoinfligidas podrían ocurrir con o sin intención suicida, pero todas deben de ser consideradas, ya que estas conductas pueden predecir la ideación suicida. La violencia de autolesión puede variar muchísimo y puede confundirse con una conducta no suicida, accidental. Las conductas pueden incluir suicidio, tentativas de suicidio, ideación suicida y autolesión deliberada. El suicidio presenta un arco iris de

comorbilidad asociada con sentimientos depresivos y ansiosos. En síntesis, al final del estudio, la TCC junto con tratamiento farmacológico da excelentes resultados en depresión, ansiedad e ideación suicida. No se dieron implicaciones acerca del uso o no uso de tamizajes. Los tamizajes se utilizaron básicamente para detectar posible ideación suicida, depresión y ansiedad; y así poder establecer una línea base par el tratamiento más adecuado (Visuwanathan, Meera et al., 2022).

En Canadá, el porcentaje de suicidio es el mismo que en Costa Rica. Se toman en cuenta las heridas causadas sin intención, especialmente caídas, accidentes por descuido y lesiones intencionales, cuyas cifras varían entre hombres y mujeres. A la vez, se ve este tipo de muerte como causal por la falta de estrategias provinciales adecuadas en áreas geográficas de alto riesgo de mortalidad; así como en segmentos de población económicamente vulnerables, lo que señala a las personas que viven en lugares con mucha mortalidad y con ingreso económico bajo.

Existen herramientas tecnológicas para que las personas puedan acceder a aplicaciones de ayuda en línea vía teléfono móvil; por ejemplo *apps* como iBobbly, Calm mobile app, y otras como Backup y Crisis Care para poder acceder a aplicaciones de ayuda en línea, el problema es que no hay aplicaciones en línea que sean gratuitas y en español (telepsiquiatría). El 99% están en inglés, asociadas a la APA y siguen recomendaciones detalladas según la OMS, 2021 y además son privadas. No hay ninguna que sea gratuita. Estas aplicaciones son seguras para que la persona usuaria cree un plan de seguridad digital, pues se les informa sobre posibles recursos comunitarios y se les guía en la toma de

decisiones. Los padres consideran que estas aplicaciones son una herramienta importante en el tratamiento y les brinda seguridad a sus hijos e hijas usándolos en la escuela y en el hogar durante una crisis. Sería importante crear una aplicación en español y gratuita, que las personas usuarias sepan que pueden utilizarla sin ser juzgadas y que pueden accederlas las 24 horas (Pinho, A.M, 2022).

Un dato para considerar es el coeficiente de interrelación entre el sueño y el suicidio. Dormir de 4 a 5 horas incrementa el riesgo al suicidio de un 75 a 80% y de 6 a 7 horas incrementa el riesgo al suicidio entre un 20 a 40% en adolescentes. En Estados Unidos el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes de 12 a 19 años. En Japón aquellos niños de 12 años que duermen menos horas presentan un riesgo al suicidio de 60% mientras que en mujeres el riesgo es el 90%. También en Estados Unidos, sentimientos de tristeza y desesperanza por dos semanas consecutivas y por lo menos una vez en los últimos 12 meses incrementa el riesgo al suicidio; el que las actividades personales dejen de ser importantes es una señal de ideación suicida. Aquellos niños y niñas de minoría negra y latina presentan un promedio de 50% mayor al suicidio que los blancos así como los muchachos que sufren de *bullying*, Quienes presentan diferencias sexuales (85%) y con perturbaciones del sueño (50%) así como con chicos y chicas con sobrepeso y sintomatología depresiva. Entre mayor las horas de sueño menor el porcentaje de suicidios. Es un creciente problema de salud en los E.U. Sin embargo, la etiología suicida entre adolescentes es multifacética y variada. La depresión es el indicador más fuerte para la ideación suicida en este estudio (Whitmore, Lyn, 2019).

Un estudio sobre el suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos en Nigeria menciona que el suicidio es la mayor causa de muerte entre adolescentes y jóvenes adultos en varias poblaciones, por lo que es necesario buscar ayuda activa. Este es un fenómeno multifacético que implica conflicto, presión social, estrés, competencia académica entre quienes no buscan ayuda entre las demás personas. Se debe tratar el estigma, la experimentación, el sentido de autonomía y la curiosidad que son características comunes. La razón por la cual adolescentes y personas adultas jóvenes se han adherido al suicidio es debido a la fase inicial de depresión, miedo, abuso, desesperanza y conflicto. En el mundo según la OMS se pierden casi un millón de vidas cada año por suicidio y entre adolescentes y personas adultas jóvenes 1 de cada 5 terminan con sus vidas. En África, especialmente, los problemas entre tribus y la pobreza económica han incrementado el abuso de sustancias, y la autculpa por la pobreza económica de las familias. La violencia en todo sentido, conflictos, desastres ambientales, pérdida y abuso son factores incuestionables en el continente. Entre estudiantes de nivel universitario están la desesperanza, la soledad, el conflicto, la depresión, la rabia, la presión social y el abuso de drogas. La exposición a factores estresantes conlleva a que adolescentes desarrollen síntomas depresivos, así como soledad, abatimiento, irritabilidad, autoestima negativa o baja autoestima, aburrimiento extremo, ansiedad y aprehensión, pérdida del apetito, fatiga y problemas de sueño. La evidencia sugiere que el estudiantado que busca ayuda del personal de salud mental está menos dispuesto a cometer suicidio (Chu, C., 2022).

Perspectiva teórica:

La suposición primaria de la teoría es que los pensamientos suicidas son resultado del incremento de niveles de agobio (sentimientos de ser una carga para otros) y de pertenencia frustrada (sentimientos de desconexión con el entorno). Segundo, los pensamientos suicidas se traducen en tentativas de suicidio cuando una persona le pierde el temor a la muerte y tiene una alta tolerancia al dolor físico. Estas dos son la capacidad para cometer suicidio. Las suposiciones anteriores son interacciones para la conducta suicida según (Chu, C. et al., 2017).

Para la OMS en Salud Mental, mayo del 2013 y 2014 los estados deberán estar obligados a la prevención del suicidio estableciendo metas especialmente en Nigeria, donde los jóvenes no saben cómo ni quién los puede ayudar. La búsqueda de ayuda es una forma de afrontamiento que se enfoca en otras personas, lo cual se basa en relaciones sociales y habilidades sociales personales. Existen dos formas en lo que esto se puede dar: formal o informal; informal son amistades; formal son centros de atención mental. El meollo aquí se encuentra en buscar o no buscar ayuda. En estudiantes de nivel universitario está la percepción de que el tratamiento no es necesario, falta de tiempo, preferencia por el automanejo y el estigma.

Las personas que sí buscaron ayuda desarrollaron una actitud más positiva hacia la vida. La recomendación que hace esta autoría, es que es tan valiosa la ayuda individual profesional como la ayuda que puede brindar la comunidad en que la persona joven se desenvuelve. Los signos de peligro son tanto verbales como no verbales. También hablan sobre los “*gatekeepers*” (personas que escuchan). La importancia de realizar

campañas en centros educativos (escuelas primarias, secundarias y universidades) para incrementar la salud mental de adolescentes y personas adultas jóvenes.

Uno de los mitos acerca del suicidio en adolescentes o intentos de suicidio es que ellos están tratando de llamar la atención o “lloran por ayuda”. Los niños, niñas y jóvenes que hablan o escriben acerca de suicidarse son tratados como personas dramáticas, obviamente ellos no lo hacen por esa razón, aunque las personas no profesionales en el área de salud mental lo consideren sólo una llamada de atención, siempre hay que prestar atención por lo que no se sabe si la persona va a llevar el suicidio a cabo y especialmente si la persona ha sido diagnosticada con alguna enfermedad como esquizofrenia o trastornos de la personalidad. Es muy importante responder a esas llamadas de auxilio y otros signos de una forma seria, es una situación que no puede tomarse a broma de ninguna manera. La gente piensa que porque son infantes no van a cometerlo, son sólo niños. A pesar de que estos niños y niñas tienen factores protectores, esto no es un indicador de que no lo vayan a hacer.

Algunos factores de riesgo para el suicidio son:

- Una pérdida reciente: la pérdida de un ser querido o amistad, incluso una mascota. La separación o divorcio de sus padres, o terminar con un novio o novia que los lleva a un duelo profundo. También ocurre cuando el padre o madre pierde su trabajo o si la familia pierde su casa.

- Un trastorno psiquiátrico, tal como depresión, un trauma o un desorden relacionado con estrés.
- Intentos de suicidio anteriores que incrementan el riesgo a consumir el suicidio.
- Trastornos causados por alcohol o el uso de drogas: enfrascarse en problemas causados por el uso de sustancias, problemas disciplinarios o meterse en conductas de alto riesgo.
- Dificultades en aceptar su orientación sexual en un ambiente no respetuoso o que no acepte la orientación sexual. El problema no es que la persona no sea heterosexual, sino que la comunidad no apoya a la población homosexual.
- Historial familiar de suicidio, así como violencia doméstica, incesto familiar, abuso infantil o negligencia.
- La falta de apoyo social: no se siente el apoyo de las personas adultas en su vida, ni de sus amistades. Lo anterior puede generar casos de aislamiento, tanto así que el suicidio es la única forma de salir de sus problemas.
- El *bullying* (acoso): es un factor de riesgo, pero también las personas acosadoras tienen un riesgo importante de conducta suicida.
- Acceso a medicamentos psicotrópicos o sustancias tóxicas y a armas de fuego.
- El estigma causado por la misma forma de búsqueda de ayuda: entre más la persona se sienta desesperanzada o sin ayuda, mayor probabilidad de hacerse daño y terminar con su vida. Similarmente, si se sienten con culpa

o vergüenza, o si sienten que a nadie les importa o tienen una baja autoestima (Kaslow, N. 2014).

Factores protectores:

Son todos los recursos personales o sociales que atenúan la probabilidad de un suicidio o disminuyen el riesgo suicida. Los factores protectores pueden deberse a características personales, al entorno familiar o a las características de los sistemas de apoyo social, así como el desarrollo y accesibilidad a los recursos mencionados (Guía Informativa y de apoyo psicosocial como recurso de actuación ante el suicidio del Ministerio de Salud de Costa Rica, Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Norte, 2023).

INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES
Autoestima saludable	Vínculos fortalecidos y perdurables	Estrategias de promoción de la salud mental
Destreza en habilidades de comunicación	Habilidades de comunicación y apertura en la expresión emocional	Acceso al servicio de salud e integración al sistema educativo
Destreza en habilidades de resolución alternativa de conflictos	Apoyo y union	Atención efectiva para trastornos mentales, físicos y del uso de sustancias

Espiritualidad fortalecida	Interés y reconocimiento	Redes de apoyo fortalecidas y sensibles
Sentido de vida	Acceso restringido a productos y/o artículos letales como armas de fuego y medicamentos	Espacio de ocio y recreación

Entre los factores protectores se pueden considerar:

- Buenas habilidades para la resolución de problemas: infancias que ven el problema y que poseen una forma efectiva para resolverlos en una forma no violenta.
- Conexiones fuertes con la familia, amistades, personas en su vecindario, en su comunidad: personas que se sienten amadas, importantes y apoyadas cuando se sienten mal.
- Acceso restringido a armas de fuego, sustancias tóxicas y medicamentos peligrosos.
- Creencias religiosas o culturales que ven el suicidio no factible y que fundamentan el apoyo para la autopreservación personal.
- Acceso fácil a intervenciones clínicas apropiadas, que pueden ser psicoterapia individual, grupal, terapia familiar o medicación si se indica.

- Intervenciones clínicas apropiadas mentales, físicas en abuso de sustancias o drogadicción.

Entonces, ¿qué piensa alguien si su hijo se encuentra en el grupo de riesgo al suicidio?

Hay cambios en la personalidad, en las conductas que podrían no estar conectadas con el suicidio. Cuando una persona adolescente se siente triste, sin ganas de hacer nada, más irritable, ansiosa, cansada o apática, y cosas que antes le parecían divertidas pero ahora no, se debe prestar atención pues son señales de alerta. Los cambios en los patrones de sueño o en los hábitos alimenticios pueden también ser banderas rojas. Actuar de forma errática o aturdida son también señales de preocupación. Si una persona adolescente empieza a hacer juicios pobres o empiezan a autolesionarse o a lesionar a otras personas, tal como acosar o pelear, esto puede indicar que se está llegando a una espiral fuera de control.

Finalmente, si un niño o niña habla de muerte, se debe poner una atención seria. Frases como “preferiría estar muerto (a)”, “yo sólo quiero desaparecer”, “tal vez pueda lanzarme del edificio”, “tal vez debería dispararme”, “todo estaría mejor si yo no estuviera alrededor”. Cuando uno escucha este tipo de frases, es importante tomarlas muy en serio, a pesar de que se piense que no se dice en serio. En Estados Unidos se encuentra la línea 988 para conectarse con una Línea de Crisis que es totalmente gratuita. También puede estar presente: el trastorno de atención y de hiperactividad, ansiedad, autismo, problemas

de conducta, trastornos depresivos y emocionales, problemas de disfunción familiar, problemas de aprendizaje, redes sociales y tecnología inadecuadas (Kaslow, 2014).

Me gustaría también mencionar “The Jason Foundation”. Jason era un adolescente ejemplar, deportista, atractivo, inteligente con excelentes grados escolares, y de repente la madre entra a su dormitorio a buscarlo para que vaya a la escuela y él se ha suicidado. Tenía los recursos económicos, apoyo familiar, ir a la universidad, pero era sujeto al *bullying* por ser guapo, inteligente y buen deportista. Los padres han formado *The Jason Foundation*, donde se dan charlas por todo Estados Unidos para prevenir el suicidio en adolescentes.

Contextualización Institucional:

El Liceo de Miramar está localizado a 21 km al Noreste de Puntarenas centro con vistas hacia el Océano Pacífico. El clima es caliente todo el año y llueve mucho. Se ve muy limpio con bastante flora. Hay lugares que se encuentran a mayor altura de Miramar donde la temperatura baja hasta 5 grados. Subiendo al Norte se puede llegar a San Ramón de Alajuela. El Liceo cuenta con una biblioteca, un gimnasio que es muy utilizado también por grupos de la comunidad. Tienen equipos de voleibol excelentes. Es un colegio público que pertenece al Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP) localizado a un lado del Cementerio de la localidad, en el centro de la ciudad. Muchos y muchas estudiantes viajan de otros lugares aledaños a Miramar como son San Isidro y La Unión de Montes de Oro.

Misión: “Formar individuos responsables, productivos, críticos, creativos, dispuestos a aprender, tendientes al ejercicio de los valores y principios universales, respetuosos de la diversidad y que transformen cotidianamente de manera positiva, la sociedad, participando de la construcción de un futuro mejor y más pacífico”.

Visión: “Brindar un servicio educativo de excelencia que tome en consideración al ser humano integralmente; de manera que promueva un individuo responsable, proactivo, indagador, informado e instruido, pensante, comunicador, íntegro, de mentalidad abierta, solidario, audaz, equilibrado, reflexivo, tolerante y que influya en la sociedad para hacerla más equitativa, solidaria y justa”.

El colegio cuenta con transporte , becas de estudio, servicio de comedor y una soda donde venden batidos y frutas. Cada estudiante, después de almorzar, debe lavar el plato, los cubiertos y el vaso, y colocarlos en sus lugares respectivos. Cuenta con un equipo de administración y de orientación que está pendiente del estudiantado y sus familias.

Personal: 42 docentes de todas las materias, 3 orientadoras, 4 docentes guía, una directora y una psicóloga además del personal administrativo, cocina y de seguridad. Nadie entra o sale del colegio si no pasa por los controles de seguridad firmando una bitácora con el nombre, cédula, hora, a quién visita, firma y hora de salida.

Recursos: Como es público, pertenece al MEP y los salarios son pagados por el MEP. El estudiantado recibe clases especiales de inglés y francés especialmente en el Programa de Bachillerato Internacional (International Baccalaureate) así como la adecuación del Programa Nacional y de Adecuación Curricular para jóvenes con necesidades especiales. Tienen un equipo de porrismo. El laboratorio de cómputo está supuestamente en la biblioteca pero no tiene computadoras para que la comunidad estudiantil haga uso de ellas y de la internet. La contextualización en este ámbito educativo significa adaptar los contenidos educativos a la realidad ecológica y cultural del estudiantado.

La institución cuenta con rampas especiales para estudiantes con limitaciones físicas. El ámbito institucional centra su actuar en algunos espacios de asistencia institucional, así como en otros contextos organizativos que proveen servicios sociales y donde se definen acciones afirmativas para restablecer los derechos a poblaciones con altos niveles de fragilidad social, demarcados por sus condiciones socioenómicas, relaciones interpersonales, comunicación y el estilo de gestión. La intención es crear un sentido de pertenencia y dirección entre sus miembros y comunicar su misión al mundo exterior por medio de sus páginas y del Facebook. Para Jean Piaget, el contexto institucional es el conjunto de condiciones y acciones de la institución que influyen en el proceso educativo.

Marco Teórico Conceptual:

Psicología de la Salud

Según la OMS en 1948, *salud* es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o discapacidad. La *psicología de la salud* es una especialidad de la psicología que se enfoca en aplicar los conocimientos profesionales y psicosociales que influyen en la biología humana para poder cubrir las necesidades individuales y de los grupos sociales con su entorno y así lograr una deseable calidad de vida.

¿Qué es la Psicología de la Salud? Es la rama de la psicología que estudia los procesos psicológicos implicados en la salud y la enfermedad. Interviene en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y mejora de la calidad de vida. Surge como necesidad de superar la visión médica exclusivamente biológica en la presencia de enfermedad física. De aquí se destaca que un 80% de los padecimientos físicos son producidos por dificultades en el manejo del estrés.

Según la Política Nacional de Salud Mental 2024-2025, promoción de entornos protectores consiste en crear espacios inclusivos que fomenten el respeto a la diversidad y la protección de los derechos humanos. La colaboración interseccional es para fomentar el trabajo conjunto entre distintas instituciones y sectores para abordar la salud mental de manera integral. Prevención del suicidio, por su parte, es para implementar estrategias con un enfoque humano y sensible para reducir las tasas de suicidio en el país.

Es necesario migrar del modelo biomédico, ya que limita el diagnóstico de la enfermedad a anormalidades bioquímicas. Se produce un sesgo de información causado

por pacientes y el galeno. También ignora la influencia de situaciones vitales en la salud de las personas (jubilación y cardiopatías). El cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas causadas por factores múltiples (psicológicos, sociales, culturales y medioambientales) que requieren un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos. La salud física no puede entenderse sin los factores psicológicos, hecho que da origen a la medicina psicosomática (las emociones afectan al cuerpo físico). La medicina comportamental se aplica para modificar hábitos perjudiciales y fomentar conductas saludables: *biofeedback*, refuerzos, desensibilización sistemática y autoobservación. La psicología clínica aplicada al contexto hospitalario posiciona al profesional en psicología como parte del equipo de salud interdisciplinario (1970). El costo elevado de los cuidados de salud. Mayor énfasis en la calidad de vida.

Estrés:

Es una respuesta natural del cuerpo ante una situación desafiante o amenazante. Puede ser positivo (eustrés) o negativo (distrés). Afecta el cuerpo, la mente y las emociones. Durante las crisis, las defensas de una persona se encuentran bajas y la angustia emocional es alta, por lo que las crisis presentan una oportunidad para que, a través de cambios cognitivos conductuales, se instauren cambios beneficiosos y habilidades en la persona, para que pueda afrontar los estresores en forma efectiva.

Algunas recomendaciones son:

- Reconocer los signos físicos y emocionales del estrés.
- Identificar fuentes comunes de estrés en el trabajo docente y educativo.
- Explorar estrategias prácticas para el manejo del estrés.
- Fomentar el autocuidado como herramienta de resiliencia.

Hay diferentes tipos de estrés, entre los que se encuentran:

- Estrés agudo: corto plazo, situaciones puntuales.
- Estrés crónico: prolongado, constante.
- Eustrés: motivador, mejora el rendimiento.
- Distrés: abrumador, afecta negativamente la salud.

Asimismo, los síntomas de estrés varían en cada caso y se pueden manifestar de la siguiente manera:

- Físicos: dolor de cabeza, fatiga, insomnio.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, tristeza.
- Conductuales: cambios en el apetito, aislamiento.

Por otro lado, las causas del estrés docente pueden ser: sobrecarga de trabajo y tiempo limitado, problemas de disciplina en el aula, exigencias administrativas y falta de apoyo institucional.

Para una autoevaluación del estrés, se puede reflexionar sobre los niveles actuales de estrés y utilizar la hoja de trabajo para identificar síntomas y causas personales. Existen varias técnicas de manejo del estrés docente:

- Respiración consciente y pausas activas.
- Planificación y establecimiento de límites con sus educandos. Actividades de relajación: música, ejercicio físico y escritura.
- Autocuidado docente:
 - Bienestar físico: descanso, alimentación nutritiva, movimiento.
 - Bienestar emocional: hablar con colegas, pedir ayuda.
 - Bienestar mental: meditación, pasatiempos, técnicas de respiración profunda, límites tecnológicos en el aula.

Para elaborar un plan personal de autocuidado se pueden definir 3 acciones pequeñas para el bienestar durante la semana. Escribirlas en una hoja de trabajo y comprometerse a realizarlas.

Suicidio

En el suicidio se deben valorar las amenazas de conducta, las autolesiones y gesticulaciones. El suicidio potencial se refiere al grado de probabilidades que las personas tienen de producirse daño o presentar tentativas inmediatas o futuras de suicidarse. El impulso suicida y las conductas constituyen una respuesta de la persona cuyos mecanismos

de afrontamiento han fracasado. La mayor parte son personas que están desesperadas y sienten mucha vergüenza. Si una persona ha atentado contra su vida, debe ser evaluada inmediatamente y sobrepasar una entrevista clínica. Se debe evaluar médicamente y también ver qué está pasando en su vida para que haya llegado a atentar contra su vida y sobre su conducta suicida.

Evaluación del suicidio:

1. Evaluar la ideación suicida:
 - A. Preguntar directamente si hay pensamientos de suicidio.
 - B. Valorar si los pensamientos son continuos o intermitentes con respecto a una situación dada.
 - C. Conocer si tienen un plan; si es así, qué tan extensivo es el plan.
 - D. Averiguar la letalidad definida del método
 - E. Cuestionar si hay acceso a este método
2. Tentativa de suicidio: Referentes generales y no específicos para la población:
 - A. Referencia inmediata para una evaluación médica
 - B. Método, lugar, colaborador, rescatista, número de tentativas
 - C. Minuciosidad del plan y su implementación
 - D. Existencia de signos de discapacidad o lesión física
 - E. Nivel de tratamiento requerido
3. Factores de riesgo:
 - A. Inatención e historia

- B. Gestos recientes, atentados previos
 - C. Comunicación directa o indirecta del intento
 - D. Extensión del plan
 - E. Letalidad del método
 - F. Acceso al método
 - G. Historial familiar de conducta suicida
4. Estadística:
- A. Edad: adolescencia, personas adultas jóvenes, adultos y adultas mayores están en mayor riesgo.
 - B. Sexo: más en masculino que en femenino por letalidad del evento, pero las mujeres cometen más tentativas. En Costa Rica, en los últimos años, ha habido mayor cantidad de mujeres que han presentando mayor intentos de suicidio.
 - C. Homosexuales: estresantes sociales o muy poco apoyo social
 - D. Apoyo social: falta de sistema de apoyo
 - E. Trabajo: desempleados, cambio de estado, de actuación
 - F. Funcionamiento emocional: pérdida de un ser querido reciente o aniversario
 - G. Habilidades de afrontamiento (Johnson, Sharon, 2004).

Ideación Suicida y estrés relacional:

Se sugiere que los eventos estresantes en la vida tales como pensamientos intrusivos, hiperexcitación fisiológica, evitación conductual cognitiva (síntomas relacionados con estrés), pueden incrementar el pensamiento de cometer suicidio. Los

modelos de vulnerabilidad cognitiva se han identificado como rumiación con cambios negativos de humor como una respuesta desadaptativa que puede incrementar el riesgo a la conducta suicida, a la vez relacionado con depresión. Se realizó un estudio en el cual participaron 1.376 jóvenes, 78% mujeres quienes completaron un estudio de síntomas relacionados con el estrés, como rumiación, síntomas depresivos e ideación suicida. El suicidio es un acto deliberado de autolesión y es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años. La ideación suicida es uno de los mejores predictores del suicidio. Las vulnerabilidades cognitivas han fomentado pensamientos cognitivos y conductas que interactúan con eventos estresantes las que llevan a una crisis suicida.

El estrés es un conjunto de eventos de la vida de una persona, estos están consistentemente identificados como un factor de riesgo para conducta suicida o precedan un atentado suicida. Son diversos factores biológicos y psicológicos, o una combinación de eventos en la vida que ponen al individuo en riesgo. También el eje hipotálamo-pituitaria-glándula adrenal (HPA) ha sido identificado como un biomarcador para el riesgo al suicidio; sin embargo, no se conocen muy bien los mecanismos que pueden incrementar este riesgo. El estrés son cambios en el estado de ánimo, falta de motivación, concentración, eventos ansiosos y ataques de pánico. También conlleva fatiga, dolor en el pecho, problemas de memoria, cambios en el deseo sexual, sensación abrumadora, malestar estomacal, malhumor o ira. Es un estado de preocupación real o imaginaria, o de tensión mental generada por una situación difícil que la persona no sabe cómo afrontar. Existe el estrés agudo, que se produce a raíz de exigencias

que se imponen las personas a sí mismas o a los demás. Tiende a aparecer ante un momento excitante, un conflicto, una situación complicada y casos similares. También hay dolores musculares (cabeza y zona lumbar), afecciones digestivas (diarrea, náuseas, estreñimiento, dolor abdominal); alteraciones como taquicardia, presión sanguínea alta o baja, sudoración, temblores. En muchos casos la persona siente que se está muriendo, especialmente durante los ataques de pánico.

El estrés crónico causa un desgaste físico y mental. También está el estrés episódico, que es una angustia continua y una sensación de descontrol sobre la exigencia impuesta. Es fundamental conocer los factores de riesgo. Hay agentes psicológicos como: timidez, que causan descontrol debido a la presión; influencia personal, que se refiere a la manera de exteriorizar las situaciones y digerirlas; y adaptación a nuevas situaciones, alteraciones inesperadas, como un traslado, y sucesos dramáticos inevitables, como la muerte o enfermedad de un ser querido o de un amigo.

Es muy importante estudiar la rumiación: estar constantemente pensando en lo ocurrido o lo que está pasando (pensamientos intrusivos) lo cual puede conllevar a sintomatología depresiva, donde la persona cree que no está apta para nada, que la situación va a empeorar, o generar sentimientos de minusvalía que incrementan los síntomas depresivos y, por lo tanto, mayor riesgo de ideación suicida. Se presentó una escala tipo Likert (RSQ) de Nolen-Hoeksema y otros de 1999) de 5 ítems para valorar cómo la persona está procesando pasivamente el humor negativo a través de la perseveración y la preocupación de un pensamiento que haya ocurrido recientemente.

La escala presenta una confiabilidad alfa de 0.85 y de reflexión alfa de 0.76. También se les pasa el Inventario de Depresión de Beck (21 ítems: Escala tipo Likert) para estudiar la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos que incluyen tristeza, falta de motivación, aislamiento social, sentimientos de minusvalía y cambios en el patrón de sueño y de comida en las dos últimas semanas con una consistencia interna de alfa 0.89. Luego se pasó un cuestionario de 4 ítems (SBQ-R); Linehan y Nielsen, 1981) para evaluar el riesgo a la conducta suicida, en donde se preguntó acerca de la ideación suicida y las posibles tentativas de suicidio.

Los análisis de Chi cuadradas y Pruebas T se usaron para examinar las diferencias de género; con Anova en una sola dirección se examinaron las diferencias raciales. El análisis de correlación se usó para examinar la relación bivariada y un análisis multivariado con modelos de regresión lineal para probar la hipótesis de la rumiación y los síntomas depresivos que explican la relación relacional de los síntomas de estrés y la ideación suicida ajustada por edad. De acuerdo con recomendaciones de Preacher y Hayes (2008), para probar los efectos directos e indirectos de la relación entre la variable independiente y la variable externa (ideación suicida), de las personas participantes que fueron examinadas en este estudio, donde el 2% de los participantes reportó un largo historial de ideación suicida y 20% reportó un largo historial de ideación suicida durante el último año. Las mujeres reportaron niveles muy altos de ideación suicida en comparación con hombres de la misma edad y escolaridad (11.27% mujeres y 8.73% hombres) y con un total de 22% de ideación suicida con respecto a 16% en hombres. Lo que es más importante, la correlación de Pearson demostró una relación positiva entre la ideación suicida y los

síntomas relacionados con el estrés ($r = .24, p < .01$); entre la ideación suicida y los síntomas depresivos ($r = .43, p < .01$); de ideación suicida y reflexión ($r = .17, p < .01$) entre ideación suicida y asentamiento ($r = .27, p < .01$).

Conclusiones:

Se demuestra que hay una evidencia entre factores estresantes de la vida e ideación suicida o suicidio consumado. Los síntomas relacionados con estrés incrementan el riesgo de pensamientos suicidas y conductas suicidas. Las mujeres reportaron más síntomas relacionados con el estrés, síntomas depresivos e ideación suicida que los hombres. A mayor situación estresante mayor frecuencia de ideación suicida (Nock et.al., 2000; Wang et.al., 2012). Específicamente, los eventos estresantes podrían impactar el riesgo a la conducta suicida debido a sintomatología relacionada con el estrés. La presencia de eventos traumáticos estresantes ha demostrado que no tienen nada que ver con el género. Los estudios sugieren que entre las mujeres, los síntomas relacionados con el estrés podrían aumentar la ideación suicida y también incrementar los síntomas depresivos mientras que en los hombres estos síntomas relacionados con el estrés pueden incrementar la sintomatología depresiva pero no por rumiación. (Grover et.al., 2009) han encontrado que las habilidades para resolver problemas moderan los eventos estresantes de la vida pero no el estrés crónico y las tentativas de suicidio.

Por supuesto con limitaciones, al usarse una población no clínica hay una extensa variabilidad entre estos factores con la población clínica, en la cual hay más probabilidad

de que la ideación suicida esté más relacionada con eventos estresantes de la vida y la comorbilidad depresiva. En resumen, esta información podría servir para informar y crear maneras de intervención para reducir el riesgo al suicidio y a la ideación suicida si se estudia el pensamiento rumiativo de una persona que sufre de depresión especialmente entre las mujeres jóvenes (Polanco Román, 2017).

Adolescencia

(Krausskoft, Dina, 1994) citada por Paula María Quesada González en su tesis “La adolescencia como etapa de desarrollo” de la Unibe, 2009, la adolescencia plantea un período de la vida donde, con mayor intensidad que en otros, se aprecia la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles. Es un período crucial en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron durante su crecimiento, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse su proyecto de vida.

Es una época de oportunidades y riesgos, lamentablemente algunas personas jóvenes se comprometen en conductas que cierran sus opciones y limitan sus posibilidades. También es una etapa en la que pasan por una serie de cambios a nivel físico, psicológico, cognitivo, social y pues están aún en desarrollo sus hemisferios cerebrales, especialmente la corteza cerebral y prefrontal (desempeño de las funciones ejecutivas:

atención, memoria, concentración, planificación, organización, y dirigir el comportamiento para alcanzar metas como la memoria de trabajo y el control inhibitorio, y la flexibilidad cognitiva); estos cambios van a repercutir muchas veces en forma negativa. Las características sexuales secundarias se refieren a modificaciones corporales asociadas a la identidad sexual, crecimiento esquelético con aumento de pigmentación en distintas partes del cuerpo y glándulas sudoríparas.

Otro de los aspectos es la búsqueda de autonomía, lo cual implica adquirir nuevas orientaciones de conducta que vayan sustentando su proyecto de vida. La búsqueda de esta autonomía implica asumir una independencia que represente y dirija la persona adolescente a roles y metas congruentes con sus habilidades y que estén al alcance, en consideración de sus posibilidades ambientales. Con esto se busca la continuidad y bienestar psicosocial e identidad infantil a partir de nuevos impulsos, capacidades y posibilidades. Nuevamente, cabe mencionar que en la adolescencia aún no se ha desarrollado la corteza prefrontal, donde se encuentran las funciones ejecutivas: memoria, atención, discernimiento, concentración, planificación, organización, toma de decisiones y regulación de la conducta en contraste con el sistema límbico, por lo que la población adolescente toma mayores riesgos conductuales. Esta corteza prefrontal se desarrolla inclusive pasados los 25 años.

La identidad se forma en la medida en que las personas jóvenes resuelvan tres tareas: la elección de una ocupación, la adopción de valores y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (citado por Quesada, María Paula de Papalia, Wendkos y Dustin, 2005).

Cuando la población de jóvenes tiene problemas para establecer una identidad ocupacional, sus oportunidades están limitadas, aumenta el riesgo de involucramiento en conductas negativas o disfuncionales (pp. 21).

La necesidad de experiencia es fruto del desarrollo y la maduración, que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades “vicarias” (televisión, conversación, películas, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables como alcohol, drogas, actividades riesgosas recurrentes debido a la falta de control inhibitorio.

Suicidio en Adolescentes:

Según la OMS el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años y actualmente entre la población entre los 10 y 29 años. Muchos de los casos se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones, los problemas financieros, rupturas amorosas, el acoso escolar y también el acoso cibernético, enfermedades crónicas o pérdida de un ser querido. Además, las experiencias ligadas a conflictos, violencia, abusos físicos y emocionales y sensación de aislamiento. También personas con diferente orientación sexual (OMS, 2019).

La ONU propone una nomenclatura que clasifica el suicidio en dos grandes categorías:

- 1 Los pensamientos y conductas de riesgo: los comportamientos de riesgo inmediato (deportes extremos) y los comportamientos de riesgo remoto (fumar).
- 2 Pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio: ideación suicida y conductas relacionadas con el suicidio.

La prevención del suicidio no se ha abordado de manera correcta por la falta de sensibilización como problema de salud pública principal y al tabú existente en la sociedad. El estigma que crea, particularmente relacionado con los trastornos mentales, provoca que las personas no busquen ayuda y, por lo tanto, no se les pueda tratar.

Medidas para prevenir el suicidio según la OMS (2019) pueden ser:

- Restricción del acceso a los medios (armas de fuego, pastillas, venenos o plaguicidas).
- Información responsable por parte de los medios de comunicación.
- Intervenciones escolares.
- Identificación temprana, tratamiento y atención a personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.
- Capacitación de personal sanitario y docente en la detección y gestión de conductas suicidas.

El seguimiento de la atención a los que intentaron suicidarse es de vital

importancia.

Los principales factores de riesgo suicida son: antecedentes familiares e intentos previos, trastornos mentales, consumo de alcohol u otras drogas o sustancias, enfermedades crónicas e incapacitantes, situación social y familiar frágil, y determinadas características sociodemográficas (OMS, 2019).

Factores de Riesgo

Existen factores sociales y factores conductuales:

1. Abuso de drogas u otro tipo de sustancias como el alcohol o vapeo.
2. Cambio en el desenvolvimiento académico.
3. Pérdida reciente de un objeto amado o inminente.
4. Embarazo no deseado.
5. Homosexualidad (estresores o falta de apoyo social familiar, comunitario).
6. Huir de casa.
7. Tentativas de suicidio previas o historial familiar de suicidio.
8. Furia intensa.
9. Preocupación por la muerte violenta de otra persona.
10. Impulsividad.
11. Problemas de aprendizaje.
12. Habilidades de afrontamiento inefectivas.

13. Falta de recursos y sentimientos de alienación.
14. Desesperanza, depresión.
15. Conductas de alto riesgo (jugar en medio del tráfico, conducción temeraria, etc.).
16. Pérdida del sistema de apoyo.
17. Mudarse recientemente o cambio de escuela.
18. Pérdida del estatus familiar (un miembro de la familia se va, o es removido de la casa, cambio en el nivel económico de la familia por pérdida de recursos económicos).
19. Sentirse anónimo y no importante.
20. Actividades grupales asociadas con muerte.

Cuando se afectan los adolescentes, los síntomas de depresión no son indicativos directos como cuando se evalúan personas adultas. En jóvenes se da una depresión muchas veces enmascarada y que se puede clasificar en dos tipos:

1. **Clásica:** quejas somáticas toman el lugar del criterio de depresión. Entre las quejas somáticas tenemos: dolores de cabeza, dolor de espalda y dolor de estómago.
2. **Conductual:** se evidencian por conductas delictivas, tales como abuso de drogas, promiscuidad y robo. Estas acciones se convierten en formas excitantes para expresar la depresión. También empiezan a encontrar aburridas la escuela, las amistades y la familia por lo que se alejan. El uso de sustancias podría ser una forma de afrontar el estrés emocional, la falta de identidad y el aburrimiento. A

nivel general, los hombres tienden a ver el mundo aburrido y sin arraigo. Los hombres tienden a ser más agresivos en su entorno.

Foco de tratamiento y objetivos:

El tipo de intervenciones están basadas en los esfuerzos para solucionar problemas y proveer un ambiente seguro para la persona en riesgo de suicidio.

Algunas opciones de tratamiento son:

1. Terapia y manejo externo: utilizado cuando el riesgo al suicidio es bajo, la crisis precipitante no está presente, hay un sistema adecuado de apoyo, y la persona recibe un posible contacto terapéutico si lo necesita o si no son capaces de afrontarlo.

2. Hospitalización: utilizado si la persona está en alto riesgo de suicidio, no tiene un apoyo social adecuado, posee poco control de impulsos, está intoxicada o psicótica. Para beneficio de la persona, se busca inicialmente o se busca el curso menos restrictivo de una admisión voluntaria. Si hay un alto componente al suicidio se requiere una administración no voluntaria, la cual requiere de una evaluación extensiva en la facilidad a la cual la persona es llevada.

3. Técnicas:

A. Aliviar la soledad de la persona. Se recomienda que permanezca con familiares o

amistades.

- B. Remover armas de fuego u otros objetos peligrosos para la persona y el ambiente.
Tratar el abuso de drogas (si corresponde).
- C. Apoyar el desarrollo y utilización de un sistema de apoyo, o el reestablecimiento de su sistema de apoyo.
- D. Facilitar la expresión apropiada de ira u otros sentimientos que puedan estar contribuyendo a impulsos autodestructivos.
- E. Validar la experiencia de crisis de la persona, pero también su ambivalencia y el hecho de que el suicidio es una solución permanente a un problema temporal.
- F. Referir a evaluación farmacológica asegurándose de que el médico sepa de la conducta suicida o ideación suicida de la persona.
- G. Educar a la persona en referencia sobre cómo la falta de sueño afecta negativamente las habilidades de afrontamiento.
- H. Identificar creencias irracionales y negativas. Ayudar a la persona a reconocer que la auto-conversación negativa contribuye a mantener el estado de desesperanza.
- I. Facilitar la identificación de alternativas a las dificultades que se pueden estar experimentando.
- J. No se deben expresar gesticulaciones de horror verbal o no verbal tales como “eso no es nada”, “no te preocupes”, “todo pasará”.
- K. No enfatizar cuánto han molestado a terceras personas. Si la persona adolescente no quiere hablar, hay que manejar su silencio y esperar. Tratar de que cuente pero hacerlo de una manera empática.
- L. No ofrecer discursos psicológicos o morales del suicidio cuando se les atiende.

- M. Explorar con la persona qué espera obtener del suicidio.
- N. Identificar problemas vivenciales que han contribuido al estado emocional de la persona.
- O. Discutir sobre el hecho de que el suicidio es una solución permanente y que no le va a aliviar sus problemas actuales.
- P. Revisar recursos y relaciones (familiares, amistades, médico familiar, clerical, empleador, policía, equipos de intervención de emergencia, terapeutas, grupos comunitarios de apoyo, personas facilitadoras de los 12 Pasos (Narcóticos Anónimos (NA) y Alcohólicos Anónimos (AA) y servicios de emergencia hospitalaria psiquiátrica.
- Q. Tranquilizar y apoyar.
- R.. Facilitar la solución de problemas y habilidades de afrontamiento
- S. Facilitar el programa de desarrollo de autocuidado:
 - a. Estructura diaria
 - b. Inclusión de actividades placenteras como pasatiempos, manualidades, actividades artísticas, deportivas y comunitarias.
- T. Recursos y sistema de apoyo (incluye terapia y regulación farmacológica).
- U. Identificar situaciones potenciales de crisis y elección de habilidades de afrontamiento.
- V. Identificar signos de alarma (automonitoreo) que indiquen que la persona no está utilizando su plan de autocuidado, tiene dificultades con los medicamentos, etc. La persona que toma medicamentos no debe tomar mucha agua con ellos, ya que se diluye el efecto de los medicamentos.

W. Recomendar seguir un plan de ejercicios aeróbicos y de alimentación nutritiva.

El suicidio no comienza con gestos de autodestrucción. Empieza con sentimientos de soledad, desesperanza, problemas de sueño, disminución de las habilidades de afrontamiento y otros síntomas relacionados al cambio, pérdida o control de impulsos. Por supuesto, aislamiento social. Algunos signos de advertencia que sirven para levantar una bandera roja potencial de que hay una crisis inminente que pueden ser:

- Un sentimiento general de que las cosas no van bien.
- Un vistazo negativo penetrante.
- Pensamientos de que la vida no vale la pena y que no pueden manejar las actividades diarias.
- Negación: creencia de que no se tiene control sobre sus vidas.
- Tendencia a la descompensación como resultado de no poder lidiar con lo que experimentan.
- Tentativas de ayudar a otros sin tener en cuenta o ignorando sus propias necesidades. Se enfrascan con los problemas de las demás personas y no toman en cuenta los suyos propios.
- Defensividad: toma la posición de que a ellos les está yendo bien y no necesitan ayuda ni recursos ni medicamentos.
- Una conducta que la persona ha cambiado debido a su rol negativo emocionalmente y que empieza a florecer. Tal vez al mirar fotografías o escuchar música que la haga sentir entristecida, leer una vieja carta de amor, conversaciones con otras personas sobre hechos o personas de su pasado, etc.

- Enfoque en la negatividad. La persona se enfoca en la vista más que en la visión positiva de las cosas, lo que incrementa los sentimientos de desesperanza.
- Conductas impulsivas. La persona empieza a tomar decisiones rápidas y participa en conductas de alto riesgo. Las decisiones son tomadas bajo estrés y sin pensar sus consecuencias.
- Soledad y retiro social continuo. La persona da excusas y evade socializar y utilizar otros recursos.
- Comienzan a aparecer síntomas físicos, tales como problemas alimenticios, disturbios del sueño, fatiga, dolor de cabeza, problemas estomacales, y otros.
- La persona no mantiene su rutina diaria, encontrando muy difícil realizar las actividades que solía realizar.
- Desesperanza. La persona siente que nada mejorará, que todo es un caos en su vida, y que ésta no vale la pena vivirla.
- La persona está usualmente confundida e irritada. Esta poca tolerancia a la frustración afecta todas las áreas de su vida. Rompe con relaciones y asociaciones. La persona se aleja de su sistema de apoyo.
- No tiene energía para participar o puede creer que nada hace la diferencia.
- Cada nivel está disminuido. La persona no hace casi nada o nada, pasa su tiempo soñando despierta, y no completa sus tareas.
- Falta de sueño o patrones pobres de sueño que empiezan a impactar negativamente en su habilidad para afrontar sus tareas.
- La depresión empieza a ser más severa en intensidad y cronicidad, como resultado, la calidad de vida y las relaciones son afectadas en forma significativa.

- La persona empieza a perder sesiones terapéuticas. El autocuidado y el tratamiento tienen una prioridad baja.
- La persona expresa una insatisfacción con la vida y está inmersa en una perspectiva negativa de todas las cosas que suceden alrededor de ellas.
- La persona toma el rol de víctima lo que fomenta la falta de ayuda y la desesperanza.
- Se tienen pensamientos de muerte o deseos de muerte. Realmente no quieren quitarse la vida pero sí escapar al dolor y ven la muerte como una forma de no sentir dolor.
- La persona redacta una carta o testamento, regala las cosas o da un adiós emocional.
- La persona parece estar mejorando después de un episodio depresivo, lo cual le da suficiente energía para atentar al suicidio.
- Las personas se sienten agotadas e incapaces de afrontar las situaciones de su vida. No pueden resolver los problemas situacionales que usualmente ejecutaban con poca dificultad.
- Los pensamientos de suicidio empiezan a demostrar patrones de conductas autodestructivas.
- *Bullying* o acoso. *Cyberbullying* o acoso cibernético (Polanco Román, Lilliam et al., 2017).

Peligrosidad:

El papel o rol del profesional en salud mental es el de evaluar el potencial de violencia, prevenir el daño y proveer el cuidado necesario para quienes actúan en forma violenta o al borde de perder el control. La conducta inminentemente violenta es la lesión causada por otra persona.

En Costa Rica se creó el Decreto Ejecutivo No. 41287 para un abordaje integral del comportamiento suicida 2016-2021. El decreto define una estrategia país mediante la propuesta de cuatro ejes de intervención, como lo menciona Camila Casanova en su tesis de grado (UNIBE, 2019, pp. 11 y 12). El primer eje es el biológico haciendo referencia al desarrollo de investigaciones en materia de abordaje integral del comportamiento suicida con el fin de promover el desarrollo de decisiones para prevenir la ideación suicida y el suicidio. El segundo eje involucra el ambiente, estrategias interinstitucionales e interseccionales para la promoción de ambientes saludables en el ámbito comunitario por medio de acciones que fortalezcan los factores protectores de salud mental. El tercer eje de sistemas y servicios de salud propone desarrollar un abordaje integral a personas con comportamiento suicida y sobrevivientes de suicidio mediante el mejoramiento y ampliación de la cobertura nacional y la disponibilidad de los servicios de atención. El cuarto es el fortalecimiento institucional, que propone robustecer el ejercicio de la rectoría del sistema nacional de salud mediante el abordaje integral del comportamiento suicida (La Gaceta, 2019).

La violencia por sí misma no es un trastorno de diagnóstico mental o enfermedad, pero sí el síntoma de un desorden escondido y problemas con el control de impulsos. Es muy importante no obviar los signos de violencia potencial. En su lugar, denota una situación de crisis que requiere el control efectivo antes de que se efectúen intervenciones más extensivas.

Depresión:

En el mundo se calcula según la OMS unos 300 millones de personas que sufren de depresión, sin contar las personas que no reciben ningún tipo de tratamiento pues lo consideran un estigma social o no tienen posibilidad de recibir diagnóstico ni tratamiento por la falta de recursos económicos y el sistema de salud deficiente. Lo anterior sucede especialmente en sociedades “machistas”, donde se considera que los hombres tienen que ser fuertes, no pueden llorar ni manifestar sus sentimientos de forma abierta. Hay gran cantidad de casos sin atender y sub-clínicos que causan gran pérdida en vidas humanas.

La depresión es un trastorno o desorden del estado de ánimo marcado por cómo se siente una persona, cómo piensa y cómo lleva a cabo sus actividades diarias. De acuerdo con el DSM-V la depresión mayor en niños, adolescentes y adultos se caracteriza por la persistencia al menos en las últimas semanas, de sentimientos (de leves a severos) de tristeza o pérdida de interés o placer en actividades cotidianas que usualmente causaban placer. Asimismo, la persona presenta irritabilidad, pobre concentración y quejas

somáticas, tales como deficiencia para conciliar el sueño, poca energía y cambios en el apetito como se ha descrito anteriormente. La condición es una de una de las principales causas de padecimiento en el mundo y se calcula que alrededor del 15% de la población mundial alguna vez la ha padecido. No es solamente un sentimiento de tristeza, es un trastorno mental que tiene un grupo de síntomas que requieren intervención psicoterapéutica.

Para que una persona sea clasificada como depresiva debe de presentar al menos 5 de los siguientes síntomas:

- 1 Un estado anímico depresivo que dure por varias horas al día casi todos los días de la semana.
- 2 Pérdida de interés y placer en las actividades cotidianas, inclusive entretenimientos agradables.
- 3 Pérdida de peso no intencional del 5% o más.
- 4 Dificultad en conciliar el sueño o dormir más de la cuenta.
- 5 Sensación de cansancio o de no poder realizar las actividades diarias
- 6 Pérdida de energía y fatiga.
- 7 Sentimientos de culpa excesiva o inapropiada y rumiación acerca de la percepción de errores.
- 8 Problemas en pensar claramente y en la toma de decisiones o encontrar muy difícil la concentración.
- 9 Pensamientos de muerte, suicidio o ideación suicida.

La misma autora (Sharon Johnson) dice que todas las personas tienen sus propios esquemas de creencias acerca de quiénes son y cómo deben actuar. Las personas que tienen un buen esquema de sí mismas son quienes piensan que no son perfectas, pero que son básicamente buenas personas. Las personas con depresión tienen un esquema negativo de sí mismas, se autoculpan, se autocensuran y se critican, como por ejemplo se dicen que no son buenas para nada, que no van a llegar a ninguna parte en esta vida, “todo el mundo me deja y estaré solo (a) por el resto de mi vida”.

Beck pensaba que eventos difíciles durante la niñez llevan a tener un esquema negativo de la persona hacia sí misma. Si una infancia recibe *bullying* durante mucho tiempo, tal vez llegue a crecer pensando que todo el mundo la odia. Una pobre autoimagen hace a una persona vulnerable a la depresión. Un esquema negativo de la persona por sí misma la lleva a no poder apreciar los logros ni disfrutar las relaciones, porque se piensa que no se merecen. A pesar de que las cosas marchen bien, no se puede confiar en otras personas. Existen ejercicios para completar y así darse cuenta de los esquemas personales: se debe escribir lo primero que venga a la mente. También está el Test de Oraciones Incompletas (TOI).

Si una persona piensa todo en negativo, entonces es muy difícil establecer metas para cambiar los pensamientos. Se debe trabajar honestamente. Este autoesquema negativo va aparejado con errores lógicos que mantienen a las personas atrapadas en un círculo o estado mental no saludable, conocido como “distorsiones cognitivas”, dentro de las cuales se encuentran:

1. Pensamiento blanco y negro. Cuando una persona está deprimida pierde el sentido de que la vida no es perfecta ni terrible. Se juzga a las personas como “buenas” o “malas”, inclusive a sí misma. Es un pensamiento polarizado y patrón que no permite distinguir los “entre”.
2. Generalizar. Se piensa que si algo salió mal, todo va a estar saliendo mal. Si una presentación no sale bien y el jefe nos dice que hay que esforzarse la próxima vez, pues las personas con adecuado autoesquema se van a sentir mal, pero van a mejorar la presentación la próxima vez. Por el contrario, las personas con depresión van a pensar que nada les va a salir bien de ahora en adelante.
3. La falacia del cambio. La mayoría de las personas se sienten culpables de vez en cuando y también tratan de que las demás personas cambien. Sin embargo, las personas que sufren de depresión creen que sus vidas van a estar mejor si todas las demás personas acceden a sus propias demandas. Por ejemplo, un esposo se va a sentir mejor en su matrimonio solo si su esposa se matricula en un gimnasio y pierde peso.
4. Premiar la falacia. La vida no es justa y esto hace resentir cuando las cosas no salen como se quiere. Las personas con depresión creen que, si ellos hacen todo en forma adecuada y tratan a las demás personas apropiadamente, serán recompensadas. Pero ese pensamiento puede generar un montón de decepciones.
5. Razonamiento emocional. Cuando se está bajo una emoción intensa, el razonamiento lógico se va de las manos, y se tiende a sentir con temor o enojo, por consiguiente, un sentimiento de malestar. Una persona depresiva si tiene una cita amorosa, pensará que irá mal y al final ni siquiera se presentará a la cita.
6. “Podría”. Las personas con depresión usan este verbo muchas veces lo cual las

encierra en un estado de autocrítica y depresión.

7. Personalización. Cuando una persona asume algo, asume ella misma la causa sin siquiera tener la evidencia. Por ejemplo, la pareja de una persona no obtuvo una promoción, entonces la persona piensa que, si hubiera sido más condescendiente y menos estresante, le hubieran dado esa promoción a su pareja. “Soy una persona terrible”. Es el pensamiento de que no puede hacer nada bien y que todo es su culpa.

8. Catastrofización o explotar fuera de proporción ante cualquier cosa. Se les da más peso del que se debería dar a una situación. Es hacer montañas de un vaso de agua e imaginar los peores escenarios en segundos.

9. Filtración. Sucede cuando la persona se enfoca en un detalle displacentero e ignora la totalidad del cuadro.

10. Culpar a otra persona. La persona asume que las demás personas tienen el poder de hacerlas sentir bien, lo cual es una falacia. Si alguien la insulta por algo es normal sentirse mal por un tiempo, pero las personas con depresión se alteran más y lo convierten en un estado emocional en que sienten que pierden su poder.

11. Leer las mentes. Asumir que se puede leer las mentes de los demás puede conducir a la depresión. Por ejemplo, cuando alguien no respondió al correo, tal vez será porque ya no la quiere. La persona se siente incompetente, y piensa que la están evadiendo, no la quieren, no les interesa. Las personas depresivas asumen rápidamente que todo el mundo está pensando lo peor de ellas, cuando en realidad, las personas tienen sus rutinas diarias y no están pensando siempre en sí mismas o en hacerle daño a los demás.

Otra técnica que ayuda a las personas con depresión es la reestructuración cognitiva (TREC), la cual consta de tres pasos hacia un pensamiento más realista:

1. Identificar un pensamiento poco cooperativo. Los pensamientos son automáticos, es muy difícil notarlos. Se pueden usar las emociones para señalar que esos pensamientos producen ansiedad. Se debe de anotar qué pensamiento hubo antes de la sensación de ansiedad y si se puede anotar un número de 1 a 10, donde 1 es casi nada y 10 es alarmante. Estos pensamientos son cortos, específicos, y son vistos como totalmente creíbles. Pero si se mira más de cerca, se dará cuenta de que estos sentimientos ansiosos no le siguen a pensamientos lógicos, tienden a tener vida en sí, y son vistos como totalmente creíbles. Se deben de escribir y, si aparecen mucho, simplemente se pone una marca para después contabilizarlas. Se puede preguntar: ¿Eres muy duro (a) hacia ti mismo (a)?

Pesando la evidencia. ¿Qué le diría a otra persona en su caso? Si no estuviera deprimida, cómo miraría la situación?, ¿cómo se sentiría una persona si no estuviese ansiosa o deprimida?, ¿hay alguna evidencia objetiva de que el pensamiento es verdadero? Se puede hacer una lista con 4 columnas: *Pensamiento – evidencia de este pensamiento – evidencia contra este pensamiento – una forma más prudente de pensar acerca de esta situación en particular.* Un ejemplo, podría ser el de que cuando una persona está en una relación con otra persona y le dice que lo dejen porque no hay química entre ambas. Otro ejemplo podría ser:

Pensamiento: “Estaré solo para el resto de mi vida, a nadie le gusto”.

Evidencia de este pensamiento: “Si terminó conmigo es porque no quiere estar conmigo”.

Evidencia contra este pensamiento: “He tenido citas en el pasado. Esto significa que les gusta mi compañía”. “La mayoría de las personas tiene relaciones previas antes de tener una duradera”. La mayoría de las personas “no terminan solos para siempre”. No todas las personas serán una pareja perfecta para mí y esto es para todas las personas”. Otras formas que ayudan a centrar la situación pueden ser: “Estoy desilusionado/a de que esta relación no haya podido ser, pero hay otras personas más para tener citas”. “Tengo tiempo para recuperarme y después tratar de conocer a otras personas”.

Un pensamiento más racional: “No estoy en una relación, pero eso no significa que vaya a estar solo para siempre”. “Estoy un poco solo/a ahorita, pero sé que le gusto a algunas personas”. Trataré de encontrar la mejor pareja en un futuro. Se recomienda escribir cómo se siente al tener este tipo de pensamiento.

Otra herramienta es la Activación Conductual, en la que se incluyen ejercicios como: planear actividades positivas, hacer un esfuerzo a realizar actividades. Por ejemplo, mirar una película, hacer una lista, pues cabe recalcar hacer estas actividades, puede empezar por 3 días a la semana, 20 minutos, y no sentirse culpable de realizar cosas para el bienestar propio o de premiarse. Se recomienda registrar cómo se siente antes y después de realizar la actividad y elegir actividades que se dirijan hacia la persona que se quiere ser, las metas y valores. Aunque haya sabotadores, se debe tratar de todos modos. Si definitivamente no se puede, se debe buscar ayuda terapéutica profesional.

Depresión, resolución de problemas y empoderamiento.

Uno de los principales problemas es la toma de decisiones. Pero se puede mejorar ya que estas metas a veces se sienten inalcanzables cuando el estado de ánimo se encuentra bajo. A continuación se presentan 8 pasos para solucionar problemas:

1. Tratar de establecer metas
2. Lluvia de ideas.
3. Pesar los *contra* y los *pro* (Tipo FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Actividades).
4. Elegir la mejor solución.
5. Establecer un plan.
6. Ejecutarlo.
7. Evaluar los resultados.
8. Premiarse por los logros aunque sean mínimos (Johnson, Sharon, 2004).

Ansiedad:

El DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) reconoce siete diferentes tipos de desórdenes tales como: el desorden de ansiedad generalizada (GAD), desorden de ansiedad social, desorden de pánico, agorafobia (miedo a salir y estar en multitud o espacios cerrados con gente), fobias específicas, desorden de separación

ansiosa y mutismo selectivo. Fueron eliminadas el Desorden de Estrés Post-traumático y el Desorden Obsesivo Compulsivo (TOC).

Las características centrales de los desórdenes ansiosos incluyen también la ansiedad como tal, miedo, angustia emocional, rituales de autoderrota, problemas cognitivo conductuales, síntomas angustiosos físicos evocados por la angustia intensa, y tensión física como sudoraciones, dolor de estómago, diarrea, dificultad para respirar, taquicardia, confusión, problemas del sueño, falta de apetito o comer demasiado, sentirse fuera de control y experimentar dificultades de afrontamiento efectivo.

Para tratar la ansiedad, se debe:

1. Evaluar la necesidad de referenciar a la persona a medicación (si se requiere).
2. Identificar la fuente de ansiedad y miedos.
3. Mejorar las habilidades de afrontamiento.
4. Mejorar las habilidades de solución de problemas.
5. Mejorar las habilidades de autocuidado.
6. Mejorar los sentimientos de autocontrol.
7. Mejorar las actividades de comunicación asertiva.
8. Reestructuración cognitiva.
9. Mejorar la autoestima.
10. Mejorar las habilidades para manejo del estrés.
11. Educación familiar.
12. Educar para posibles efectos secundarios de la medicación (Johnson, Sharon,

2004).

El Trastorno de ansiedad se caracteriza por sensaciones de malestar mental, como aprehensión (preocupación acerca de futuras desgracias o eventos catastróficos y miedo a lo desconocido, nerviosismo), y fisiológicas, como (palpitaciones, sudoración, miedo o terror repentino, ganas de salir corriendo, sensaciones de ahogo, miedo a estar muriendo, presión alta, trastornos gastrointestinales, tensión psicomotora, inquietud, no poder relajarse, temblores) y actividades sobreautonómicas (como se sufre en los ataques de pánico). Las mujeres sufren más que los hombres en un 34%. Quienes la padecen son personas que tienen agentes estresores que sobrepasan sus capacidades de manejo del estrés o miedo a estar muriendo. Las radiografías y los electroencefalogramas aparecen normales. De un 3 a un 5% de la población mundial sufrirá de un ataque de pánico en su vida.

Estos síntomas ansiosos pueden o no incluir fobias tales como la agarofobia (miedo a espacios abiertos), miedo a espacios cerrados, a las alturas, fobia al sexo opuesto, a la sangre, a ciertas situaciones sociales; es un temor intenso que aumenta la actividad autonómica y conductas de evitación al evento que causa temor por la situación. La edad de asentamiento es difícil de especificar y cerca de un tercio busca tratamiento psiquiátrico. Debido a la comorbilidad, el curso y pronóstico son difíciles de predecir y estos eventos pueden estar presentes durante toda la vida de las personas.

Los ataques de ansiedad generalizada y los ataques de pánico son desórdenes mentales discapacitantes. El tratamiento es requerido debido a molestias significativas y debe conllevar la eliminación o disminución en la frecuencia e intensidad de los ataques. También, en el tratamiento de la ansiedad anticipatoria y las fobias, se busca lograr una remisión total o a un adecuado funcionamiento orgánico y social.

Establecer una alianza terapéutica, en donde se pone atención a las preocupaciones de las personas pacientes, es esencial en el tratamiento para lograr un adecuado reconocimiento de las fases que provocan la ansiedad. La psicoeducación también es importante para que las personas pacientes comprendan el trastorno y su tratamiento, así como los efectos secundarios de los medicamentos. Asimismo, se requiere una evaluación psiquiátrica por medio de evaluaciones (historial clínico previo, uso de sustancias, historial personal y eventos traumáticos, historial familiar y social, medicamentos, padecimientos o enfermedades, examen mental, examen físico, pruebas diagnósticas de rayos X y ECG para establecer el diagnóstico. Deberá chequearse la presencia de fobias y otros posibles trastornos mentales, proceder con evaluación de la seguridad de la persona paciente, como el riesgo al suicidio, ya que se ha detectado un aumento de ideación suicida o depresión, en otros ambientes como la escuela, el colegio, la familia, relaciones sociales y actividades de ocio.

Otra información para considerar son los factores protectores como razones para vivir y condiciones adecuadas. Los ataques de pánico y la ansiedad ocurren también junto con trastornos bipolares o disociativos, trastornos de la personalidad: evasivos,

obsesivo compulsivos y dependientes. También muestran inestabilidad e impulsividad, personalidad límite y personalidad antisocial e histriónica. Se ha determinado en estudios epidemiológicos que la comorbilidad asociada con el desorden de pánico produce depresión, relacionada con ideación suicida, problemas familiares y de interacción social, uso de medicamentos psicoactivos y abuso de sustancias como alcohol, anfetaminas y otras sustancias ilegales. (Documento tomado de la APA para ser utilizado por terapeutas y promover la disseminación y el uso de esta guía).

Tratamiento y objetivos:

Pacientes con intensificación de ansiedad, insomnio, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas se pueden beneficiar con este tipo de medicamentos psicotrópicos. Si se da también comorbilidad con depresión, se debe enviar al médico la información para evaluar los sentimientos de ansiedad y miedo se debe:

- A. Validar la experiencia emocional de la persona.
- B. Identificar los factores que contribuyen a la ansiedad.
- C. Factores problemáticos que contribuyen a la ansiedad.
 - 1. ¿Cuál es el problema?
 - 2. Lluvia de ideas para poder lidiar con el problema, si está bajo control de la persona.
 - 3. Tomar una decisión y seguirla. Contar con un plan de contingencia.

4. Si está fuera del control de la persona, tratar de que la persona lo pueda dejar ir.
- D. Explorar métodos en conjunto para el manejo de la ansiedad:
1. Técnicas de relajación incluyendo respiración profunda tipo Jacobsen en 4-7 y 8 tiempos o en 4-4-4.
 2. Distraerse con actividades placenteras.
 3. Hacer ejercicio físico.
 4. Autoconversación positiva.
- E. Asesorar la medicación por posibles efectos secundarios y adversos.
- F. Educar acerca de signos de ansiedad profunda y técnicas para interrumpir el avance de la ansiedad o de los síntomas. Explorar también la etiología fisiológica de exacerbación de la ansiedad.
- G. Miedo:
- Terapia de Autocontrol de Rehm (1977)
- Terapia de Solución de Problemas y Terapia de Entrenamiento en actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales.
- H. Ataques de pánico.
- Ataques de pánico con agorafobia.
- Trastornos de la Personalidad.
- Terapia Cognitivo Conductual (extendida)
- Trastorno Afectivo Bipolar: Se calcula que hay unas 60 millones de personas en el mundo que sufren de este trastorno. Factores genéticos (Johnson, Sharon, 2004).

Intervención en crisis

El objetivo de la intervención en crisis es brindar ayuda de manera inmediata a las personas que están en crisis con el fin de disminuir su sintomatología y proporcionar estrategias de afrontamiento. Se divide en cinco fases: contacto y acercamiento, examinación de las dimensiones del problema, análisis de las posibles soluciones, ejecución de la acción concreta y seguimiento. La persona que cumple el rol de ayuda tiene que estar capacitada (Casanova, C. Tesis UNIBE, 2019). La crisis se considera como un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por desorganización y confusión, causado por un evento traumático inesperado que es vivido como una amenaza y resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar la situación.

El objetivo de la intervención en crisis es ayudar a estabilizar las reacciones cognitivas, fisiológicas, emocionales y conductuales de la persona afectada, así como disminuir la aflicción y desorganización causadas por el evento. Por otro lado, es importante brindar información sobre lo sucedido, asistir a la persona y determinar cuáles son sus necesidades inmediatas, ayudar a interpretar las emociones y buscar los recursos de apoyo (Casanova, Camila, 2019, pp.15). Los comportamientos durante la crisis son desorganizados, van desde la aflicción hasta la angustia, y hay un intento por reestablecer el significado de la existencia. El impacto de los eventos que causan las crisis depende de cada persona y sus factores de vulnerabilidad y resolución de problemas.

Existen diferentes reacciones, entre ellas las cognitivas, emocionales (shock), conductuales (impulsividad, evitación, aislamiento); las físicas y fisiológicas (trastornos del sueño, presión en el pecho, trastornos del apetito, mareos); las interpersonales (desconfianza, culpabilización, retraimiento social); y las psicológicas y psicopatológicas (rigidez cognitiva y falta de apoyo familiar y social). (Casanova, C., 2019, pp. 17-18).

Para arrancar con una intervención, se pueden seguir las etapas que se mencionan a continuación:

1. Contacto y acercamiento (Slaikeu, 1996): la tarea es invitar a la persona a hablar, escuchar y sintetizar los hechos. Escuchar cómo la persona en crisis visualiza la crisis y reducir la intensidad de las reacciones emocionales. También es importante reactivar las capacidades de resolución de problemas. Es importante utilizar el contacto físico solo si la persona lo autoriza. Pero siempre brindarle seguridad en medio de esa situación alarmante.

2. Examinar las dimensiones del problema, evaluando las dimensiones del problema en el pasado, presente y futuro inmediato, así como las necesidades inmediatas y necesidades posteriores.

3. Analizar las posibles soluciones identificando las posibles soluciones a esas necesidades y proponer nuevas alternativas.

4. Ayudar a la persona a ejecutar alguna acción para manejar la crisis. Plantear soluciones inmediatas para satisfacer las necesidades e indagar sobre el riesgo de mortalidad.

5. Seguimiento. Determinar si se lograron o no las metas y darle seguimiento (Slaikeu, 1996) mencionado por Casanova Camila, 2019. También se debe evaluar la conducta junto con los pasatiempos, ejercicio, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas. Entre los aspectos a los que se les debe dar seguimiento está el eje afectivo (sentimientos y emociones como ansiedad, depresión, ira o felicidad) para indagar si la persona se expresa o se reprime y si son adecuados para su vida; el eje somático (funcionamiento físico general y salud, estado de relajación o tensión); eje interpersonal (relaciones con amigos, vecinos, familia y compañeros de estudio), donde también se revisan las fortalezas y dificultades en sus vínculos, la resolución de conflictos y modo interpersonal básico; eje cognoscitivo (imágenes mentales del pasado y futuro, propósito de vida, creencias religiosas, alucinaciones, delirios, racionalizaciones, actitud general hacia la vida) donde se da lugar a la adaptación y mitigación del daño psicológico.

La persona profesional en psicología es quien facilita que el individuo busque la recuperación emocional en su proceso, ya que el apoyo emocional promueve espacios de catarsis donde se expresa lo vivido y así la persona interventora observa los síntomas y reacciones para referir a la persona a algún centro de salud mental para que reciba una atención oportuna, con el fin de que disminuyan los síntomas. Se trata de que la persona pueda recuperar la confianza en su capacidad para salir adelante y le encuentren el lado positivo al sentido de la vida a pesar del evento traumático (Casanova, Camila, 2019, pp. 3-32).

Cada tratamiento es diferente, pero suele constituirse por uno o varios de los siguientes componentes:

- Proceso Terapéutico: Adherencia al tratamiento para evitar recaídas y, por ende, un tratamiento efectivo del paciente.
- Farmacoterapia: Si el paciente lo requiere el psiquiatra determinará el medicamento que la persona puede tomar. La adherencia al tratamiento es muy importante.
- Redes de apoyo: La familia como red de apoyo el cual tiene como objetivo lograr el estado óptimo de la persona.

¿Cómo actuar cuando una persona está en riesgo?:

- Mostrar interés y apoyo: buscar un espacio que permita conversar con la persona de forma privada, segura y confidencial. Se inicia la conversación expresando interés.
- Preocupación: “He notado ciertas conductas y cambios en ti que me llamaron la atención y me han preocupado.....”. (“Guía Informativa y de apoyo psicosocial como recurso de actuación ante el suicidio”, Ministerio de Salud, Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Norte, 2024).
- Hacer las preguntas correctas evaluando el riesgo. Se recomienda hacer preguntas de forma gradual, desde las más generales hacia otras específicas sobre suicidio. No emitir juicios descalificadores, hay que considerar que puede ser manipulación y que la persona no es capaz de hacerse daño,

- No dar importancia a la situación, burlarse o agredir, usar tono de interrogación.

1. Considerar que el motivo de dolor de la persona es absurdo. Hacer preguntas generales sobre su estado mental, cómo se ha sentido, la esperanza y el futuro. Antes de continuar con las preguntas no olvidar que es un mito pensar que hablar sobre el suicidio puede detonar la ideación o el acto en una persona. Lo que sí no se debe hacer es mostrar videos sobre hechos consumados de suicidio. Esto puede dar una pauta para que la persona se suicide.

Preguntas posibles:

¿Estás pasando por alguna situación o tienes algún problema o dificultad? (personal, familiar, en la escuela, con compañeros, amigos).

¿Cómo te imaginas que las cosas van a estar en el futuro?

¿Has deseado estar muerto (a) o poder dormirte y no despertar?

¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? La persona ha pensado pero no con qué o cómo.

¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? Aquí la persona ha pensado en al menos un método.

¿Has tenido estas ideas y en cierto grado tienes la intención de llevarlas a cabo?

Preguntas posibles para identificar ideas suicidas activas:

¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan? La persona explica detalles y cierta intención de llevar a cabo este plan.

¿Tiene a mano medicamentos, un arma, ha regalado cosas de valor, ha escrito un testamento o carta de suicidio?

Primeros Auxilios (Psicológicos - Contención Emocional) PAP's.

Los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's se definen como una herramienta de apoyo práctica pensada en acompañar a aquellas personas que se encuentran experimentando eventos estresantes o traumáticos. Los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's no son acerca del diagnóstico o tratamiento de condiciones mentales sino son una serie de habilidades y principios que cualquier persona puede aprender y usar para proveer el apoyo inmediato y dar apoyo a la persona que se encuentra pasando por un mal momento. Están basados en el concepto de resiliencia humana para reducir los síntomas iniciales de estrés y promover reacciones de afrontamiento y recuperación. (Hobfoll, E.S. et al., 2007).

APOYAR - CONTACTAR – REFERIR (Premisas principales de los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's). Se debe mantener la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda. Esto puede indicar un riesgo de suicidio bajo, medio o alto y tomar decisiones respecto a los siguientes pasos. De todas maneras, debe de ponerse en contacto con redes de apoyo familiar, social y de salud y derivar a las instancias correspondientes (área de orientación en el sistema educativo o medicina o al centro de salud más cercano). En este caso el Hospital Monseñor Sanabria.

Tomado de la Guía informativa y de apoyo psicosocial como recurso de actuación ante el suicidio del Ministerio de Salud, 2024

El principal objetivo de estos PAP's es el de establecer un ambiente de:

- Seguridad: que la persona se sienta segura de no sufrir daño físico y que satisfaga las necesidades básicas y que tenga alimentación, agua y refugio.
- Calma y tranquilidad: ayudando a que la persona se sienta más tranquila y protegida y proveer apoyo emocional sin presión de hablar al respecto.
- Conectividad: facilitar conexiones con sistemas de apoyo social, como la familia, amistades, recursos comunales, si los hubiera (en Miramar no existe) y hospitalarios.
- Auto empoderamiento y esperanza: hacerle reconocer las fortalezas y habilidades de la persona y llevarlos a tomar un rol activo en su propia recuperación mientras se instila un sentido de esperanza en el futuro.

Principios claves y acciones:

Se basa en el principio del modelo de: *“Mira, escucha y conecta”*.

- Mirar: observar la situación e identificar quién puede estar en necesidad de ayuda. Poner atención a las personas que se encuentran en situaciones estresantes, están visualmente heridas o tienen necesidades básicas urgentes. También el identificar cualquier riesgo potencial.
- Escuchar: realizar un contacto respetuoso con quienes están en necesidad. Escuchar sus preocupaciones sin juzgar y proveer una presencia calmante. Es importante no presionar a las personas a hablar o contar sus historias si no están listos.
- Conectar: Ayudar a las personas a que establezcan sus propias necesidades y preocupaciones y proveer asistencia práctica inmediata así como conectar a estas personas con servicios de emergencia, cuidado médico o programas de apoyo social.

¿Quién puede proveer PAP's? No están limitados a profesionales en salud mental.

Pueden ser proveídos por cualquier persona entrenada en este acercamiento, incluyendo:

- Primeros en responder, como orientadores o profesores guía.
- Personal de salud.
- Personas voluntarias comunales.
- Profesorado.
- Personas trabajadoras de asistencia en desastres.
- Familiares y amistades (Hobfoll, S.E. et al, 2007).

Factores Protectores contra el suicidio:

Son aquellas características personales, sociales y ambientales que disminuyen los pensamientos suicidas y conductas de ideación suicida en adolescentes. Actúan como plataformas protectoras contrarias a los factores de riesgo e incrementan la resiliencia.

Estos factores protectores pueden ser:

- Factores individuales: atributos personales y habilidades que ayudan a adolescentes a afrontar el estrés y la adversidad.
- Habilidades efectivas de afrontamiento y resolución de problemas: herramientas para navegar los desafíos, manejar emociones y encontrar soluciones a los problemas para reducir los sentimientos de desesperanza y desesperación.
- Fuerte sensación de autopropósito: una alta autoestima, sensación de control personal y la creencia del valor personal hacia el futuro, ayuda a la población adolescente a sentirse más capaz de resolver las dificultades diarias.
- Razones para vivir: el compromiso personal y las conexiones, no solo con otras personas o amistades, sino con mascotas o metas personales, brindan a la persona una sensación de propósito y deseo de vivir.
- Actividad física y esparcimiento: participar en deportes u otras actividades extracurriculares puede aumentar la autoestima, proveer una energía positiva contra la frustración y abrigar nuevas conexiones.
- Creencias culturales y religiosas: creencias que enseñan que el suicidio debe ser disuadido y enfatiza el valor por la vida.

Relaciones y factores sociales:

Son aquellas relaciones del adolescente con su familia, amigos y la comunidad:

- Apoyo familiar y apego: una familia cálida y que comprenda el ambiente familiar con comunicación fuerte y apoyo emocional es un factor protector crucial. Un apego seguro, al menos hacia una persona emocionalmente significativa que puede ser un padre, madre, docente o amistad puede ser la línea de vida que conecte a la persona adolescente.
- Conectividad en la escuela y la comunidad: sentimiento de pertenencia en la escuela y estar envuelto (a) en actividades comunales o grupales pueden proveer apoyo social, un sentido de propósito y una alternativa ante las dificultades en sus casas.
- Relaciones positivas con amistades: tener un grupo de apoyo con amistades puede proteger de problemas negativos de salud mental, incluidos pensamientos suicidas. En general, las relaciones sociales saludables proveen una fuente de apoyo y validación.

Factores ambientales y sociales:

Estos son recursos externos y circunstancias que hacen más fácil y seguro que la población adolescente encuentre ayuda Segura, como:

- Acceso a servicios de salud: el acceso a servicios de salud, incluidos servicios de salud mental, y la voluntad de la persona a buscar ayuda, aseguran que una posible depresión pueda ser diagnosticada y tratada con mayor prontitud.
- Acceso limitado a armas letales, como armas de fuego, medicamentos u otras sustancias pueden prevenir tentativas impulsivas de suicidio.
- Un ambiente estable y seguro: vivir en un lugar seguro y estable con reducida exposición a la violencia u otras experiencias traumáticas disminuye el estrés en la población adolescente y su vulnerabilidad (Centers for Disease Control and Prevention. Risk and Protective Factors for Suicide. 2024).

Presión de grupo:

La presión de grupo es un factor significativo en la salud mental de la población adolescente y puede ser un factor de riesgo que contribuye a la ideación suicida y a la tentativa de suicidio. No es una causa singular, pero sí un elemento que interactúa con otros factores estresores y vulnerabilidades. La influencia de amistades es particularmente potente durante la adolescencia, un período significativo de cambios en el desarrollo durante el cual se intensifica la necesidad por aceptación social.

Aspectos claves de la presión de grupo en el suicidio en adolescentes:

- Comparación social y autoestima: las personas adolescentes usualmente se comparan con el grupo particularmente a través de los medios sociales, los cuales pueden crear un sentido falso de realidad y un acto intenso de “encajar” o tener “una vida perfecta”. Esto puede llevar a sentimientos de insuficiencia, baja autoestima y minusvalía ligados con depresión y ansiedad.
- *Bullying* (acoso) y victimización: son una forma negativa y poderosa de presión de grupo. Estudios muestran una relación fuerte entre ser acosado o ser acosador y el incremento de la ideación suicida y las tentativas al suicidio. El riesgo es mayor entre quienes han padecido una historia prolongada de victimización. Tanto las personas acosadoras como las acosadas están en igualdad de riesgo inminente de ideación suicida y suicidio.
- Afiliación con amistades que han intentado suicidarse: la conducta de las amistades puede ser altamente influyente. Estudios han demostrado que tener amistades que han atentado contra sus vidas incrementa el riesgo a que otras personas adolescentes copien las conductas y atenten contra sí mismas. Lo anterior puede deberse a un buen número de factores, incluidos el aprendizaje social, la normalización de las conductas suicidas y la relación estresante entre adolescentes.

- Conductas de riesgo y salud mental: la presión de grupo puede empujar a la población adolescente a que se enfrasque en conductas de riesgo, como el uso de sustancias que puede exacerbar los problemas de salud mental e incrementar el riesgo a autolesionarse y suicidarse.
- Aislamiento social y rechazo: el miedo a la exclusión social es un motivador muy poderoso. Cuando las personas adolescentes se sienten rechazadas o aisladas por su grupo, puede llevarlas a sentimientos intensos de soledad y desesperanza, que están bien establecidos como factores de riesgo para el suicidio.
- Estadística: de acuerdo con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el suicidio es la tercera causa de muerte entre adolescentes de 10 a 19 años. En el 2021 el Youth Risk Behavior Survey (YRBS) ha revelado que aproximadamente un 30% de los estudiantes de secundaria y 14.4 de los estudiantes masculinos han considerado seriamente cometer suicidio en los 12 meses anteriores a esta encuesta. Se destacan más las mujeres que pertenecen al grupo LGBTIQ+.
- Estudios de victimización del grupo: se ha encontrado que adolescentes con historial de victimización por el grupo han tenido un riesgo elevado de ideación y tentativas al suicidio. Un metaanálisis que incluyó a 284.000 participantes encontró que la victimización de grupo incluyendo el *bullying*

cibernético, estuvo fuertemente relacionado con ideación suicida y tentativas de suicidio en niños, niñas y adolescentes.

- Afiliación con amigos con conductas suicidas: se ha encontrado un riesgo en personas que han tenido una amistad con una persona que cometió suicidio o que estuvo asociada con ideación y tentativa suicida, esto durante el primer año después de la pérdida. Otro estudio encontró que las personas adolescentes que reportaron una tentativa de suicidio de una amistad han tenido un riesgo significativamente alto a la suicidabilidad, con un radio ajustado de 8.94 (Feigelman, W. y Gorman, B.S., 2008).

Autoestima:

Es la valoración que una persona hace de sí misma que incluye: autoconcepto, sentido de valía y creencias sobre las propias capacidades. Durante la adolescencia es muy vulnerable porque se está formando la identidad.

La investigación muestra que la baja autoestima está asociada con mayor ideación suicida y mayor probabilidad de intentos de suicidio en adolescentes. Por lo tanto, aumenta la depresión, desesperanza y aislamiento, que a su vez elevan el riesgo. Así también, es un posible objetivo de intervención preventiva. La baja autoestima se relaciona con un mal manejo de rechazo y *bullying*, lo cual también incrementa la ideación suicida.

La baja autoestima suele coexistir con factores familiares, abuso, consumo de sustancias y aislamiento social, factores que multiplican el riesgo.

Factores protectores relacionados:

Altos niveles de autoestima, sentido de pertenencia, redes de apoyo familiar, escolar y acceso a atención de salud mental reducen el riesgo. Programas que fortalecen la autoestima han demostrado efectos potenciales como medidas preventivas.

Señales de alerta en el contexto de baja autoestima:

- Comentarios directos sobre no valer nada, ser una carga o querer morir.
- Aislamiento creciente, retirada de amistades o actividades que antes disfrutaba.
- Cambios marcados en rendimiento escolar, sueño, apetito o conducta de autolesión.
- Mensajes en redes sociales que expresan desesperanza o despedida. Esto es una emergencia.

¿Qué hacer? ¡Utilizar los Primeros Auxilios Psicológicos!

En las escuelas, crear intervenciones en las aulas con programas que fomenten las competencias sociales, habilidades emocionales y logros pequeños y medibles para reforzar la autopercepción. También trabajar con la familia y tener acceso a apoyo clínico.

Es importante crear entornos protectores como políticas *anti-bullying*, promover la conexión alumnado-profesorado y actividades que refuercen el sentido de pertenencia y la resolución de conflictos. La evidencia sugiere que mejorar la autoestima puede reducir los factores intermediarios de riesgo (depresión, desesperanza), y por ende, ayudar en la prevención.

Acoso escolar y acoso en línea (*Cyberbullying*)

El acoso escolar y el acoso en línea están ampliamente estudiados como factores de riesgo para las conductas suicidas en adolescentes. Se ha demostrado la relación entre el acoso, ya sea como víctima, victimario o ambos, con la ideación suicida, las tentativas de suicidio y, en muchos casos, suicidio.

El acoso se define como una conducta repetitiva, agresiva que envuelve un poder desbalanceado real o percibido, el cual incluye violencia física, acoso verbal, exclusión social y otras formas de agresión.

- Víctimas: adolescentes que sufren de este tipo de conducta. Suelen tener un alto riesgo de ideación suicida y tentativas de suicidio, lo que conlleva consecuencias psicológicas negativas que incluyen depresión, ansiedad, baja autoestima, soledad y sentimientos de desesperanza, reconocidos como factores de riesgo para cometer suicidio.

- Personas perpetradoras: adolescentes que realizan este tipo de acoso; están también en riesgo de conducta suicida, ya que están luchando contra sus propias problemáticas, como exposición a la violencia, conflicto familiar o problemas de salud mental. Ambas contribuyen a su conducta de acosador y predisponen riesgo al suicidio.
- *Cyberbullying* o acoso cibernético: conlleva las comunicaciones electrónicas (internet, mensajes de texto, redes sociales, etc.) para acosar, hostigar o intimidar a otras personas. Esta forma de acoso exagera el riesgo al suicidio y es más fuerte en crear ideación suicida que el acoso en persona, porque la persona acosadora puede acceder a la persona en cualquier momento inclusive en la seguridad de su propio hogar. El anonimato de quien realiza *Cyberbullying* como perpetrador y la propia naturaleza del hostigamiento, hace pensar a la víctima de que no hay forma de escapar. La humillación puede ser permanente, por ejemplo, casos donde la persona acosadora puede acceder a la persona a través de fotos e imágenes relacionadas con la víctima que son casi imposibles de borrar. En Estados Unidos, esta forma de acoso que provoca ideación suicida o tentativas de suicidio se le llama “*cyberbullicide*” que son factores que presionan a la persona joven a cometer suicidio (Hinduja, S. y Patchin, J.W. 2010).

Sexualidad:

En sí misma no es un factor de riesgo para el suicidio. Sin embargo, ciertas experiencias negativas relacionadas con la sexualidad pueden aumentar drásticamente el riesgo. Estas experiencias no se limitan a la orientación sexual, sino que abarcan el abuso sexual, el VIH/Sida y los problemas en las relaciones afectivas o de pareja.

El abuso sexual es uno de los factores de riesgo más significativos y traumáticos para el suicidio. Las víctimas tienen una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental como depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático y baja autoestima; todos los anteriores son predictores fuertes del comportamiento suicida. La sensación de desesperanza, vergüenza y aislamiento que provoca el abuso puede hacer que el suicidio parezca la única vía de escape.

El diagnóstico de VIH/SIDA puede ser un factor de riesgo por el estigma social que rodea a esta enfermedad lo cual causa un gran sufrimiento psicológico, aislamiento social y discriminación. Los factores anteriores combinados con el miedo a la enfermedad y al futuro incierto, pueden aumentar significativamente el riesgo de ideación suicida e intento de suicidio en los jóvenes.

Los problemas con relaciones afectivas durante la adolescencia, que es una etapa de exploración emocional intensa y la formación de las primeras relaciones de pareja, pueden tener un impacto devastador en la salud mental de una persona adolescente por

situaciones como las rupturas, los conflictos y la violencia dentro de estas relaciones. La violencia en el noviazgo, el acoso emocional o la traición en una relación pueden provocar sentimientos de desesperación, fracaso y dolor emocional intenso que pueden ser un desencadenante del comportamiento suicida (González-Fortaleza, 2001).

Las personas adolescentes LGBTIQ+ sufren una serie de factores interrelacionados: discriminación y estigma (prejuicio, hostigamiento y discriminación) en varios entornos incluyendo la escuela, la familia (no aceptación), amistades y comunidades. El ambiente hostil que conlleva estrés crónico, depresión, y sentimientos de desesperanza, pero el apoyo fuerte en la familia actúa como un efectivo factor protector. Las personas adolescentes LGBTIQ+ tienen altas tasas de condiciones mentales como depresión, ansiedad, así como el uso y abuso de sustancias, los cuales son factores de riesgo al suicidio. Se calcula que la ideación suicida es cuatro veces mayor en adolescentes LGBTIQ+ que en heterosexuales.

Entre los factores protectores se destacan: aceptación familiar, apoyo de la comunidad y escuela, acceso a cuidados de salud mental adecuados (Haas,, A.P. et al. 2011).

Abuso de sustancias en la adolescencia como factor de riesgo para el suicidio:

El cerebro de la persona adolescente está en proceso de maduración especialmente en áreas relacionadas con el control de impulsos, toma de decisiones y regulación

emocional. El consumo de sustancias aumenta la vulnerabilidad a ideaciones e intentos suicidas.

El vínculo entre abuso de sustancias y suicidio explica por varios mecanismos:

1. Aumento de la impulsividad: las sustancias reducen la inhibición y favorecen conductas autodestructivas y altamente riesgosas.
2. Comorbilidad con trastornos mentales: el abuso de drogas coexiste con depresión, ansiedad y trastornos de conducta los cuales incrementan el riesgo al suicidio.
3. Problemas psicosociales: el consumo se asocia con conflictos familiares, escolares y sociales que pueden intensificar sentimientos de desesperanza y aislamiento (Swahn et al., 2012).
4. Efecto neurobiológico: el alcohol y otras drogas alteran neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, ambas sustancias relacionadas con el control del estado de ánimo y la conducta suicida (Sher et al., 2006).

La detección temprana y la intervención en el consumo de drogas resultan fundamentales en la prevención del suicidio adolescente.

Proyecto de vida

El proyecto de vida es un proceso reflexivo y planificado mediante el cual una persona define sus metas personales, académicas, sociales y profesionales, con las que guía sus decisiones hacia la realización de sus valores y propósitos. En la adolescencia,

este proceso tiene especial relevancia, pues el joven construye su identidad, autonomía y sentido de dirección vital. “Es la organización consciente y deliberada de los propósitos que orientan la existencia, integrando valores, intereses, capacidades y aspiraciones personales” (González, M., 2018, pp.45).

Durante la adolescencia, las personas jóvenes enfrentan importantes cambios biológicos, emocionales y sociales. Elaborar un proyecto de vida les ayuda a:

- Tomar decisiones coherentes con sus valores y metas a corto, mediano y largo plazo.
- Desarrollar sentido de propósito y pertenencia mediante el establecimiento de estas metas personales.
- Fortalecer la autoestima y la autonomía.
- Prevenir conductas de riesgo (consumo de sustancias, abandono escolar, etc.).

Como señalan Papalia y Martorell (2021), la formación de un proyecto de vida contribuye a consolidar la identidad personal y el sentido de continuidad del yo, lo cual es esencial en esta etapa del desarrollo.

Componentes del proyecto de vida:

1. Autoconocimiento: identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades, intereses y valores.
2. Propósito vital: definición de las metas.

3. Planificación: establecimiento de estrategias y acciones concretas para alcanzar los objetivos.
4. Evaluación: revisión y ajuste de metas conforme cambian las circunstancias.

De acuerdo con (Rodríguez, M. A, 2019), el proyecto de vida debe entenderse como un proceso dinámico, no como un plan fijo, que se ajusta según las experiencias vitales de la persona adolescente.

Factores que influyen:

- La familia ofrece apoyo emocional y modelos de referencia.
- Escuela: brinda orientación vocacional y espacios de reflexión.
- Entorno social: proporciona oportunidades o limitaciones para el logro de metas.
- Autoeficacia y motivación: determinan la confianza en la capacidad para cumplir los propósitos personales (Bandura, 1997 -2025).
- Rol educativo: la escuela y el personal docente pueden promover la construcción del proyecto de vida mediante:
 - Actividades de autoconocimiento y reflexión.
 - Orientación profesional y vocacional.
 - Tutorías personalizadas y acompañamiento socioemocional.

El proyecto de vida se convierte en una herramienta pedagógica que orienta la formación integral, al favorecer la responsabilidad y el compromiso personal con el futuro (Rodríguez, M.A., 2019). El proyecto de vida es un pilar fundamental del desarrollo

adolescente. Promueve la identidad, el sentido de propósito y la resiliencia frente a los desafíos personales y sociales. Su implementación en contextos educativos es una estrategia eficaz para favorecer la madurez emocional y la toma de decisiones responsables.

- Factores Modificables

Son aquéllos que son susceptibles al tratamiento clínico y se relacionan con circunstancias sociales, psicológicas y psicopatológicas.

- Factores no modificables

Los que se asocian directamente con las características del sujeto y no se pueden modificar mediante una actuación clínica.

- Factor Individual

La existencia de un conjunto de factores biológicos y sociales que contribuyen a la ideación suicida y al suicidio que incluyen los factores biológicos y los aspectos sociodemográficos. También un conjunto de acciones y cogniciones que se configuran en la persona y que, a través de pensamientos o comportamientos, busca la muerte (Argota, N., 2015).

- **Objetivos**

- **Objetivo general:**

Promover la salud mental y el bienestar emocional de los estudiantes del Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas, mediante la identificación y abordaje de factores de riesgo asociados a la ideación suicida, y, a la vez, fomentar un ambiente escolar saludable, de apoyo y prevención.

- **Objetivos específicos:**

- Capacitar al estudiantado de 12 a 19 años referidos por docentes, orientadoras y la psicóloga del Liceo, a través de talleres y charlas diseñadas para abordar los factores de riesgo detectados, para fomentar estrategias de prevención de la ideación suicida con el fin de empoderarlo con un enfoque en la promoción de la resiliencia y el apoyo mutuo importantes para la comunidad escolar.
- Implementar un proceso de evaluación integral que incluya entrevistas conductuales y pruebas de tamizaje psicológicas con el fin de identificar el grado de ansiedad, depresión y la presencia de factores de riesgo subyacentes a la ideación suicida en personas estudiantes del Liceo de Miramar.

- Formar a las personas jóvenes de este Liceo como agentes de cambio a través de talleres que los doten de las habilidades necesarias para reconocer factores de riesgo de ideación suicida en otras personas, y con ello prevenir suicidios entre sus redes de apoyo, tales como amistades, familiares, compañeros y compañeras de estudio; también que se conviertan en *Gatekeepers* a través de la escucha activa y asertiva, así identifiquen y apoyen a las personas en riesgo de suicidio en su comunidad.

CAPÍTULO 3:

METODOLOGÍA

Capítulo 3: Metodología

Explicación de la Investigación Realizada:

Después de conversar con la psicóloga de la institución se realizó una reunión con la exdirectora, la psicóloga, 3 orientadoras y 13 docentes de diferentes materias el 9 de mayo de 2025 en la biblioteca de la institución. En total 20 personas incluyendo la sustentante.

- **PRIMERA REUNIÓN CON DOCENTES SOBRE EL ESTADO DE LA PROBLEMÁTICA ESTUDIANTIL Y QUÉ TIPO DE TALLERES CREEN ELLOS DEBERÁN DE PRESENTARSE EN LA INSTITUCIÓN.**

Día: 9 de mayo de 2025

Hora: 8:00 am a 12:00 pm.

Población atendida: 13 docentes, la exdirectora, la psicóloga, 3 orientadoras y la encargada de adecuación curricular.

Metas establecidas: Empezar con tres talleres para los profesores sobre:

1. Manejo del estrés docente
2. Primeros auxilios psicológicos o ¿cómo intervenir durante una crisis?
3. Manejo del duelo (actividad programada para antes de terminar este curso lectivo por los docentes, orientadoras, directora y la psicóloga con el estudiantado y las madres, padres de familia que quieran participar así como miembros de la

comunidad).

Metodología empleada: presentación de diapositivas en Power Point sobre posibles necesidades del estudiantado para la prevención del suicidio y de la ideación suicida. Conversatorio tipo desayuno en donde el personal docente externó los problemas emocionales y psicológicos que viven junto con sus estudiantes. Se establecieron los posibles talleres que el estudiantado y el profesorado requieren.

Horario: viernes de 8:00 a m a 3:00 pm. Durante octubre de 2025 se trabajó de martes a viernes con el objetivo de finalizar los talleres, las pruebas y las charlas al estudiantado que hayan traído firmado el consentimiento informado.

El motivo de esta reunión fue el de conversar con el personal docente para determinar las necesidades que tiene el estudiantado de recibir información sobre factores de riesgo implicados en la ideación suicida, ya que el 19 de marzo de 2025 un estudiante de décimo año se suicidó con un arma de fuego. La comunidad docente ha estado muy preocupada, puesto que se han dado cuenta de que su cantón es el primer cantón del país con la más alta tasa de suicidios.

Los docentes fueron quienes establecieron una serie de talleres para ayudar a sus estudiantes, ya que el estudiantado no puede hacerlo directamente con el objetivo de minimizar los factores de riesgo en ideación suicida.

Los talleres que se determinaron fueron los siguientes: 1. Manejo del estrés. 2. Autoestima y autocuidado junto con baja tolerancia a la frustración. 3. Dinámicas familiares disfuncionales y muy limitada red de apoyo, así como relaciones interpersonales. 4. Sexualidad en la adolescencia. 5. Uso y Consumo de sustancias. 6. *Bullying* y *bullying cibernético* y 7. Proyecto de vida con metas a corto, mediano y largo plazo.

Además, se establecieron dos charlas de 4 horas cada una sobre primeros auxilios psicológicos (PAP's) junto con un conversatorio sobre los problemas que sufre el personal docente, ya que no sabían qué hacer si se presenta una situación crítica y tenían miedo de perder sus trabajos si tuviera que tocar a algún o alguna estudiante en crisis emocional o conductual. La actual directora, Dra. Miley Salazar Muñoz, les dijo que usaran su oficina como lugar de contención emocional, y a su vez, plena confianza en que ella les va a dar todo su apoyo ante cualquier situación de crisis.

Se entregaron 100 copias del consentimiento informado para que el personal docente, el grupo de orientación y la psicóloga las entregara, ya que son ellos quienes sospechan de situaciones críticas en sus estudiantes. De esos 100 consentimientos, se recibieron 60 firmados. A partir de esta población se pasó la entrevista conductual y las pruebas de ansiedad y de depresión para determinar quiénes son los y las estudiantes que se encuentran en riesgo. De los 100 se determinaron 33 estudiantes que deberán de tomar los talleres y 2 pruebas más para valorar la presencia de factores de riesgo de ideación suicida como son el TOI (Test de Oraciones Incompletas) y el IRSA (para determinar riesgo suicida en adolescentes en la población costarricense).

Diseño Metodológico:

El diseño de este proyecto es cualitativo, sistemático y transversal, ya que se implementó durante 6 meses con un plan de prevención contra la ideación suicida con el objetivo de minimizar la autolesión y el riesgo al suicidio. El plan permite detectar los factores de riesgo o categorías en ideación suicida y su relación con los factores biopsicosociales destacados. A la vez, permite una comprensión profunda de las experiencias individuales y percepciones de cada una de las 33 personas adolescentes evaluadas en factores de riesgo en ideación suicida (Calvo González, 2017).

Se describen estas categorías y a la vez una comprensión de las experiencias individuales y percepciones de cada una de las 33 personas adolescentes que quedaron sobre la ideación suicida. Estas categorías o factores de riesgo serán analizadas a través del *Análisis de Contenido* de Klaus Krippendorff en el apartado de *Resultados*.

El presente proyecto se dividió en 3 fases. La primera fase fue la entrega y recepción de los consentimientos informados firmados por los padres, madres o personas encargadas de los estudiantes menores de edad.

En la segunda fase, que inició el 16 de mayo, se les pasó a las 60 personas estudiantes quienes presentaron el consentimiento informado firmado por sus padres o cuidadores, una entrevista cognitiva estructurada y 2 pruebas de tamizaje para medir el grado de depresión y ansiedad. Estas pruebas fueron el *Test de Depresión de Beck (BDI)*

y el *Test de Ansiedad de Beck (BAI)*. A partir de estas dos pruebas de tamizaje y de la entrevista cognitivo conductual, se determinaron 33 estudiantes con ansiedad y depresión severa. También se tuvieron casos de estudiantes con depresión severa y también ansiedad moderada, y otros con ansiedad severa y depresión moderada. Los talleres se iniciaron a partir del viernes 23 de mayo y fueron establecidos según los principales factores de riesgo que disparan la ideación suicida en adolescentes de este centro educativo.

En la tercera o fase de este proyecto se le pasó otra entrevista estructurada rápida y 2 pruebas cualitativas y proyectivas, como el TOI (Test de Oraciones Incompletas) y el IRSA (para medir la ideación suicida y el riesgo al suicidio en adolescentes y personas adultas jóvenes). De estas dos entrevistas y 4 pruebas se evaluaron los resultados y se extrajeron las 5 categorías o factores de riesgo con análisis de contenido, registro e inferencia que aparecen en *Resultados*. Se debe destacar que después de finalizados los talleres, cada persona estudiante realizó evaluaciones de estos, además de su participación activa. De las 33 personas estudiantes, 3 salieron de los talleres: 2 porque no pudieron ir a clases presenciales, pues tomaron sus clases en línea por problemas de intento de suicidio y otro estudiante que decidió no continuar con los talleres. En total quedaron 30 estudiantes. Los talleres finalizaron el 10 de octubre de 2025. Se debe destacar que estos talleres trabajan la resiliencia, la toma de decisiones, la comunicación asertiva y las respuestas de afrontamiento prácticas.

El estudiantado se vio beneficiado por la adquisición de conocimientos y herramientas que le ayudarán a tener un afrontamiento asertivo ante sus entornos cotidianos

y, de esta manera, se reducirán las ideaciones suicidas. Además, esta población tendrá la oportunidad de mejorar las dinámicas familiares en sus hogares gracias al conocimiento de técnicas de comunicación asertiva y del enfrentamiento ante disputas, pues los talleres les brindaron empoderamiento. Se pueden difundir los conocimientos adquiridos y otros compañeros, compañeras y familiares. El personal docente y el grupo de orientadoras, también se vieron beneficiados por los cambios realizados por parte de los jóvenes (Calvo, C., 2017).

Población meta:

La población meta corresponde a aquellos estudiantes de ambos sexos de séptimo a onceavo años matriculados en el Liceo de Miramar de Montes de Oro en Puntarenas y seleccionados por la psicóloga, tres orientadoras y docentes de la institución. Todos contaron con consentimiento informado firmado por sus padres, madres o cuidadores. Se eliminaron estudiantes que no presentaron problemas de depresión o de ansiedad y en la entrevista conductual se constató que realmente no requerían su participación en los talleres. Quedaron 33 estudiantes y, hacia la mitad de la participación en los talleres, se perdieron 3 por los motivos anteriormente expuestos. Estos talleres se llevaron a cabo los viernes de 8:00 am a 3:00 pm y durante el último mes de octubre de 2025 de martes a viernes de las 8:00 am a las 3:00 de la tarde, o sea dos talleres diarios, ya que el estudiantado se encontraba en exámenes. Si los estuđinates y las estuđiantes no pudieron

asistir a la sesión matutina, se les brindó el taller en la tarde con el consentimiento de sus personas encargadas.

Beneficiarios(as) directos(as):

30 personas estudiantes de ambos sexos entre los 12 y 19 años enviadas por las orientadoras, la psicóloga y los docentes del Liceo. Este grupo fue el recipientes directo de los talleres y charlas, con la finalidad de intervenir los factores de riesgo en ideación suicida, para que lleguen a ser personas más asertivas a la hora de actuar o responder ante factores estresantes de sus vidas y en la mejoría de su resolución de conflictos, así como el planeamiento de su proyecto de vida a corto, mediano y a largo plazo.

Beneficiarios (as) indirectos (as):

La población indirecta que se beneficia es la misma institución educativa: docentes, orientadoras, psicóloga, así como los padres, madres, cuidadores, amistades, compañeros, compañeras y miembros de la comunidad, debido a los cambios realizados por parte de las personas jóvenes en los talleres.

Criterios de inclusión:

- Tener entre 12 y 19 años de edad de ambos sexos.

- Estar matriculados y matriculadas en la institución educativa de séptimo a onceavo años, incluidos el estudiantado del International Baccalaureate (BI) o Bachillerato Internacional.
- Tener un consentimiento informado firmado por los padres, madres o cuidadores para los menores de 18 años y el consentimiento firmado para quienes son mayores a 18 años.
- Haber sido una de las personas recomendadas y enlistadas por la psicóloga y las tres orientadoras del liceo.
- Consideraciones éticas de respeto, beneficencia y justicia.

Se garantizó el anonimato de las personas participantes, así como la confidencialidad de la información. Se proporcionó seguimiento sobre servicios de apoyo psicológico y se contará con un protocolo de derivación inmediata en caso de que se detecten situaciones de riesgo de suicidio, pero esto será realizado por la psicóloga de la institución, Lic. Francella Alán Soto.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de trastornos mentales o discapacidad intelectual moderada o grave, como esquizofrenia, pues este grupo de estudiantes necesita otro tipo de tratamiento psicológico y farmacológico.
- Adolescentes en tratamiento psiquiátrico intensivo al momento de la investigación.

Estrategias de intervención:

Las actividades programadas se encuentran en el *Cronograma de Talleres*, el cual está adjunto en *Anexos*. Los talleres versaron sobre: 1. Manejo del estrés. 2. Autoestima y autocuidado. 3. Dinámicas familiares y relaciones interpersonales. 4. Consumo de sustancias. 5. *Bullying* y *Bullying Cibernético* (acoso). 6. Sexualidad en la adolescencia. 7. Proyecto de vida (metas a corto, mediano y largo plazo).

Se aplicaron dos entrevistas cognitivas estructuradas: una al inicio de los talleres y otra al finalizar para cotejar qué resultados brindaron los talleres. También se pasaron pruebas de tamizaje psicológico: A. *Cuestionario de Depresión (BDI) de Beck*. 2. *Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)*. 3. *TOI* (Test de Oraciones Incompletas y D. *Cuestionario IRSA* (para evaluar los factores de riesgo en ideación suicida en adolescentes costarricenses). Se utilizó una ficha sociodemográfica elaborada para el análisis de estos datos. Asimismo, se realizaron dos talleres sobre primeros auxilios psicológicos (PAP's) para docentes, personal administrativo, la soda y seguridad. Cada uno de estos talleres fue de 4 horas debido a la alta participación y dudas del profesorado, así como por las políticas de acoso del MEP.

Aplicación de técnicas y herramientas de intervención:

Las pruebas se aplicaron de forma anónima y presencial, en horario escolar bajo supervisión de la sustentante y de la psicóloga de la institución en la biblioteca. Se proporcionó material didáctico, así como panfletos para cada estudiante en los talleres, los cuales podrán ser utilizados en futuros talleres o charlas sin derechos de autoría. También se colocaron afiches en diferentes pizarras de la institución con la finalidad de informar al estudiantado y profesorado.

Cuestionario de Depresión de Beck (BDI):

La Prueba de Tamizaje de Beck o Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos en adolescentes y en personas adultas.

El instrumento mide la intensidad de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas. Evalúa aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y físicos asociados con la depresión tales como: tristeza, desesperanza, culpa y autocrítica, pérdida de interés o placer, fatiga o falta de energía, problemas de sueño y apetito, pensamientos de muerte o suicidio. Consta de 21 ítems de 0 a 3 puntos según la severidad del síntoma, donde 0 es ausencia de síntomas y 3 síntoma intenso o grave. El puntaje se obtiene de sumar todos los ítems, por lo cual el rango es de 0 a 63 puntos. Puntajes: 0 a 3: depresión mínima o nula; de 4 a 13: depresión no significativa; 14 a 19: leve (posible depresión leve o situacional); 20 a 28: moderada (requiere evaluación profesional); 29 a 63: Grave (depresión severa, se

recomienda intervención clínica). Es una prueba diagnóstica, pero de tamizaje primario de detección.

Cuestionario de Ansiedad de Beck:

El cuestionario o prueba de tamizaje de *Ansiedad de Beck (BAI)* es un instrumento que puede ser de autorreporte. Consta de 21 ítems para valorar el nivel de ansiedad clínica que una persona ha experimentado durante las últimas dos semanas, incluido el día actual. La herramienta fue desarrollada por Aaron Beck y colaboradores en 1988 para diferenciar la ansiedad de la depresión, ya que muchas escalas solían solaparse. La prueba enfatiza síntomas físicos y somáticos de ansiedad, como palpitaciones, dificultad para respirar, temblores, etc., más que los pensamientos de ansiedad pura. Los puntajes son 0 (no hay síntomas ansiosos), 1: leve, 2: moderada y 3: severa. Se suman también los puntajes de los 21 ítems para obtener una puntuación total. De 0 a 7: ansiedad baja o mínima; 8 a 15: leve; 16 a 25: ansiedad moderada y de 26 a 63: ansiedad severa que requiere atención.

Esta interpretación es orientativa y no sustituye una evaluación clínica profesional. Puede emplearse en contextos educativos o comunitarios como herramienta de tamizaje o autoevaluación inicial. Un puntaje alto puede indicar la conveniencia de consultar con un profesional en salud mental.

Cuestionario de Oraciones Incompletas (TOI):

La prueba requiere una interpretación cualitativa y proyectiva centrada en el análisis del contenido de las respuestas de la persona evaluada. Se da un análisis temático (familia, escuela, autoimagen, relaciones sociales, miedos o ansiedades y deseos y aspiraciones) e indicadores emocionales como (sentimientos de abandono, inseguridad, agresividad, dependencia). Se pueden observar mecanismos de defensa, conflictos internos o necesidades no satisfechas. Se debe de analizar el uso de palabras negativas, evasivas, agresivas o afectivas. También se valora la coherencia, espontaneidad y riqueza del lenguaje. El TOI realmente no tiene valores cuantitativos, son todos cualitativos.

Test IRSA (para evaluar posible riesgo al suicidio).

Es una prueba desarrollada por el Dr. Ramón Mauricio Campos Campos en el 2009 para ser utilizado en la población costarricense como parte de su trabajo de postgrado en psiquiatría en el Hospital Nacional Psiquiátrico u Hospital de Salud Mental y la Universidad de Costa Rica. El objetivo es detectar factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses entre los 12 y 17 años. De esta manera, registrar indicadores clínicos y psicosociales que pueden alertar sobre IS, intentos previos o vulnerabilidad emocional, esto para facilitar la intervención temprana en ambientes educativos y clínicos, considerando el carácter multicausal del suicidio juvenil.

La herramienta no utiliza una escala de puntuación tradicional como las pruebas psicométricas estandarizadas, sino se basa en un enfoque clínico y

descriptivo para identificar los posibles factores de riesgo al suicidio. Al mismo tiempo, evalúa múltiples dimensiones, tales como intentos previos, IS, factores familiares, escolares y sociales; también la presencia de síntomas depresivos o ansiosos. Una persona adolescente que marca diversos ítems relacionados con IS, aislamiento social y antecedentes familiares puede ser clasificada como de alto riesgo. Este instrumento permite clasificar el nivel de riesgo (bajo, moderado, alto) según la cantidad y tipo de factores presentes. Se recomienda usarlo con otras pruebas de tamizaje para una evaluación integral.

Técnicas y herramientas de intervención:

Evaluación cualitativa medida por análisis de contenido para determinar categorías o factores de riesgo según Klaus Krippendorff. Se detectaron 5 categorías o factores de riesgo principales en estudiantes del Liceo de Miramar:

1. Dinámicas familiares disfuncionales. Violencia doméstica.
2. Baja tolerancia a la frustración, baja autoestima.
3. *Bullying*, incluido el acoso producido en sus hogares.
4. Falta de apoyo psicosocial especialmente familiar.
5. Sexualidad (con vivencias de abuso sexual e incesto).

Se realizó una guía de entrevista cognitiva estructurada abordando temas como factores percibidos de riesgo, experiencias personales, apoyo social de parte de padres y otras personas, estrategias de afrontamiento y búsqueda de ayuda. Asimismo, abarca cómo se percibe el estudiantado: patrones de sueño, de comida, actividades extracurriculares y deportivas, así como relaciones familiares conflictivas y entre pares. Todo se hizo bajo estricta confidencialidad y protección de la población participante.

Aplicación:

Se aplicaron entrevistas individuales cognitivas estructuradas realizadas en un espacio privado en la biblioteca con autorización previa del profesorado. Se procedió con la identificación de participantes para el estudio cualitativo según los resultados de las pruebas y los cuestionarios (estudiantado enviado por la psicóloga, orientadoras y docentes). Todos y todas las personas estudiantes firmaron la hoja de asistencia a los talleres.

También hubo Observación sistemática y participativa durante los talleres y charlas en equipo multidisciplinario: sustentante, psicóloga y profesional de adecuación curricular.

Posteriormente, se describen variables, se analiza la incidencia de cada uno de estos para determinar los factores de riesgo al suicidio o ideación suicida

limitados por las pruebas y detectados por factores de mediación numéricas brindados por las Pruebas del *Inventario de Depresión de Beck*, de *Ansiedad de Beck*, el *TOI* y el *IRSA*.

Instrumentos de evaluación.

Evaluación cualitativa: evaluación de factores de riesgo personalizados. Análisis de Contenido para establecer las categorías o factores de riesgo en ideación suicida.

Las herramientas para analizar el impacto de cada uno de los talleres en la población meta fue la redacción de opiniones personales. Las pruebas plasmaron lo aprendido en los talleres y la forma en que las enseñanzas han sido de utilidad al momento de enfrentarse a los problemas de la cotidianidad. Las respuestas fueron analizadas como una medida diagnóstica a través de la observación directa y con base en la información de la investigación.

El consentimiento informado es un documento destinado al beneficio de los y las participantes, el cual explica detalladamente el propósito del proyecto de graduación y los aspectos legales que garantizan la confidencialidad de los datos obtenidos y la preservación del material. El consentimiento informado brinda a la persona participante toda la información relativa al proceso del programa y define

cuál es el fin del proyecto. Asimismo, incluye las actividades por realizar y su duración estimada y el derecho a rehusarse a participar o retirarse de la práctica en cualquier momento sin que esto implique ningún perjuicio. También incluye el posible beneficio directo e indirecto de la práctica y la utilización de las pruebas en el ámbito académico. Se aclara cualquier duda de que el grupo de participantes tengan alguna pregunta a la hora de firmar el consentimiento.

Seguidamente, se adjunta la *Bitácora de Actividades* realizadas en el Liceo de Miramar de mayo a octubre de 2025.

Instrumentos de evaluación del proceso:

BITÁCORA DE ASISTENCIA AL LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO,
PUNTARENAS.
ASISTENCIA A PRÁCTICA SUPERVISADA PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Elizabeth Quesada Benavides 20110875 UNIBE

FECHA DE VISITA	TIEMPO	ASUNTO
30/5/2025	1 hora	Primera Entrevista con la Lic. Francella Alán para ver la posibilidad de trabajar mi Práctica Supervisada en el Liceo de Miramar, donde ella es la psicóloga. Se presenta la propuesta de realizar talleres y otras

		actividades con estudiantes que presentan factores de riesgo y docentes, para que aprendan a brindar contención en caso de presentarse una emergencia psicológica y la psicóloga no se encuentre en la institución.
6/6/2025	4 horas	“Estado de la Educación en Costa Rica”. Charla magistral brindada al profesorado del Liceo de Miramar junto con la docente de apoyo educativo, la directora MSc. Lizbeth Fernández, 3 orientadoras y 13 docentes de otras asignaturas para que este grupo sea quien refiera al estudiantado a los talleres. También se discutió sobre la necesidad de realizar estos talleres con urgencia. Las personas participantes mostraron agradecimiento por este tipo de ayuda.
13/6/2025	1 hora	Entrega de los consentimientos informados a través del profesorado con la ayuda de la Lic. Alán (en total 100). Estos consentimientos informados son de “Evaluación” y deben de estar firmados por los padres, madres o personas encargadas en caso de que los estudiantes deseen o deban de ir a los talleres. De los 100 consentimientos informados se recibieron 60 firmados y de estos se eligieron 33 estudiantes con factores de riesgo en ideación suicida. Se eliminaron 3 por motivos ajenos a esta problemática de salud mental. En total se atendió a 30 estudiantes.
20/6/2025	4 horas	Taller “Manejo del Estrés”. 2 talleres de 2 horas cada uno. A la vez se aplicaron dos escalas tipo Likert (Depresión y Ansiedad de Beck) de 8:00 am-12:00 pm Los estudiantes firmaron la hoja de asistencia

4/7/2025	4 horas	Segundo grupo del taller “Manejo del Estrés” y pruebas restantes. Con la ayuda de las Lic. Alán y la profesora encargada de apoyos educativos.
RECESO POR VACACIONES		
22/8/2025	4 horas	“Taller de Autoestima y autocuidado”. Se presentaron 18 estudiantes con la asistencia de la Lic. Francella Alán Soto. Las personas estudiantes firmaron la hoja de asistencia. Una parte del grupo se encontraba tomando exámenes.

29/8/2025	4 horas	Segunda sesión sobre Taller de “Autoestima y autocuidado”. Reunión con Licda. Alán Soto sobre pasar pruebas psicológicas a otras personas estudiantes. Se dio la información a las 12 personas estudiantes restantes ya que estaban realizando exámenes.
5/9/2025	4 horas	Taller sobre “Dinámicas Familiares” Las personas estudiantes firmaron la hoja de asistencia. Participaron 30 estudiantes.
19/9/2025	4 horas	Segunda Parte del Taller de “Dinámicas Familiares”. Estudiantado de 7mo y 8vo años referidos por los docentes debido a sus problemáticas familiares.
22/09/2025	4 horas	Taller sobre “ <i>Bullying y Bullying Cibernético</i> ”. Entrega de panfletos con afiches. Técnicas para enfrentar el acoso en todas partes, no solo en el liceo. El estudiantado ya ha tenido varios talleres sobre <i>bullying</i> desde que el estudiante de décimo año se suicidara el 19 de marzo de 2025. El MEP contrató a una psicóloga y una trabajadora social para que dieran charlas sobre

		<i>bullying</i> y existen algunos afiches editados por el MEP sobre esta problemática, los cuales están colgados de algunas paredes de la institución. Sin embargo, el estudiantado fue receptivo y, a pesar de todo, participó y conoció muy bien la problemática del acoso y del acosador. En la segunda entrevista y las pruebas TOI e IRSA, se encontró que algunos participantes sufrían de acoso por parte de compañeros, compañeras y hogares, más que todo por sus padres.
26/09/2025	4 horas	Taller sobre sexualidad. Se distribuyeron panfletos, se presentaron dos videos educativos y hubo una gran participación del estudiantado. Las frases fueron bien interpretadas por el grupo de participantes y hubo una participación del 100%.
3/10/2025	4 horas	Taller sobre “Consumo de sustancias”. En esta ocasión, llegaron menos estudiantes porque algunos se encontraban en centros de estudio de matemática para realizar los exámenes en esta y otras materias. Total: 22 estudiantes.
7 - 8 y 9 de octubre, 2025	21 horas	Entrevistas cognitivas estructuradas y Pruebas TOI e IRSA
10/10/2025	5 horas	Charlas para docentes, profesores guía, orientadoras, directora, psicóloga, empleados administrativos, personal de limpieza, personal de la soda y seguridad sobre “Primeros Auxilios Psicológicos” PAP’s. Se abordó la interrogante: ¿Qué debo hacer como primera línea de intervención cuando una persona estudiante se encuentra en una crisis psicológica? Las charlas (7:00 a 10:00 am y de 10:30 a 12:15 pm) fueron muy participativas. Las personas participantes presentaron ejemplos que han vivido. Se discutieron casos reales en que docentes no

		<p>pueden tocar al estudiantado. La directora dijo que ella está totalmente anuente si se presentara una crisis y el profesor o la profesora tienen que intervenir para no permitir ningún daño físico, si la familia procediera con una demanda, ella por supuesto defendería los derechos del profesorado a actuar. Se habló de muchos problemas en el pasado, hubo una participación al 100% y aprendieron la regla de 1. Mirar-observar. 2. Escuchar empáticamente (si la persona estudiante no quiere hablar sobre lo que le está pasando, apoyarla con escucha activa, con su cuerpo y su tono de voz). 3. Referir a psicología u orientación. Se logró establecer un grupo de PAP's en todos los pasillos y, que el profesorado tuviera siempre una actividad “bajo la manga” para que el resto de los estudiantes trabaje, o de lo contrario, al pedir ayuda a los profesores en los pasillos éstos pudieran evacuar a sus estudiantes y así el profesor o la profesora contener y apoyar a la persona estudiante en crisis. La directora dijo que su oficina va a ser de ahora en adelante un lugar tranquilo de contención psicológica y desde allí se llamaría a los padres o al 911 si se diera el caso. La psicóloga daría el seguimiento como lo ha hecho desde hace 8 años. La intervención fue exitosa ya que hubo una excelente participación del profesorado, personal de limpieza, administrativos, orientadores, personal de la cafetería y seguridad porque se sintieron “empoderados y empoderadas” por las palabras que dijo la directora del centro, quien está en la institución desde sólo hace 4 meses.</p>
10/17/2025	4 horas	<p>Los dos talleres de “Proyecto de vida” se dispusieron para todo el grupo de los 30 estudiantes y los que quisieron asistir antes o después de sus clases. Se comenzó a las 7:00 am y se finalizó a las 12:00 pm.</p>

10/20/2025	4 horas	Realizar 9 entrevistas y 18 pruebas a los estudiantes, de los 30 que han faltado a los talleres.
10/21/2025	4 horas	Terminar todas las entrevistas cognitivas estructuradas y las 16 pruebas (TOI e IRSA) para continuar realizando las evaluaciones y los resultados.

TOTAL:	72 horas en talleres. Esto sin contar las evaluaciones y las pruebas junto con los resultados.	
---------------	---	--

Todas las personas estudiantes que asistieron a la evaluación cuentan con un consentimiento informado firmado por los padres, madres o personas encargadas de las personas menores con el objetivo de mantener confidencialidad en todo el proceso (Anexos).

TALLERES (TÉCNICAS):

Se encuentran en Anexos con todas las técnicas realizadas o descripción de todas las sesiones:

1. Taller de “Manejo del estrés”
2. Taller “Autoestima y autocuidado”
3. Taller de “Dinámicas familiares y relaciones personales”
4. Taller sobre “Sexualidad en la adolescencia”
5. Taller sobre “Consumo de sustancias”

6. Taller sobre “*Bullying*”
7. Taller sobre “Proyecto de vida”
8. Taller sobre Primeros Auxilios Psicológicos (PAP’s) al personal del Liceo de Miramar.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS

Capítulo 4: Resultados

Análisis de resultados de la intervención en función de las categorías de análisis planteadas:

Este proyecto fue una investigación de tipo transversal cualitativa por medio del análisis de contenido. El factor de análisis mostró 5 categorías principales directamente relacionadas con los factores de riesgo a ideación suicida.

Se entregaron 100 consentimientos informados de los cuales se recibieron 60 firmados. Se les pasó una entrevista cognitiva a los 60 estudiantes, así como las pruebas de tamizaje de Beck de ansiedad y depresión. Luego de analizarlas, se detectaron 33 personas estudiantes quienes presentaban factores de riesgo a ideación suicida. De estas 33, se reevaluaron dos ya que, por problemas de ideación suicida, no pudieron asistir al colegio y recibieron clases en línea y otra persona estudiante decidió no continuar con los talleres. En total se les dio los talleres a 30 estudiantes los cuales evaluaron cada uno de ellos. Al finalizar los talleres se les pasó otra entrevista estructurada y las pruebas TOI (oraciones incompletas) e IRSA (para estudiar la presencia de factores de riesgo a la ideación suicida y si la participación en estos talleres fue efectiva o no). Se analizaron los resultados de cada una de las intervenciones o categorías planteadas a través del análisis de contenido.

Análisis de los resultados de la evaluación de cada una de las intervenciones realizadas o talleres con el grupo de estudiantes (30).

Este método es capaz de ofrecer inferencias a partir de datos esencialmente verbales y simbólicos. Tiene una orientación fundamentalmente empírica, exploratoria vinculada a fenómenos reales y simbólicos. Se evalúan las pruebas, entrevistas y tamizaje con independencia de los resultados. En psicología se realiza un análisis de los registros verbales de cada estudiante para descubrir características motivacionales, psicológicas o de la personalidad que pudieran incidir en la ideación suicida. Se reunieron los datos cualitativos en forma de respuesta a preguntas abiertas, respuestas verbales de los estudiantes. Es un método para extraer contenido de los datos para realizar inferencias reproducibles que efectúa algún receptor cuando trata de comprender las comunicaciones simbólicas que se puedan aplicar a este contexto. Se verifican posibles asociaciones o procesos de comunicación de forma integral (Krippendorff, K. 1997).

De estas entrevistas, talleres y observación diaria se encontraron 5 categorías o factores de riesgo al suicidio en estos estudiantes. Además:

- A. falta de apoyo social, emocional intrafamiliar (taller de autoestima y autocuidado y taller de manejo del estrés).
- B. Dinámicas familiares disfuncionales relacionadas con abuso sexual y violencia física y verbal (talleres de dinámicas familiares y sexualidad).
- C. Baja autoestima y baja tolerancia a la frustración (taller de autoestima y autocuidado, además de las entrevistas y pruebas TOI e IRSA).
- D. Depresión y ansiedad severas (cuestionarios de ansiedad y de depresión de Beck).
- E. Acoso de compañeros y acoso familiar (taller de *Bullying* y entrevista final).
- F. Factor académico: bajo rendimiento escolar (Entrevista Cognitiva, TOI y en el Test IRSA).

También se detectaron factores psicológicos individuales: depresión y ansiedad severas así como baja tolerancia a la frustración y baja autoestima.

Factor familiar: falta de apoyo social y emocional intrafamiliar (familias disfuncionales) junto con acoso familiar. La mayoría del estudiantado evaluado proviene de familias disfuncionales en donde el padre o la madre está ausente; de hecho varias personas del grupo viven con los abuelos y abuelas. En Miramar, por ser una comunidad alejada del centro de Puntarenas, agrícola y cerrada, donde no hay ningún lugar de esparcimiento, a no ser por dos parques, se da bastante el incesto y esto fue contado con mucha pena por algunas de las personas participantes.

Factor escolar: *bullying* por parte de otras personas estudiantes del colegio. Algo que es preocupante es que algunos y algunas participantes mencionaron que sufren *bullying* de parte de los padres y más que todo, por parte de las madres. Las personas entrevistadas apuntan a que la burla suele ser porque están “gorditos” o “flaquitos”, o porque no les va bien académicamente.

Factor académico: bajo rendimiento escolar. Este rendimiento escolar afecta al 100% del estudiantado, el cual mencionó que lo que quieren más, que nada, es poder pasar el año. Como resultado de la pandemia, varios y varias estudiantes presentan un serio problema académico, y hay quienes tienen un atraso de 3 años; es decir, están en décimo año, pero su nivel académico anda por séptimo año. Un ejemplo evidente es que tres estudiantes requirieron ayuda de la sustentante para comprender las preguntas, pues

les costó mucho leer y escribir. Asimismo cuando escribieron cometieron muchos errores ortográficos, por ejemplo, escriben la palabra “aser” por “hacer”; tampoco tildan y no utilizan la “h” antes de la “a”; no conocen reglas ortográficas. El profesorado está sumamente ocupado, dándoles la materia, aunque tengan adecuación curricular o estén en el Plan Nacional, ellos no los pueden ayudar individualmente en tiempo extra. Además, no dan centros de estudio, con excepción de matemática y a veces química o idiomas al Bachillerato Internacional, que sí imparte lecciones extras de inglés.

Tabla de Puntaje del *Cuestionario de Depresión de Beck* (21 ítems de 0 a 3 puntos) Total: 0-63

0-13	Sin depresión
14-19	Depresión Leve
20-28	Depresión Moderada
29-63	Depresión Severa

Tabla de Puntaje del *Cuestionario de Ansiedad de Beck* (21 ítems con puntajes de 0-3 para un total de 0-63 puntos).

0-21	Ansiedad mínima
22-35	Ansiedad Moderada
36-63	Ansiedad Severa

Ansiedad y Depresión según Tamizajes o Cuestionarios de Beck por grado y por edad.

Séptimo Año: Edad: 12-13 años. Total de estudiantes 16.

7 femeninas: con una ansiedad promedio de 30,42 (ansiedad moderada)

Depresión promedio de: 28,14 (depresión severa)

9 Masculinos: ansiedad promedio de 23,88 (ansiedad moderada)

Depresión promedio de: 25,33 (depresión moderada)

Octavo Año: Edad: 14 años Total de estudiantes: 5

4 femeninas: con ansiedad promedio de: 22 (ansiedad moderada)

Depresión promedio: 25,25 (depresión moderada)

1 Masculino: con ansiedad 26 (ansiedad moderada)

Depresión: 34 (depresión severa).

Noveno Año: Edad: 15 años Total estudiantes: 4

3 femeninas: con ansiedad promedio de 27 (ansiedad moderada)

Depresión promedio de 30,33 (depresión severa)

1 Masculino con ansiedad de 33 (ansiedad moderada) y depresión de 21 (depresión moderada)

Décimo Año: Edad: 15-16 años Total: 2 estudiantes

2 femeninas con una ansiedad promedio de: 35 (ansiedad moderada) y

Depresión: 36 (depresión severa).

Undécimo año: Edad: 17-18 años Total: 3 estudiantes

2 femeninas con ansiedad promedio de 31 (ansiedad moderada) y depresión promedio de 30 (depresión severa)
1 Masculino con ansiedad de 20 puntos (ansiedad leve) y Depresión de 29 (depresión severa).

En los datos se aprecia cómo en séptimo año lo que predomina es la depresión severa, especialmente en las mujeres. En octavo año, también se da depresión severa pero en un caso masculino. En noveno año continúa la depresión severa también en mujeres. En el décimo año se encuentra depresión severa en las mujeres y en onceavo año, preparándose para ir a la universidad, un masculino con depresión severa.

Análisis de los resultados de la evaluación por sesiones:

Es importante mencionar que cada taller contó con la participación de entre 20 y 30 estudiantes, la mayoría fue de 30 ya que, si algunos no podían presentarse en la sesión de la mañana, se realizó otra sesión en la tarde para que todos pudieran participar. En general, se dio una excelente participación activa.

En total fueron 7 sesiones:

1. Manejo del estrés.
2. Autoestima y autocuidado.
3. Dinámicas familiares y relaciones interpersonales.

4. Sexualidad.
5. Consumo de sustancias.
6. *Bullying y bullying cibernético y*
7. Proyecto de vida.

Sesión No. 1: Manejo del Estrés: Bitácora para fechas y duración de sesiones

Total de estudiantes: 27. 3 de Onceavo año en exámenes. 11 técnicas o actividades.

A la mayoría de los estudiantes les gustan las clases de educación física y de arte. La mayoría quieren aprender a dibujar y a pintar mejor. También externaron sentimientos de minusvalía y que quieren pasar el año lectivo y tener amigos con quienes salir. En Miramar de Montes de Oro no hay lugares para que los jóvenes se puedan entretener sanamente, solo hay una heladería en el mercado central, algunas iglesias, supermercados y restaurantes. Por otro lado, expresaron que sí hay mucho interés por parte de la psicóloga de la institución y para que el estudiantado pueda contarle sus problemas. Como parte de las actividades, se practicaron ejercicios de respiración y una caja de herramientas con técnicas para manejar el estrés. Las personas del grupo, en su mayoría, creen que pueden lograr lo que se proponen. Les gusta la música, el celular para relajarse cuando están pasando por problemas; algunas personas participantes viven con solo la madre o viven con sus abuelos y abuelas porque el padre o la madre los abandonó. A algunos les gusta jugar fútbol y volibol. A través de las técnicas que se practicaron se generaron reacciones positivas hacia sí mismos, formas para controlar la ansiedad y la depresión. Les cuesta mucho leer y escribir. Hubo una participación activa y colaborativa a nivel grupal

especialmente realizando la cajita de herramientas. A nivel general, se cumplieron las técnicas y los objetivos establecidos para este taller.

A través de la evaluación de las técnicas practicadas, se tiene que el 100% dice que se encuentran muy estresado porque no saben si van a pasar el año escolar. En particular, una persona estudiante mencionó: “a través del arte me siento más libre y feliz, se me hace más fácil ya que me siento realmente sola”. Otro menciona que a través del taller aprendió: “debo expresar mis emociones a alguien a quien le importe ya que así pienso menos en los problemas del futuro”. A través de las técnicas de respiración profunda otra persona estudiante menciona: “me siento mejor haciéndola ya que me di cuenta de cuán importante es respirar para poder manejar mis problemas especialmente con mi madre. Quiero enseñarle a mi mamá a respirar para que ella también logre sentirse mejor y así no gritar o tratarme mal”. Un estudiante menciona que le da “pánico hablar en público”, así que con las técnicas de respiración “pude lograr comunicarme con todos durante la sesión y no sentir que me iba dar un ataque de ansiedad”.

Una estudiante de décimo, quien llamó al 911 diciendo que quería suicidarse dice que “este taller me ha ayudado a tratar de estar más alegre y comprender a mi mamá, quien me da todo y he sido muy injusta tratándola mal pues mi madre tiene que trabajar más de 12 horas al día y no es posible que mi madre esté conmigo todo el tiempo”. También menciona que “voy a tratar de respirar mejor cuando me sienta mal” y agrega que “la caja de herramientas que realicé me está sirviendo y me va a servir para establecer mis metas a corto y a largo plazo”. Esta estudiante quiere ser escritora y se le pidió que escribiera un

poema sobre cómo se sintió al principio y cómo se sintió después del taller. En el escrito cambiar para ser mejor, pero también había un mensaje oculto de cambiar para siempre; puede ser que quiera cambiar en realidad, pero su ansiedad y su depresión son severas, ya que en una de las preguntas menciona que “es mala en todo”. La psicóloga del EBAIS de Miramar ha comenzado a darle terapia individual y en familia (junto con el padre y la madre).

Otra estudiante menciona que a través de este taller “he aprendido que debo de ser más valiente e independiente pues soy una persona muy sociable”. A través de la caja de herramientas dice que “cuando dibujo me siento capaz y libre”. Esta muchacha vive con los abuelos y sufre de *bullying* en el colegio. Dice que le gusta el colegio, pero que preferiría estar sola en su cuarto leyendo o escuchando música. Le gusta ir a la psicóloga porque: “siento que ella sí me entiende”. Una de sus metas en la caja de herramientas es “quiero ser veterinaria o poder ayudar a los animales algún día porque sufren mucho” y agrega “creo que si me lo propongo lo voy a lograr”. Otro estudiante dice que “aprendí a que hay técnicas para manejar el estrés ya que me siento que soy una persona muy importante y puedo cambiar mi actitud para especialmente pasar el año”. También menciona más adelante que “al respirar profundamente puedo sentirme mejor, salir con mis amistades, manejar las cosas en forma más ordenada, estudiar más y hacer las cosas mejor”.

Otro estudiante menciona que “se siente más seguro, recuerdo mis valores, trataré de mejorar mis relaciones y mis estudios y aprendí a que debo hablar con la persona que más quiero ya que tengo a alguien importante en mi vida y no la quiero perder”. Otra

estudiante menciona que a través del taller “he aprendido que se puede manejar el estrés, manejar mis emociones, sentirme importante, que valgo la pena y que puedo hacer las cosas bien”. También menciona “que empecé a concentrarse en mí misma, estar más contenta conmigo y buscar de Dios cuando tenga un problema que no pueda manejar”. A través de la respiración profunda “he aprendido a relajarme porque soy muy ansiosa y con estos ejercicios me he estado sintiendo mejor”. Una estudiante menciona “que puedo hacer las cosas mejor, tener confianza en mí misma, soy una buena chica y soy capaz de hacer muchas cosas para ser alguien en la vida”. Un estudiante, quien quiere ser policía dice que “con las técnicas aprendidas puedo llegar a ser lo que quiero porque soy una buena persona y muy trabajadora”. De hecho este muchacho fue abandonado por su madre y esto le provoca muchos sentimientos encontrados. Quiere encontrar a su madre quien dice vivir en Limón. Él vive con su papá, su pareja y sus abuelos. Hace “apretados” los cuales vende en el colegio. Dice que los estudiantes le hacen mucho *bullying*, sin embargo dice “no me importa porque necesitamos el dinero en mi casa”. “Que a través de la respiración cada vez que éstos me acosen puedo respirar y dejar pasar las cosas que los demás me dicen”.

Otra estudiante menciona que “a través de este taller he aprendido que la vida no es tan mala, que todos los seres humanos tenemos problemas, cuando me enfade sólo ignoro y me voy ya que quiero seguir estudiando y salir adelante”. “Creo que todos cometemos errores y que no tengo por qué sentirme mal cuando tenga problemas”. “La respiración es muy importante para tranquilizarme y yo la aprovecharé”. “He aprendido a sentirme mejor cuando tenga situaciones desagradables”. Otro estudiante menciona que con la cajita de herramientas “he aprendido a creer en mis sueños, en mi futuro y a no

sentirme tan triste”. “Debo practicar más la respiración y la meditación cuando tenga algún problema”.

Todos realizaron las técnicas, pero las que sí les llamaron la atención fueron la respiración profunda y la cajita de herramientas pues en esta pudieron dibujar, crear, pintar, escribir sus metas, y cómo ellos se sienten y cómo estas técnicas pueden mejorar sus vidas.

Sesión 2: Autoestima y autocuidado. Total: 29 estudiantes. 1 de séptimo ausente.

La presión de grupo es positiva para la mayoría cuando se sienten apoyados y aceptados. En el dibujo del árbol donde tenían que escribir en las raíces salieron palabras y frases con expresiones positivas, tales como: solidaridad, respeto, bondad, humildad, sinceridad, apoyo de amigos, no rendirse y autocontrol. En el tronco: respeto, amabilidad, dibujar, recibir cariño de los demás así como de parte de ellos hacia los otros, empatía, autoconocimiento propio, valentía y el uso del celular para manejar sus emociones a través de la música y juegos cuando se sienten molestos con sus padres, hermanos o compañeros de estudio. En las flores: quieren estudiar más, lograr un mejor rendimiento académico el cual consideran una de sus mayores debilidades.

Una chica mencionó que una amiga se tiró por un cerro por mil colones provocándole a ella mucha ansiedad (presión de grupo). También no aceptan el control de sus padres, madres y hubo quienes se quejaron más bien de que a sus padres no les importa. Consideran la amistad como una de las mejores fortalezas, según la evaluación del taller.

En general hubo una gran participación activa y colaborativa por parte del estudiantado. Las personas participantes de onceavo año ayudaron a los de sétimo año explicándoles las actividades que realizaron; hubo mucha camaradería. Las personas participantes expresaron que aún no han hecho el duelo por el estudiante que falleció y la profesora que estaba embarazada; aún así, les gustaría realizar alguna actividad antes de que termine el año escolar.

En cuanto al uso de frases después de evaluar el taller, un estudiante mencionó: “la presión de grupo es positiva cuando me siento apoyado y aceptado por los demás”. Una estudiante mencionó que “para ella lo más importante es la paternidad responsable que implica gastos, paciencia, amor, responsabilidad, entendimiento y autocontrol”. Dice: “eso es lo más importante para mí porque mi familia es lo más importante para mí”. Otro dice que “la presión de grupo es negativa cuando se ignora a alguien o cuando se habla mal de otra persona que no está presente para defenderse”. Otro estudiante menciona que “para tener una adecuada autoestima los amigos son muy importantes, que siempre deben de estar juntos y apoyarse siempre. Los amigos siempre están en las buenas y en las malas”. Una estudiante menciona: “mi autoestima baja cuando no hago las tareas ya que se pierde el 10% del porcentaje de la tarea por irresponsabilidad o porque se me olvida y eso me hace sentir muy mal”. Otro estudiante menciona que “mis papás no me estiman ya que ellos gritan y se gritan entre ellos. Mi mamá y mi papá no saben controlarse y eso me baja mi autoestima, me siento muy inseguro e infeliz”.

Otra estudiante dice: “cuando tengo un problema me gusta compartirlo con mi mejor amiga porque ella siempre intenta comprenderme y consolarme, además de que es la persona a la que le tengo más confianza”. Otra estudiante, cuando se practicó la técnica del semáforo, menciona “que cuando tengo un problema y me siento incapaz de solucionarlo trato de usar el color rojo para detenerme y reconocer lo que siento. Cuando está en amarillo trato de pensar antes de actuar y cuando está en verde trato de actuar con respeto y solucionar el problema, aunque a veces no me siento muy bien”. Una estudiante escribió un mensaje positivo para otra compañera del taller: “haz siempre lo mejor que puedas porque eso aumentará tu autoestima”. Otra mencionó que con la técnica de la escucha activa: “aprendí a estar más callada y me sentí aliviada, muy bien y útil”. Otra estudiante en empatía y escucha activa mencionó: “me siento mal hace mucho tiempo, lloro todos los días y me cuesta dormir ya que me dan ataques de ansiedad cuando estoy en casa, no me gusta estar en casa porque siempre gritan”. Sin embargo, con este ejercicio de ser escuchada sin interrupciones, dijo: “me sentí mejor y más calmada y al escuchar a mi compañero me sentí importante porque fue él quien me buscó a mí y a nadie más”.

Sesión 3: Dinámicas familiares y relaciones personales. Total: 19 estudiantes.

En el análisis final de este taller el estudiantado expresó falta de comunicación por parte de los padres o familiares. Dicen que “no los escuchan”; a veces les dan dinero pero no les prestan atención activa. Se dan varios casos de maltrato verbal principalmente por parte de sus padres y madres. También sufren falta de respeto, por ejemplo, dos estudiantes

mencionaron que sus madres son “hipócritas” que llegan al colegio, regañan al profesorado por algún problema o calificación baja, pero en realidad a ellas no les importa. También quieren y necesitan pasar más tiempo con sus familias, mayor empatía, menos maltrato físico y verbal, mayor comprensión; menos palabras groseras por parte de sus familiares. Un estudiante mencionó que de la “boca de su madre solo sale m.....”. Les gustaría que sus padres estén juntos, una mayor presencia por parte del padre, menos celulares cuando comen, no pelear y no insultarse.

Una estudiante mencionó: “mi familia es algo disfuncional, ellos nunca se comunican conmigo porque mis papás siempre están trabajando e intentan compensar su ausencia con dinero pero preferiría vivir debajo de un puente y poder contarle las cosas a mi mamá. Ellos fingen que son una familia perfecta y hermosa. Sólo saben aparentar, pero bueno.....”. Otra mencionó: “me gustaría pasar más tiempo con mis padres, sin embargo ellos son humildes, amorosos, unidos y a veces me apoyan”. Otro dice: “mi familia es feliz, emocional, sincera y unida”. Otro estudiante menciona que “mi familia es muy separada, no nos respetamos”. Otro dice: “mi familia real es hipócrita, doble cara, poco unida, sólo buscan a alguien cuando les conviene, manipuladores”. Otra dice: “mi familia es muy bonita, me enseñan muchas cosas, me respetan, no es perfecta pero es la mejor que pueda tener”. Un estudiante menciona: “quiero que mis papás vivan juntos. Vivo con mi papá ya que mi mamá se fue por las drogas. Yo vivo con mi papá y mis hermanos, una madrastra que no me quiere. Sin embargo ellos son divertidos y amables a veces”. Otro menciona: “quiero que mi familia no pelee por todo, por la tele, por el baño, la cocina, etc. A veces son buenos y simpáticos pero muy pocas veces y sólo quiero que dejen de pelear”.

Otro estudiante dijo: “me gustaría que mi abuela deje de tomar y no haya tanto maltrato hacia mi persona”. Otro dijo: “quiero que mis papás se hablen no sólo para la manutención”. Un estudiante dice: “me gustaría que mi mamá no sea tan grosera y burlista porque eso me incomoda”. Una estudiante menciona: “me gustaría que mi familia sea más comprensiva, pero sólo quiero tener amor y no sentir que soy una m.. con cada palabra que sale de la boca de mi madre”.

Alrededor del 50% piensa que su familia es buena, amable y que es muy importante para que puedan venir al colegio.

Sesión 4: Conociendo la sexualidad en la persona adolescente. Total 35 estudiantes, ya que se unieron otros estudiantes interesados en el tema.

Se discutieron en forma activa y ordenada 39 frases relacionadas con la sexualidad que podían ser falsas o verdaderas. Hubo mucha interacción por parte del estudiantado. Les molestó las conductas machistas de un estudiante de séptimo, quien consideró que las muchachas nunca pueden insinuarse o tomar algún tipo de iniciativa cuando les gusta alguien; también critica la forma de vestir provocativa de algunas de sus amistades.

Dos ejemplos de estas 39 frases:

- “La sexualidad no es sólo sexo, también tiene que ver con cómo nos vemos, sentimos y relacionamos con los demás”.

- “Cuidarte es también cuidar a la persona con la que estás”.

Hubo mucha discusión y la colaboración fue de 100%. Los estudiantes participantes informaron que realmente nunca han tenido un conocimiento adecuado o real de lo que significa “sexualidad”. Este taller fue más que todo de conversar sobre todo lo que ellos conocían o desconocían de la sexualidad en la adolescencia. Fue una experiencia didáctica para ellos. Una estudiante fue quien codirigió la charla porque ella estuvo muy interesada en lo que creían sus compañeros.

En la sesión se discutió sobre los cambios biológicos, psicológicos, sociales y sobre la identidad y la sexualidad que incluye los valores, creencias e incluso sus experiencias de vida. Preguntas como: “¿Quién soy?, ¿Qué me hace ser así?” ayudan a forjar su propia identidad. Seguimos el lema de que “la sexualidad se vive con respeto y confianza”. El grupo sí sabía cómo utilizar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, pero no sabía nada de cómo evitar enfermedades de transmisión sexual, por lo que se discutió de forma extensa. El estudiantado vio dos videos y aclaraciones por parte de la psicóloga Lic. Alán, y la sustentante.

Sesión 5: Consumo de sustancias. Total: 31 estudiantes

En este taller, además de las técnicas practicadas, hubo una discusión de 31 frases o formas de decir “NO” para negarse al uso de alguna sustancia u otro tipo de droga. Tres

ejemplos de las frases son: “No puedo, tengo que estar lúcido/lúcida. Mis padres/familia se darán cuenta y tendré muchos problemas”. “Quiero cuidar mi salud para cumplir mis sueños”. “No me gustaría sentirme como un/una zombie”. “No”. “Dar media vuelta y continuar”.

En este taller el estudiantado aprendió sobre los peligros de usar sustancias psicotrópicas y el peligro de ir a algún lugar donde vendan bebidas y no aceptar nada de nadie a quien no conozcan porque pueden ponerle alguna droga o sustancia. Asimismo, se estudió sobre el consumo de sustancias como el alcohol, el cigarillo y el vapeo; también los efectos de la marihuana, la cocaína, el éxtasis y se conversó sobre el uso del fentanilo especialmente en Estados Unidos. Durante la sesión se habló sobre la situación caótica que existe en ciertas ciudades como San Francisco, Los Ángeles en California, Chicago, y también en Medellín, Colombia que deja a las personas que las consumen como *zombies* o mueren. También se abarcó el tema de habilidades para resistir la presión de grupo: asertividad (aprender a decir NO sin sentir culpa), evasión (cambiar de tema o retirarse de la situación), usar el sentido del humor (para eliminar tensiones) y el apoyo (búsqueda de respaldo en amigos, familia, orientadores o profesionales en psicología entre algunos). Conversamos sobre las consecuencias del consumo de sustancias que afectan el cuerpo, la mente y las relaciones sociales. Se conversó también sobre las adicciones, pérdida de control, problemas legales y la dificultad para alcanzar las metas personales que se han establecido. Hubo una reflexión sobre cómo influiría el consumo de drogas en sus metas. “Cada decisión cuenta para su futuro”; “Tú decides el camino a seguir”. “El autocuidado

es la mejor forma de libertad”. “Cree en ti y en tu futuro”. “Decir NO es un acto de valentía”.

Cuando se habló de adicciones se mencionaron los 12 Pasos de AA y de Narcóticos Anónimos. “Un día a la vez”. A través de estas dinámicas se determinó que el consumo de sustancias no es un factor de riesgo en esta comunidad.

Sesión 6: *Bullying* y cómo afrontarlo. Total: 17 estudiantes. Novenos y onceavos en exámenes.

El estudiantado del Liceo de Miramar ha recibido charlas por parte del Ministerio de Educación Pública sobre *bullying* como consecuencia del suicidio del estudiante el 19 de marzo. Sin embargo, de estas 17 personas estudiantes, 10 manifestaron que algunos estudiantes les hacen *bullying* y 3 dijeron que les hacen *bullying* en sus casas, se burlan de ellos/ellas. Tuvimos una discusión con frases pequeñas distribuidas al azar además de las técnicas ejecutadas para determinar otras formas de afrontar el *bullying*. Cabe destacar que aquellos y aquellas estudiantes que manifestaron sufrir de acoso, también han sufrido de depresión y ansiedad severa.

Al hablar sobre *bullying* también se conversó sobre las técnicas que se realizaron en los talleres de manejo del estrés, autoestima y autocuidado, y en el taller de dinámicas familiares. Se habló especialmente de la respiración profunda, de ignorar y fortalecer su

autoestima. Las mismas técnicas que aprendieron para manejar el estrés también funcionan para cuando sufren de *bullying*.

Las conductas de acoso son repetitivas con la intención de dañar, humillar o excluir a otras personas. Estas mismas conductas producen consecuencias emocionales (ansiedad, depresión, baja autoestima, mala calidad de vida); académicas (bajo rendimiento escolar, desmotivación, miedo, parálisis o terror ante exámenes); sociales (aislamiento, soledad, sentimientos de minusvalía, pérdida de amistades). Se le recomendó al grupo participante que si se dan cuenta de que alguna persona sufre de *bullying*, no ser simples personas espectadoras pasivas, sino apoyar a la víctima, reportar el *bullying* a docentes, orientadores y orientadoras o a la psicóloga, fomentando el respeto mutuo.

Entre las técnicas que se aplicaron fueron: mantener la calma y respirar profundo; responder, si es el caso, con frases cortas o ignorar; alejarse sin pelear; pedir ayuda a una persona adulta; expresarse por medio de la escritura o a través de actividades creativas. Durante el taller, se siguió la consigna de “Nadie merece ser maltratado, hablar es el primer paso para cambiar la situación”. “Tú tienes derecho a ser respetado y a respetar a los demás”.

Tanto la persona que es víctima como la que es acosadora, tienen igual riesgo de sufrir de ideación suicida. Por esto, la psicóloga debe intervenir tanto a las personas víctimas como a las personas acosadoras. En varios casos, la psicóloga no se había enterado de que algunas personas estudiantes siguen sufriendo de *bullying*. Estas personas

lo escribieron en el TOI y en el IRSA, por eso se le dio una lista a la psicóloga de las personas estudiantes para darles seguimiento en contención y afrontamiento.

Otro aspecto del que se conversó fue de los tipos de *bullying*: el físico (como golpes o peleas); el verbal (burlas, comentarios y risas); el psicológico (amedrentándolos con frases ofensivas como no hacer nada bien, eres una tonta, no sirves para nada); el social (comunitario) y el cibernético (a través de fotos o frases desagradables por medio de la internet (amenazas, burlas y comentarios ofensivos).

El *bullying* produce cambios de conducta (tristeza y aislamiento) y el profesorado se da cuenta de esto. Entre los cambios se destacan: negarse a ir a la escuela o a casa (varios y varias estudiantes sufren de *bullying* en sus casas), bajo desempeño escolar (repentino), irritabilidad, problemas de sueño, aislamiento y cambios en los patrones alimenticios. Durante el taller, una estudiante mencionó que ella sufre de *bullying* en su casa y compartió: “ahora que sé qué es esto, voy a utilizar las técnicas aprendidas como respirar y alejarme, y si esto ocurre en mi casa ir a mi dormitorio y realizar alguna actividad como dibujar o escribir, también escuchar música o hacer mis tareas para pasar bien el año”.

Finalmente, se presentó un video y se hizo un *role play*, donde una estudiante actuaba como víctima y un compañero hizo de acosador. El acosador le dijo que ella era “muy fea” y “muy tonta”, que “no le irá bien en el colegio”. La estudiante empezó a respirar y mencionó: “no me interesa lo que pienses de mí porque yo no soy así y lo sé”.

Los demás estudiantes reflexionaron en grupo y uno mencionó que él le dirá a la psicóloga lo que pasa para que ella los ayude a ambos. Comprendieron que no solo la víctima sino también el acosador repite situaciones que le suceden en su casa y que tratar de buscar ayuda de una persona profesional es actuar de forma asertiva. Se les incentivó a no callar. Otro estudiante mencionó que el estudiante que se suicidó sufría de TEA funcional y que le hacían *bullying* en el colegio y en la casa.

En este taller elaboramos un mural con frases escritas por los estudiantes firmadas por ellos. Cada uno pasó a la pared y escribió lo que ellos harían si saben o ven a alguien sufriendo de *bullying* o siendo los acosadores. La mayoría dijo ignorar, pedir ayuda a un adulto competente, no quedarse callados.

Sesión 7: Proyecto de Vida

En este último taller se ejecutaron las técnicas y objetivos previstos. Las personas estudiantes establecieron metas a corto plazo: pasar el año y dormir mucho durante las vacaciones. También, como meta principal, a mediano plazo: terminar la escuela secundaria; y como meta a largo plazo, para alrededor del 25%: cursar una carrera universitaria; el resto no sabía qué van a hacer cuando salga del colegio. Se utilizaron estrellas para las metas a mediano y largo plazo y corazones para las metas a corto plazo, donde dejaron plasmados sus sentimientos y sus proyectos de vida a futuro. La

participación fue activa, colaborativa, hubo mucho interés especialmente para cumplir su meta a corto plazo; lograr un mejor rendimiento académico y pasar el curso lectivo actual.

Cada estudiante dibujó una línea en una hoja de papel y en el medio escribió el yo del presente con la edad; a la izquierda el pasado y a la derecha el futuro. A la izquierda anotaron los logros alcanzados hasta ahora; el 100% escribió los años de estudio en que están. A la derecha escribieron las metas del futuro más importantes. En otra hoja dibujaron un círculo y allí escribieron las actividades que les dan felicidad. Algunos y algunas los compartieron: salir con amistades, tener amistades, salir con su familia, ir a la playa, dormir, jugar volibol, escuchar música y pintar. La reflexión para estas actividades fue: “¿Cómo nos ayudan los logros pasados y presentes a alcanzar nuestras metas futuras?”. También hicieron un análisis FODA (F: cualidades personales, O: factores externos que pueden ayudar, D: áreas a mejorar y A: factores externos que pueden obstaculizar sus metas). Una estudiante dijo lo importante de realizar un FODA para muchas actividades en su vida: “con el FODA puedo trabajar mis debilidades para superarlas y lograr alcanzar mis metas”. Agregó: “Quiero ser veterinaria y yo sé que debo de estudiar mucho para llegar a serlo”.

También entre todos crearon un *Mapa del Tesoro de Vida* con reflexiones sobre cosas que les gustaría lograr en el futuro. El eslogan que se usó fue: “Cada paso, por pequeño que sea, te acerca a lo que quieres llegar a ser”. Lo escribieron en una cartulina pegada a la pared. Otra actividad que le gustó al grupo fue imaginarse 15 años en el futuro y en hojas blancas escribieron lo que habían conseguido: estudiar una carrera universitaria,

tener una familia, mucho dinero, ser felices, ayudar a los demás; 50% dijo que les gustaría tener hijos e hijas y poder ayudarlos en la forma en que a ellos no se les ha podido ayudar.

CAPÍTULO 5:

DISCUSIÓN

Capítulo 5: Discusión

Discusión de los Resultados

Los talleres evidenciaron el aprendizaje de técnicas para mejorar las habilidades conductuales y emocionales del estudiantado: cómo estos talleres les han podido ayudar a realizar cambios en sus vidas personales. Se ha logrado impactar de manera positiva, un cambio en la manera de pensar de los participantes acerca de la ideación suicida y el suicidio como manera de escapar de sus problemas. De esta manera, se prueba que los talleres sí pueden cambiar la forma de pensar y de actuar contra la IS. Las personas manifestaron que ahora sí pueden pedir ayuda a profesionales que los puedan escuchar, así como conversar con sus familiares para que les presten mayor atención. De hecho, dos estudiantes femeninas, quienes se cortaban los antebrazos, manifestaron que se sienten mejor porque ya saben qué pueden hacer cuando se sienten mal y ya no les pasaría por sus mentes el cortarse o autolesionarse.

A nivel comunitario, hay una psicóloga en el EBAIS de Miramar que les puede poner atención, especialmente durante las vacaciones de fin de año. La psicóloga de la institución también se quedó con todos los instrumentos para que ella y las orientadoras puedan seguir implementando los PPT's y los talleres en el futuro. Estos talleres también podrán ser implementados en otras instituciones educativas; de hecho, un orientador del Liceo de Esparza también solicitó los talleres.

Al pasar el TOI (Test de Oraciones Incompletas) y el IRSA (para medir la ideación suicida en adolescentes y en personas adultas jóvenes) instrumentos que también miden factores de riesgo en IS; los resultados manifestaron cómo con los talleres han logrado sentirse mejor, mejorar sus relaciones personales y familiares, desarrollar resiliencia ante sucesos que ocurrieran en el futuro, tratar de comunicarse de manera asertiva y empática, y poder comunicarse con otras personas adolescentes que se encontraron en riesgo. Asimismo, aprendieron la importancia de ser *gatekeepers*, así como lo menciona la OMS. En general, se espera que se logre disminuir la IS en este colegio y en la comunidad de Miramar.

En la entrevista final, las personas estudiantes expresaron la importancia de este plan de prevención en ideación suicida, ya que en la población adolescente se incrementan este tipo de emociones y conductas autolesionadoras. Las personas participantes han sido testigos de que algunas de sus amistades se cortan, pero es bastante difícil, ya que la psicóloga tiene que hacer una investigación, una conducta privada y un protocolo junto con la CCSS.

En el marco del análisis del impacto del programa de intervención en las personas participantes, las evaluaciones llevadas a cabo en cada taller revelan la funcionalidad de estos talleres y su influencia positiva en la vida del grupo evaluado. Se ha constatado una modificación sustancial en la concepción de la ideación suicida y el suicidio como estrategia de evasión de problemáticas, lo cual evidencia que el plan de intervención ha logrado resultados favorables para la investigación.

En virtud de lo anterior, se destaca la necesidad de proseguir con la implementación de este programa en otras instituciones educativas a nivel nacional. De hecho, el Liceo de Esparza en Puntarenas le ha pedido a la sustentante implementarlo en su institución durante el año escolar 2026. Los testimonios de las personas participantes subrayan una mayor comprensión personal, el manejo de fortalezas aprendidas en sus vínculos familiares, el desarrollo de resiliencia frente a eventos desfavorables y el perfeccionamiento de la comunicación asertiva. Todo lo anterior corrobora la eficacia de los talleres para adolescentes en situación de vulnerabilidad social y de ideación suicida.

A nivel mundial, el suicidio es una de las causas principales de muerte entre jóvenes de los 10 a los 35 años a nivel mundial. La prevención es posible mediante programas dirigidos a adolescentes o a través de la formación de personas adultas en la prevención del suicidio adolescente tal como los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's. Dichos programas de prevención buscan reducir la ideación suicida y aumentar la confianza de las personas jóvenes, al proveerles herramientas o técnicas de información sobre instituciones que los pueden ayudar. Algunos programas se enfocan en la detección temprana (prevención primaria), la sensibilización sobre salud mental. Los proyectos de este tipo suelen ser difundidos por instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Seguridad Pública (MSP), universidades como la Universidad de Costa Rica (UCR), la Universidad Nacional (UNA) y la promoción de la búsqueda de ayuda a través de organizaciones privadas, como las mencionadas anteriormente nombradas en el primer capítulo de esta práctica. Existen otras iniciativas como el TC-709 Salud Mental Comunitaria para la Prevención del Suicidio

en el Cantón de Talamanca, el cual funciona con la participación de la UCR el cual incluye actividades con niños, jóvenes y personas adultas; está enfocada en fortalecer los lazos sociales, atender necesidades emocionales y acompañar perspectivas de vida.

Otro proyecto que estuvo vigente y ya no existe “Casitas de Escucha”, también por la UCR. El cierre de este programa es una enorme pérdida, así lo manifestó un líder comunal en la población de Zuretka, Talamanca en julio de 2025. Otro proyecto es el Protocolo de Atención del Comportamiento Suicida de la UNA, implementado en el año 2019, el cual instruye al personal universitario sobre cómo reaccionar y atender concretamente un caso de riesgo suicida. Funciona como Primeros Auxilios Psicológicos o PAP’s. Además, estimula la promoción de la salud mental y física para evitar que el estudiantado de esta institución caiga en situaciones de riesgo como la depresión y el estrés. También proyectos de acción social de la UCR, especialmente de la Escuela de Psicología en la comunidad de Dota en San José, que han logrado disminuir la tasa de suicidios; este cantón fue el cantón con la mayor tasa de suicidios en años anteriores al tercer cantón en 2025.

La Escuela de Psicología de la UCR brinda cursos de prevención al suicidio en la Escuela de Medicina de dicha universidad en San Pedro de Montes de Oca. La CCSS está implementando una campaña con el objetivo de fortalecer la comunicación entre madres, padres y personas jóvenes para identificar señales de alerta en situaciones de crisis e intervenir a tiempo. ¿Cuál es el problema? Pues que en muchas clínicas del EBAIS no hay plazas para profesionales en psicología. Son los hospitales de atención primaria los

que cuentan con profesionales en psiquiatría y psicología así como en el Hospital de Salud Mental en Pavas. Por último, en Costa Rica, además de las ya mencionadas a través del Ministerio de Salud, también se cuenta actualmente con un programa de prevención de la autolesión y el suicidio: “Empoderamiento de los Profesionales de Atención Primaria de Salud – Costa Rica 2025”. Este curso es ofrecido virtualmente y está destinado a profesionales de la salud, especialmente a quienes están en el primer nivel de Asistencia, con el objetivo de aumentar la competencia en la detección temprana y el manejo de la autolesión y el suicidio para el personal médico y de enfermería a través del MS de Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2025).

Los factores de riesgo detectados en diferentes estudios a nivel mundial incrementan la probabilidad de comportamientos suicidas que pueden ser biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares. Algunos de los factores de riesgo más comunes son:

- Intentos de suicidio previos
- Trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad
- Abuso de sustancias, como drogas y alcohol
- Trastornos de conducta
- Antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo o suicidio
- Entorno familiar disfuncional o sin apoyo familiar
- Conflicto en las relaciones interpersonales
- Aislamiento social y falta de apoyo
- Dificultades en la orientación sexual en entornos no tolerantes

- *Bullying*
- Acceso a medios letales como armas de fuego, medicamentos o pesticidas
- Duelo por pérdida de algún ser querido o relación personal importante así como una mascota y el estar en situación de desempleo

Los factores de Protección: son los que disminuyen el riesgo al suicidio:

- ✓ Habilidades individuales para resolver problemas
- ✓ Fuertes conexiones familiares y sociales
- ✓ Acceso a servicios de salud mental y atención médica adecuadas
- ✓ Creencias culturales y religiosas que desalientan el suicidio
- ✓ Autoestima adecuada
- ✓ Resiliencia e inteligencia emocional

Lo ideal es que estas estrategias de prevención sean integrales, esto significa que se incluyan las familias, escuelas, comunidades y servicios clínicos. Resulta crucial fortalecer las redes de apoyo emocional, mejorar el acceso a la salud mental y promover políticas inclusivas. Es muy importante tomar en serio cualquier señal de alerta y buscar ayuda profesional si es necesario. Los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's son fundamentales: la escucha activa y empática, y referir a profesionales como médicos, enfermeros, psicólogos, orientadores, profesores guía los que juegan un papel esencial en la prevención primaria del suicidio, identificando factores de riesgo y ofreciendo apoyo (OMS, 2022).

Desde la entrega misma de los consentimientos informados firmados, la entrevista cognitiva inicial y las dos primeras pruebas de cribado de ansiedad y de depresión de Beck, se identificaron 7 categorías o factores de riesgo para la ideación suicida en la población referida por el personal de la institución. Los factores de riesgo fueron establecidos por la psicóloga del Liceo de Miramar, 3 orientadoras, la encargada de adecuación curricular y docentes, quienes sospechaban que algunos y algunas estudiantes presentaban este tipo de conductas o factores de riesgo justo después del suicidio del joven estudiante de 16 años el 19 de marzo de 2025. Al final solo se detectaron, por medio del análisis de contenido, cinco factores de riesgo en el Liceo de Miramar.

Según datos del Ministerio de Educación Pública (MEP), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y del Ministerio de Salud de Costa Rica, que apareciera en un artículo publicado por el Semanario Universidad de la Universidad de Costa Rica y el periódico Puntarenas Se Oye, el cantón de Miramar de Montes de Oro de la Provincia de Puntarenas es el primer cantón con la más alta incidencia de suicidios en Costa Rica. El país también ocupa el segundo lugar en Centroamérica en cuanto a la tasa de suicidios en personas adolescentes. Asimismo, los intentos de suicidio se consideran un problema de salud pública que dejan secuelas físicas, cerebrales y emocionales permanentes.

Estudios realizados por la ONU y la OMS refieren que la ideación suicida empieza alrededor de los 10 años, período muy vulnerable, Esta conducta suele detonarse ante el conflicto familiar, la falta de recursos económicos y el índice de pobreza, así como la falta

de comunicación en las familias. La mayoría de las personas jóvenes intervenidas en estos 6 meses mencionó que son más felices en el colegio que en sus casas. Incluso, en ocasiones, creen que en el colegio sí existe una red de apoyo cuando lo necesitan. Cuántas veces la psicóloga y la directora han tenido que pasar horas en el Hospital Monseñor Sanabria ante intentos de suicidio de personas estudiantes del liceo. La comunidad no tenía esta red de apoyo a nivel del EBAIS, que ahora sí la tiene desde el 1 de octubre con una psicóloga a tiempo completo.

Se establecieron 7 talleres que corresponden con los factores de riesgo detectados en el liceo por el profesorado durante la primera reunión. Los temas por tratar fueron:

1. Qué es el estrés y cómo manejarlo con diferentes técnicas.
2. Autoestima y baja tolerancia a la frustración junto con técnicas de autocuidado.
3. Dinámicas familiares disfuncionales y de relaciones sociales también disfuncionales.
4. Sexualidad en la adolescencia.
5. Consumo de sustancias y drogas, que se ha convertido en un flagelo, especialmente para los adolescentes en Costa Rica con foco en la GAM y en los puertos; en Miramar, debido a las condiciones geográficas rurales, aún este problema no se ha manifestado.
6. Acoso por parte de compañeros, compañeras y familiares; también el acoso por medio de las redes sociales de internet.
7. Desarrollo de un plan de proyecto de vida con metas a corto, mediano y largo plazo.

A pesar de charlas brindadas por el MEP después del suicidio del joven de décimo año, muchos y muchas estudiantes de esta población sufren de acoso por parte de sus pares de estudio y también por sus madres o padres. Del total de población del liceo (1.000

estudiantes) se entregaron 100 consentimientos informados (10%) y de estos se recibieron 60 ya firmados (6%). El total de los 60 estudiantes quienes fueron evaluados con una entrevista conductual estructurada y 2 pruebas de tamizaje de Beck, el de ansiedad y el de depresión. De la muestra de 60 estudiantes se descartaron 30, pues demostraron no sufrir de depresión ni de ansiedad y en la entrevista conductual no presentaron estos factores de riesgo. El 90% de la muestra fueron mujeres. Según los subgrupos de cada año escolar, el género femenino es el que presenta mayor depresión y ansiedad. Las otras dos pruebas (TOI) e (IRSA) son pruebas proyectivas de personalidad, especialmente formuladas para adolescentes que determinan también la presencia o ausencia de factores de riesgo de ideación suicida.

En cuanto a la población intervenida (3%) se encuentra que no hay variabilidad geográfica, ya que todas las personas estudiantes provienen de la misma comunidad rural. Hubo ausencia de control por parte de la investigadora, ya que el grupo se conformó por estudiantado que fue referido por el mismo profesorado; para la sustentante, esto actuó como una muestra al azar, sin embargo, sí se da un sesgo, ya que la elección de los estudiantes fue realizada por el personal docente, quien sospechaba de la presencia de factores de riesgo a la ideación suicida o por sospecha de problemas de salud mental en el estudiantado referido por ellos. Debido a esto no se puede extrapolar al resto de la población de estudiantes del liceo; aún así, y porque los factores de riesgo son los mismos para toda la población de adolescentes en el mundo, a la muestra se le puede considerar representativa.

Todas las pruebas y los talleres se corroboran entre sí ya que fueron pasados al 10% de la población total del liceo referida por el profesorado, sin que la sustentante se dirigiera a cierta población en específico, a no ser por presentar posibles factores de riesgo. Los mismos factores de riesgo se presentaron en las otras dos pruebas: TOI (Test de Oraciones Incompletas) e IRSA (para detectar factores de riesgo al suicidio en adolescentes costarricenses).

Algunas personas participantes, principalmente en las pruebas TOI (Test de Oraciones Incompletas), que es de índole cualitativa y proyectiva, e IRSA, para detectar ideación suicida en adolescentes y personas adultas jóvenes, expresaron sentirse muy vulnerables por no contar con apoyo por parte de sus familiares directos. Incluso, un estudiante de onceavo año dijo que quiere que su familia desaparezca. La mayoría provienen de familias disfuncionales donde se siente la ausencia de uno de los padres o de ambos; algunos y algunas viven con los abuelos y abuelas, ya que el padre no está presente del todo o la madre los ha abandonado. La pobreza es uno de los limitantes principales; y una parte ha sufrido de abuso sexual y de agresión física y psicológica en sus hogares. En esta comunidad es frecuente el incesto; por ejemplo, algunas estudiantes después de finalizar la escuela secundaria se casan para poder contar con recursos económicos estables. Otra parte de la muestra no ha procesado un duelo por alguno de los padres, abuelos o abuelas fallecidos, o por el estudiante que se suicidó en marzo 2025. También murió una profesora muy querida que estaba embarazada, por quien no se les ha permitido externar sus sentimientos y poder expresar su duelo.

En el 100% de esta población intervenida (30 estudiantes) se dan problemas de ansiedad y depresión severas que podrían incrementar la IS debido a su vulnerabilidad, ya que sus cerebros se encuentran en desarrollo y debido a la problemática del entorno, así como cambios personales, fisiológicos, hormonales y emocionales, que incrementan la ideación suicida. Al sentirse en soledad, desesperanza y aislamiento y luchando con su bajo rendimiento académico incrementado por la pandemia; la falta de apoyo familiar y el acoso constante de pares de estudio incrementa la sensación de no estar más, ya que creen que a nadie les importa y no pasa nada si no están. Cinco participantes manifestaron la muerte como única opción para librarse de sus problemas, sin embargo, la piensan en forma no permanente, cuando la muerte es para siempre.

A través de los talleres, el estudiantado participante ha cambiado su forma de pensar, más coherente, pues se siente más apoyado, menos vulnerable y ha aumentado su nivel de autoestima con las técnicas realizadas, lo cual genera una mayor tolerancia a la frustración. Ya no piensan más en el suicidio, sino en buscar ayuda si sienten ansiedad o depresión.

Hubo 3 personas que se lesionaban, se cortaban en los antebrazos y se cubrían con mangas largas para que nadie viera las heridas. Por medio de estos talleres y las técnicas de afrontamiento que se les dio, en la entrevista final las 3 personas estudiantes mencionaron no volver a hacerlo. Expresaron vergüenza explicando también por qué lo hicieron: para olvidar tanto problema emocional. El dolor físico les ayudaba a olvidarse de sus emociones dolorosas, pero ahora cuentan con la ayuda de la psicóloga y las

orientadoras. Estas 3 personas estudiantes están en onceavo año, 2 de ellas piensan seguir estudios universitarios, pedir ayuda a instituciones del gobierno y becas para poder sufragar sus gastos educativos. La otra quiere estudiar veterinaria en la UNA o en la UTN y la otra Medicina en la UCR. Ninguna de las personas estudiantes manifestó haber conocido a algún o alguna familiar que se suicidara, a no ser por este estudiante. De las 30 personas estudiantes, la psicóloga sospecha que 27 pueden sufrir de TEA de alto rendimiento; la mayoría recibe adecuación curricular y se encuentran dentro del Plan Nacional Educativo del MEP.

Talleres

Los talleres se realizaron para atenuar los 7 factores de riesgo encontrados por el profesorado durante la primera reunión en mayo del 2025.

1. Concientización sobre factores de riesgo: el estudiantado ahora está más consciente de los factores de riesgo asociados con la ideación suicida, como estrés, *bullying*, depresión, ansiedad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, falta de autocuidado y dinámicas familiares disfuncionales. Esto les permite identificar mejor estas señales en sí mismos y en sus pares.
2. Mejora en la autoestima y manejo del estrés: los talleres han demostrado ser efectivos para mejorar la autoestima de los estudiantes y proporcionarles herramientas para manejar

el estrés de manera más saludable y consciente. Al abordar estos factores con diversas técnicas practicadas y aprehendidas, el estudiantado se siente más seguro y capaz de poder enfrentar los desafíos diarios a través del cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.

3. Empoderamiento contra el *bullying*: el estudiantado ha aprendido estrategias para manejar y prevenir el *bullying*, tanto para sí mismo como para otras personas. Esto crea un ambiente escolar más seguro y de apoyo mutuo mediante técnicas aprendidas de respiración profunda, comunicación asertiva, ignorar conductas y alejarse de la fuente de acoso así como solicitar apoyo profesional en el liceo o con profesionales externos, si este fuera el caso.

4. Mayor comprensión de la sexualidad: los talleres han proporcionado información clara y precisa sobre la sexualidad en la adolescencia y han ayudado a las personas estudiantes a tomar decisiones informadas y a sentirse más cómodas con su identidad. También resulta importante para prevenir enfermedades de transmisión sexual y un embarazo no deseado.

5. Desarrollo de *Gatekeepers*: el estudiantado se han convertido en “*Gatekeepers*”, capaz de reconocer conductas de riesgo en amistades y familiares a través de escucha activa y empática; también pueden ofrecer apoyo y prevenir posibles suicidios según la OMS.

6. Promoción del autocuidado: se ha fomentado la importancia del autocuidado y enseñado a priorizar su bienestar físico y emocional. Esto incluye hábitos saludables, técnicas de

relajación y la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesaria. La psicóloga cuenta con una lista de estudiantes que manifestaron en el TOI y en el IRSA así como en la entrevista cognitiva, sufrir de *bullying*. Tampoco se puede olvidar que las personas estudiantes y la psicóloga cuentan con panfletos sobre las técnicas empleadas en cada uno de los talleres. La psicóloga puede atender a las personas estudiantes en contención como en afrontamiento.

7. Fortalecimiento del proyecto de vida: los talleres han ayudado al estudiantado a establecer y fortalecer sus proyectos de vida, lo cual les da un sentido de propósito y motivación para el futuro.

En resumen, los talleres han sido una herramienta valiosa para fomentar la detección y prevención de la ideación suicida entre las personas estudiantes del Liceo de Miramar. Las actividades han abordado los factores de riesgo y proporcionaron herramientas y técnicas para lograr el bienestar emocional, por tanto, se ha creado una comunidad escolar más informada, solidaria y resiliente.

Comparación con estudio similar:

Comparando la tesis realizada por Camila Casanova en el 2019 de la UNIBE, para obtener el grado de licenciatura en psicología, se confirman los hallazgos encontrados por esta profesional. La diferencia con estos es que este informe es más extenso en el tiempo. La población es más homogénea, pues las personas estudiantes provienen de la misma

zona rural y es muy diferente a la población estudiada por Camila Casanova, la cual es muy heterogénea. Esto no quiere decir que los mismos factores de riesgo se den de igual manera, pero sí se dan con menor intensidad que en el Liceo de Miramar. En su estudio, el mayor factor de riesgo es el consumo de sustancias y la sexualidad así como la disfuncionalidad familiar, mientras que en Miramar predominan las dinámicas familiares disfuncionales. La población del Liceo que estudió Camila es el Liceo Lic. Manuel Benavides en Heredia y los estudiantes vienen de lugares conflictivos, como la Guararí y otras. Además, en el Liceo de Miramar se les dio un taller específico para que los estudiantes se convirtieran en *Gatekeepers* como lo manifiesta la OMS. Así, a través de la escucha activa y empática, el estudiantado ha demostrado una mayor capacidad para identificar factores de riesgo específicos asociados con la ideación suicida en amistades y familiares.

En cuanto al consumo de sustancias han aprendido a identificar los signos de abuso y que existe una fuerte relación entre el consumo de drogas y el riesgo al suicidio. También manifestaron el miedo a no poder cumplir sus metas futuras.

En cuanto a la sexualidad, pueden reconocer situaciones de discriminación y falta de apoyo que pueden también llevar a la ideación suicida. Estos talleres han abordado temas específicos de salud sexual, como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar y el consentimiento personal. Esto ha permitido a las personas estudiantes poder tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad.

Estrategias *antibullying* concretas, como el reporte de incidentes, la intervención de terceros y la promoción de un ambiente escolar inclusivo. En las sesiones han aprendido a defenderse y defender a otras personas, lo cual reduce la incidencia de *bullying* en el liceo. También han ignorado conductas por parte de las personas acosadoras. Por medio del alejamiento y comunicación asertiva y empática. A la vez, es muy importante el nivel de autoestima y autocuidado. Buscar apoyo por parte de las personas profesionales o, en su caso, de docentes que hayan llevado los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP's.

En cuanto a las técnicas de manejo del estrés, los talleres han proporcionado técnicas específicas de manejo del estrés, como respiración profunda, meditación y ejercicio físico, a la vez la importancia de tener una buena higiene del sueño, dormir de 7 a 8 horas en la noche y no usar el celular unas dos horas antes de ir a dormir. También se les dio una pequeña charla sobre alimentación balanceada. El estudiantado ha reportado una disminución en sus niveles de estrés y una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles. Una estudiante compartió: “Desde que aprendí las técnicas de respiración profunda, las uso cuando me siento muy ansiosa especialmente antes y durante los exámenes. Me ayudan a calmarme y concentrarme mejor”.

En lo que respecta al autocuidado, se han promovido prácticas específicas como alimentación saludable, descanso adecuado y la participación en actividades recreativas, artísticas y deportivas. El estudiantado ha aprendido a priorizar su bienestar físico a través de una alimentación adecuada (comiendo más vegetales, verduras, frutas y agua en lugar de comida rápida y gaseosas). Otro punto importante es la necesidad de practicar deportes

o realizar actividades físicas y tener algún pasatiempo. También cuidar su bienestar emocional para reducir el riesgo de depresión y ansiedad y buscar apoyo profesional.

En cuanto al fortalecimiento del proyecto de vida, los talleres han ayudado a definir metas y objetivos realistas para el futuro, pues fomentan un sentido de propósito y motivación. Han aprendido a identificar sus fortalezas y talentos, pero también sus debilidades y las actividades que deben realizar para lograr estas metas y alcanzar sus sueños.

En resumen, los talleres de prevención de la ideación suicida han tenido un impacto significativo en la vida de las personas estudiantes del Liceo de Miramar. Al abordar factores de riesgo específicos y proporcionar habilidades concretas para el bienestar emocional, se ha creado una comunidad escolar más segura, saludable y resiliente por parte del profesorado y de las personas estudiantes.

No se detectaron problemas de consumo de sustancias o drogas. Esta población, debido a su situación geográfica, vive en una zona rural no ha sufrido acoso para la ingesta de sustancias. El colegio cuenta con 3 guardas de seguridad entrenados para poder detectar cualquier situación o persona sospechosa. Además, se registra quién o quiénes entran y salen de la institución. Si ven algo sospechoso llaman al 911, pues la policía se encuentra a sólo 100 m de la salida del colegio. Sólo hay una salida para las personas y no pueden salir o entrar por la otra entrada al liceo, está totalmente prohibido y cerrada con dos candados. De la muestra evaluada, ninguna persona estudiante reconoció haber ingerido o

usado algún tipo de droga o sustancia. Además, se aprendieron varias técnicas para decir “NO A LAS DROGAS”. También tener mucho cuidado si asisten a algún evento y alguien les ofrece un refresco destapado porque les pueden poner drogas.

El problema mayor de estos estudiantes es la desintegración familiar que sufren y el no contar con una red de apoyo familiar o comunitaria efectiva. También, aunado a esto, el abuso sexual por incesto que algunos y algunas han sufrido, y la violencia o agresión verbal o por parte de sus familiares, especialmente por sus madres. En sus hogares hay ausencia de un modelo de apoyo para la resolución de conflictos de forma empática y asertiva. Durante la primera entrevista, las personas estudiantes manifestaron sentirse perdidas y solas. En la segunda entrevista conductual, las personas estudiantes manifestaron que ahora son más conscientes y que tratan de conversar con sus familiares para que no peleen ni griten y que traten de resolver los problemas en forma “civilizada”. Esto dicho por varias personas estudiantes.

Otro factor es el bajo rendimiento académico. El 100% de los participantes externó su preocupación por ello. Algunos y algunas de las personas estudiantes de séptimo y de octavo año no saben leer ni escribir bien, cometen muchos errores ortográficos. Manifestaron que les cuesta mucho la matemática, pero que les gusta la educación física y el arte. Una parte de las personas estudiantes presentan un atraso de alrededor de 3 años en su nivel de lectoescritura.

Se les dio técnicas de *Gatekeepers* a través del uso de respiración profunda, el hablar con alguien que les brinde apoyo y el reconocer los factores de riesgo en amistades, pares y familiares a través de la escucha empática. También se les dio herramientas para lograr una adecuada comunicación con personas que las puedan ayudar o referir, que realmente las escuchen de forma asertiva, sin obligarlas a hablar si no quieren pero que sí se sientan protegidas física y emocionalmente para disminuir o eliminar la ideación suicida, puesto que esta puede durar horas, días e incluso semanas. Se ha visto que si estas personas tienen este tipo de apoyo, no se suicidan, pero esto depende de las características personales o factores de riesgo personales de cada persona (OMS, 2022)

Limitaciones

Una limitación importante fue que se debió de repetir varios talleres debido a que una parte de las personas estudiantes estuvieron tomando exámenes, enferma, por enfermedad, por vacaciones de medio año y por actividades sindicales del personal educativo.

Conclusiones:

Los objetivos establecidos en esta práctica se cumplieron a cabalidad. No solo se detectaron los 5 factores de riesgo según el análisis de contenido, sino que se trabajó en

equipo multidisciplinario: la sustentante, la psicóloga y la encargada de adecuación curricular con la finalidad expresa de disminuir la ansiedad y la depresión sufrida por el estudiantado. Se les dio explicaciones en diapositivas de Power Point, algunos videos relacionados con los temas que se discutieron luego y por supuesto técnicas para afrontar los diferentes factores de riesgo en cada uno de los talleres.

Algo importante de mencionar es que las personas estudiantes se sienten más empoderadas, especialmente a luchar contra el *bullying*; se sienten más seguras para poder manejar las situaciones de estrés cotidianas así como el convertirse en *Gatekeepers*. Han aprendido que una manera de ayudar es reconociendo estos factores de riesgo al suicidio en otras personas, brindando una escucha activa y asertiva con la finalidad de minimizar estos factores de riesgo y con ellos ayudar a salvar vidas.

Los factores de riesgo mencionados como: relaciones familiares disfuncionales, maltrato por parte de padres y madres, acoso escolar por parte de algunas personas estudiantes, baja tolerancia a la frustración, falta de valoración positiva, carencia de red de apoyo familiar y comunitaria, la ubicación geográfica (está a 17 km de Barranca, Puntarenas). Otro factor que impacta es que no tienen sitios de ocio como un cine, solo hay una heladería en el mercado de Miramar, supermercados y restaurantes pequeños, o sea no hay lugares para que los adolescentes se puedan distraer sanamente. También son factores de riesgo que llevan a ideación suicida la pobreza y las limitaciones económicas de sus familias, a las cuales están sometidos, y el bajo rendimiento académico.

Los talleres presentados entre la sustentante y la psicóloga de la institución se convirtieron en factores protectores, ya que generaron un cambio en el pensamiento de estas personas adolescentes. Ahora cuentan con material de apoyo como panfletos con técnicas para ser leídas cuando lo necesiten en el futuro.

Se notó en la mayoría la carencia de información sexual y el desconocimiento del posible contagio de enfermedades de transmisión sexual, pero sí sabían de métodos anticonceptivos para evitar embarazos. No por información suministrada en el colegio, sino por familiares.

A través de la entrevista cognitiva estructurada final se detectó un cambio positivo generado por el plan de intervención de los talleres, ya que estos ocasionaron modificaciones en los pensamientos con respecto a los factores de riesgo que conllevan a ideación suicida y suicidio como método para escapar de sus problemas cotidianos.

Se abrió una nueva posibilidad en la oficina de la nueva directora para que esta funcione como oficina de contención de PAP's antes de ver qué se puede hacer, si llamar a los padres, si enviarlos al EBAIS de Miramar para intervención psicológica o al Hospital Monseñor Sanabria. También el profesorado por pasillo se logró acuerpar para ayudarse mutuamente en caso de que se presente una crisis emocional y ellos no puedan contenerla por encontrarse ocupados con los otros estudiantes. Cada docente cuenta con una actividad para que el estudiantado continúe trabajando y se haga cargo para que el profesor o la profesora pueda intervenir en situación de crisis emocional. La charla abierta sobre cómo

llevar a cabo los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) con el personal de la institución fue un éxito. Se realizaron dos charlas, una en la mañana y la otra en la tarde de aproximadamente 4 horas cada una; además, la directora les brindó todo el apoyo para que el profesorado se sintiera seguro y no con temor de que, si tocan a algún o alguna estudiante, no vayan a recibir una denuncia por los padres o madres por acoso o pedofilia. El personal de la institución se sintió muy apoyado y nutrido con la intervención por parte de la directora del liceo.

Se concluye que este plan de intervención primaria ejecutado durante los meses de mayo a octubre fue muy conveniente y brindó grandes beneficios, no solamente a la población intervenida sino a toda la comunidad educativa que se ve muy beneficiada con menos temor y más ganas de poder continuar ayudando al estudiantado al reconocer los factores de riesgo a ideación suicida. Hay que notar que la psicóloga está 100% atenta a todas las necesidades del estudiantado y que también trabaja con citas.

Recomendaciones:

Continuar con los talleres para tratar los factores de riesgo. La psicóloga cuenta con todos los materiales (PPT's, afiches y panfletos con todas las técnicas) que se ejecutaron durante los talleres y que ella es libre y capaz de continuar promoviéndolos en el Liceo). Estos talleres podrán utilizarse en otros centros educativos del país tales como en el Liceo de Esparza donde un orientador manifestó que este centro tiene un gran

problema con adicciones y venta de drogas por algunos estudiantes. En una visita que realicé al colegio me señaló una chica que ha estado ya varias veces internada en el Hospital Monseñor Sanabria por sobredosis. Este orientador me llamó y me dijo que pasaron a la muchacha a cuidados intensivos por una sobredosis y los padres la sacaron del colegio.

Seguir trabajando en el Liceo de Miramar en forma interdisciplinaria tanto la psicóloga, las 3 orientadoras, los profesores guía y los profesores incluyendo al personal de seguridad y del comedor para continuar fortaleciendo ese grupo de apoyo que existe en el Liceo de Miramar donde realmente el personal sí se preocupa por el bienestar de sus educandos.

Para los estudiantes:

Fortalecer las metas propuestas por ellos a corto, mediano y a largo plazo y así poder graduarse con un mejor rendimiento académico de la escuela secundaria.

Buscar la ayuda idónea que necesitan por medio de profesionales calificados si se sienten mal por cualquier situación. Durante el período de vacaciones, pues ya por lo menos cuentan con una psicóloga a tiempo completo en el EBAIS de Miramar, no tienen que ir a 17 Km al Hospital Monseñor Sanabria Martínez en Barranca, Puntarenas.

Denunciar cualquier tipo de abuso o acoso, así como violación sexual, agresión física o psicológica por parte de compañeros y compañeras del colegio, familiares u otras personas.

Revisar los panfletos que se les entregó durante los talleres y que contienen todas las técnicas que ellos podrían utilizar en el futuro para sentirse mejor, lograr una mejor comunicación con sus familias y lograr conseguir las metas que establecieron durante la sesión 7 del establecimiento del proyecto de vida futuro.

CAPÍTULO 6:

REFERENCIAS

- Asamblea Legislativa. (1973). Ley General de Salud. [Ley 5395, actualizada en el 2014].
https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto revisado).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Argota Matos, N., Alvarez Caballero, M., Camilo Colás, V. M., Sánchez Maso, Y., & Barceló Román, M. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 37(1), 30-38.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-8242015000100004
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Brenes-Murillo, G., Alfaro Molina, K., Calderón Jiménez, A. C.y López, X. (2025). Informe anual de casos de suicidios del año 2024 y propuesta metodológica de análisis. [Ministerio de Salud de Costa Rica con apoyo técnico de la Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana y la Secretaría Técnica de Salud Mental].
<https://observatorio.mj.go.cr/sites/default/files/an%C3%A1lisis%20de%20suicidios%20version%20final.pdf>
- Calvo González, C. (2017). *Programa de intervención sobre la ideación suicida en los y las estudiantes que cursan los grados de séptimo y octavo año, en el Liceo Ingeniero Manuel Benavides Rodríguez, ubicado en San Francisco de Heredia durante el período de mayo a junio del 2017*. (Trabajo final de graduación bajo la modalidad de Práctica Supervisada para optar por el grado de licenciatura en Psicología). Universidad de Iberoamérica (UNIBE), San José, Costa Rica.
- Camarillo, B. (2025). UNED llama a crear espacios seguros de escucha y contención para prevenir el suicidio. *Mi Tierra Digital*.
<https://periodicomitierra.com/actualidad/uned-llama-crear-espacios-seguros-de-escucha-y-contencion-para-prevenir-el-suicidio>

- Casanova Martínez, C. (2019). *Primeros Auxilios Psicológicos en Suicidio*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad de Iberoamérica (UNIBE), San José, Costa Rica.
- Castro Trejos, J. G. (2007). Aspectos médico legales del suicidio en Costa Rica: Epidemiología del suicidio en Costa Rica del 2000 al 2004. *Medicina Legal de Costa Rica*, 24(2), 67-80. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v24n2/3561.pdf>
- Centre for Disease Control and Prevention. (2024). *Risk and Protective Factors for Suicide*. <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Cordero-Parra, M. (2024, 31 de julio). Costa Rica registra más intentos de suicidio en niños y jóvenes entre los 10 y 19 años de edad. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/costa-rica-registra-mas-intentos-de-suicidio-en-ninos-y-jovenes-entre-10-y-19-anos-de-edad/>
- Depp, C. A., Moore, R. C., Perivoliotis, D., Holden, J. L., Swendsen, J., & Granholm, E. L. (2016). Social behaviour, interaction appraisals, and suicidal ideation in schizophrenia: The dangers of being alone. *Schizophrenia research*, 172(1-3), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.028>
- Dirección de vigilancia de la salud. (2025). *Boletín epidemiológico N 34 de 2025*. Ministerio de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs-enfermedades-de-transmission-vectorial/boletines-epidemiologicos-2025/9757-boletin-epidemiologico-n-34-5/file>
- Feigelman, W. & Gorman, B. S. (2008). Assessing the effects of peer suicide on youth suicide. *Suicide & life-threatening behaviour*, 38(2), 181–194. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.181>

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Smith, L. (1997). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV*. American Psychiatric Press Inc.
- González Fortaleza, C., Ramos, Lira, L., Vignau Brambila, L.E. y Ramírez Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud mental*, 24(6), 16-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7464592>
- González, M. (2004). *El proyecto de vida como herramienta para la orientación personal y vocacional en adolescentes*. (1 Ed.). Editorial Universidad de Costa Rica.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviours in adolescence. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1281–1290. <https://doi.org/10.1002/jclp.20632>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., Brown, G. K., ... Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(3), 206–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Johnson, S. L. (2003). *Therapist's Guide to Clinical Intervention: The 1-2-3's of Treatment Planning*. (2ª Ed.). Academic Press.

- Joseph, C. H., Olatunji, R. O., & Anikelechi, I. G. (2022). Suicide Among Teenagers and Young Adults: The Causes, Trends and Intervention. *Gender and Behaviour*, 20(1), 18973–18983. <https://doi.org/10.4314/gab.v20i1>.
- Kaslow, N. (s.f.). *Suicidio en adolescentes: ¿Cuáles son los factores de riesgo?. El temperamento, la familia y su entorno juegan un papel importante*. <https://childmind.org/article/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/>
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y educación*. (2 Ed.). EUNED.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage publications.
- Poder Ejecutivo. (2018). Oficialización de la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional del Abordaje Integral del Comportamiento Suicida. [Decreto Ejecutivo 40881-S.]. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Normativa%20nacional%20para%20la%20articulaci%C3%B3n%20interinstitucional%20en%20el%20abordaje%20integral%20del%20comportamiento%20suicida.pdf>
- Maroto Vargas, A. y Hernández Campos, M. (2014). Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica”. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 47-62. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476747237001.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2024). *Salud hace un llamado a crear conciencia para prevenir el comportamiento suicida en el país*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/61-noticias-2024/1964-salud-hace-un-llamado-a-crear-conciencia-para-prevenir-el-comportamiento-suicida-en-el-pais>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2023). *Guía Informativa y de Apoyo Psicosocial como recurso de actuación ante el suicidio*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/salud-mental-1/boletines-noticia-de-salud-mental/6441-guía-informativa-y-de-apoyo-psicosocial-como-recurso-de-actuación-ante-el-suicidio/file>

- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*.
<https://repositorio-np.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/134/PP.041.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñetón, M., Uribe, I., Trejos, A., Alarcón-Vásquez, Y. & Reyes, L. (2019). Estilos de afrontamiento como predictores del riesgo suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 36(1), 120-131.
<https://doi.org/10.14482/psdc.36.1.616.8>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2005). *Desarrollo humano*. (9a Ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Polanco-Roman, L., Ebrahimi, C. T., Satinsky, E. N., Benau, E. M., Martins Lanes, A., Iyer, M., & Galán, C. A. (2024). Racism-Related Experiences and Traumatic Stress Symptoms in Ethn racially Minoritized Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 53(4), 690–707.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2292042>
- Polanco-Roman, L., Gomez, J., Miranda, R., & Jeglic, E. (2016). Stress-Related Symptoms and Suicidal Ideation: The Roles of Rumination and Depressive Symptoms Vary by Gender. *Cognitive therapy and research*, 40(5), 606–616.
<https://doi.org/10.1007/s10608-016-9782-0>
- Pomareda García, F. (2024, 24 de abril). Aumento de 275% en tasa de intentos de suicidio en Palmares es un llamado a la intervención respetuosa y a la escucha. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/aumento-de-275-en-tasa-de-intentos-de-suicidio-en-palmares-es-un-llamado-a-la-intervencion-respetuosa-y-a-la-escucha/>

- Pinho, A. M. (2022). Uso de nuevas tecnologías en la prevención del suicidio en adolescentes: revisión sistemática de la literatura. *Revista Milenium* 2(22). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9121110>
- Quesada González, M. P. (2009). *La adolescencia como etapa de desarrollo*. (Tesis para optar al grado de licenciatura en Psicología). Universidad de Iberoamérica (UNIBE).
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3). https://lhc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2012_11.dir/pdfTHAbXqUfAR.pdf
- Rodríguez, M. A. (2019). *La construcción de proyecto de vida en la adolescencia: una perspectiva psicoeducativa*. Editorial Universidad Nacional a Distancia (UNED).
- Rojas Alfaro, Z. (1981). *El Examen Mental*. Editorial UCR.
- Sher L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 99(1), 57–61. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci146>
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., Elimam, D. M., Gaylor, E., & Jayaraman, S. (2012). Prevalence and correlates of suicidal ideation and physical fighting. In J. R. Lutzker & J. Merrick (Eds.), *Applied public health: Examining multifaceted social or ecological problems and child maltreatment* (pp. 17–29). Nova Biomedical Books. Telford, O. (2020). *Cognitive Behavior of Therapy: simple techniques to instantly overcome depression, relieve anxiety, and rewire your brain*. Pristine Publishing.
- Viswanathan, M., Wallace, I., Middleton, J. C., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Hudson, K., Rains, C., Vander Schaaf, E. B. & Kahwati, L. (2022). Screening for Depression, Anxiety, and Suicide Risk in Children and Adolescents: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK585397/?report=classic>
- Whitmore, L. M., & Smith, T. C. (2019). Isolating the Association of Sleep, Depressive State, and Other Independent Indicators for Suicide Ideation in United States Teenagers. *Archives of suicide research : official journal of the International*

Academy for Suicide Research, 23(3), 471–490.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456992>

Zandy, M., Zhang, L. R., Kao, D., Rajabali, F., Turcotte, K., Zheng, A., Oakey, M., Smolina, K., Pike, I., & Rasali, D. (2019). Area-based socioeconomic disparities in mortality due to unintentional injury and youth suicide in British Columbia, 2009-2013. Disparités socioéconomiques et spatiales dans les décès attribuables au suicide chez les jeunes et aux blessures non intentionnelles en Colombie-Britannique (2009-2013). *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 39(2), 35–44.
<https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.2.01>

VIDEOS:

<https://Educa.Espoir> (Videos 2 y 3) Fundación Espoir, Ecuador. 28 de abril y 2 de mayo, 2020

<https://www.enterarse.com> ¿Qué es estrés? Señales de alerta

Video YouTube: “Educación sobre sexualidad sin vergüenza (Adolescencia)”
Servicio de Atención a la Familia (SAF). España. 10 de mayo, 2021.

Video YouTube. “Nuggets” (Drogadicción).

[Youtu.be//bxB0cNWr1ZQ](https://youtu.be/bxB0cNWr1ZQ)

Videos cortos del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica:

“No juegues conmigo” - “Monstruos sin disfraz”. Socioescuela.

CAPÍTULO 7:

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Consultante menor

EN CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLÓGICO DEL COLEGIO DE PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA
DE COSTA RICA

Nombre del/la Profesional en Psicología: _____

Grado profesional: _____

Código profesional: _____

Número telefónico: _____

Dirección del lugar de atención: _____

El presente documento, tiene como objetivo hacer de su conocimiento las pautas por las que se rige cualquier forma de intervención desde la Psicología.

♦Primeramente, es importante que usted conozca que las personas profesionales en Psicología que ejerzan la profesión, deben estar debidamente incorporado/as (al día en sus obligaciones éticas y económicas), ante el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica; de lo contrario su ejercicio será ilegal.

♦El ejercicio profesional de la Psicología en Costa Rica, se encuentra respaldado por la Ley Orgánica 6144, Ley del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (Reforma 2018), decretada por la Asamblea Legislativa; y regulado por el Código de Ética y Deontológico, el cual debe ser acatado por todas las personas profesionales incorporadas.

♦ En dicho código se expresa que es obligación del/la profesional en Psicología, antes de iniciar un proceso psicológico, contar con la autorización de la/s persona/s consultante/s o su representante legal, en caso de ser menor. En aquellos casos, en que los padres o encargados se nieguen a consentir la intervención, pero esta sea estrictamente necesaria, el/la profesional en psicología, podrá brindar la atención amparado/a en la ley n° 7739 (Código de la niñez y adolescencia).

g) La persona colegiada deberá advertir tanto a su personal de apoyo, como a quienes integren equipos interdisciplinarios en los que participe, acerca de la confidencialidad de los asuntos que conoce con ocasión de su ejercicio profesional y deberá procurar que estas otras personas respeten la confidencialidad de la información.

h) La persona colegiada deberá guardar el secreto profesional a pesar del cese del servicio, incluso después de la muerte de la persona usuaria.

● Artículo 33. La información amparada por el secreto profesional solo podrá ser revelada en los siguientes casos:

a) Para evitar un riesgo grave al que pueda estar expuesta la persona usuaria, la persona colegiada o terceras personas.

b) Cuando de la información de la persona o personas usuarias se infiera que podrían llevar a cabo conductas o acciones contrarias a sus mismos derechos.

c) Cuando la conducta por realizar atente contra los derechos o intereses de la sociedad, en general.

d) Cuando una persona colegiada sea denunciada ante la Fiscalía, el Tribunal de Honor, una autoridad judicial o administrativa, por parte de quien haya recibido algún servicio profesional, tal denuncia exime a la parte denunciada de guardar el secreto profesional para efectos de elaborar su defensa.

e) Cuando medie autorización previa y por escrito de la persona o entidad usuaria, en la que se especifiquen los motivos para autorizar el levantamiento del secreto profesional.

f) Cuando exista norma de rango legal que lo autorice.

g) Cuando la información sea necesaria ante una instancia judicial para evitar la eventual condena de una persona inocente.

En todos los casos, el o la profesional sólo podrá entregar la información a las personas e instancias estrictamente necesarias de las que deba valerse para cumplir con los objetivos; además, cuidará que la información se dirija, exclusivamente, a quien deba ejercer los resguardos necesarios para la prevención del peligro.

Otros asuntos de interés:

☑ Como profesionales de la Salud mental, los/as psicólogos/as están en la obligación de apegarse a lo que se regula en el Decreto de la Asamblea Legislativa N° 40556-S, sobre el Reglamento de Vigilancia de la Salud; donde se indica que todo/a profesional de la Salud Mental está en la obligación de notificar, al Ministerio de

Salud, los eventos de salud mental que atienda. La información que se debe brindar a dicho Ministerio, es básica y no compromete su derecho a la confidencialidad y privacidad.

■ Con el fin de mantener una comunicación clara y directa, en beneficio del proceso psicoterapéutico de la persona menor de edad, y de acuerdo al cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos, la persona profesional en Psicología podría invitar a las personas adultas responsables/encargadas de la persona menor de edad a participar en alguna (as) sesiones de psicoterapia, para lo cual es indispensable contar con su anuencia e interés, no solo de asistir, sino de comprometerse con el seguimiento de las recomendaciones que sean dadas en las mismas.

■ Con el fin de mantener una comunicación clara y directa, en beneficio del proceso de evaluación psicológica de la persona menor de edad, y de acuerdo al cumplimiento de los objetivos de la evaluación, la persona profesional en Psicología podría invitar a las personas adultas responsables/encargadas de la persona menor de edad a participar de una o varias entrevistas, con el objetivo de obtener información complementaria, para lo cual es indispensable contar con su anuencia e interés, no solo de asistir, sino de comprometerse con brindar información totalmente apegada a la realidad.

En cuanto al trabajo que se va a realizar en este espacio, es necesario que usted esté informado/a de:

Sus derechos y los del/la menor a su cargo:

-Siendo su participación totalmente voluntaria, tiene el derecho de dar por finalizada la evaluación en el momento que lo decida, tras la cancelación de los honorarios correspondientes hasta el momento.

-Preguntar y que le sean aclaradas, todas las dudas que le surjan con respecto a una técnica o prueba.

-Recibir una devolución de los resultados de la evaluación (finalizado el proceso) y de quererlo, que se le extienda un informe escrito.

-A que el/la profesional le trate con absoluto respeto e interponga sus mejores conocimientos y prácticas al brindarle la atención.

-A que se guarde confidencialidad de los resultados de la evaluación (siguiendo lo estipulado en los artículos mencionados al principio)

Riesgos existentes (si aplica):

-(procede explicar en detalle los riesgos)

Objetivos generales que se persiguen con la evaluación:

▶ _____
▶ _____
▶ _____

Técnicas y pruebas, que se van a utilizar:

▶ _____
▶ _____
▶ _____
▶ _____

Para finalizar:

Se establece que la(s) sesión(es) de trabajo se realizará(n) el/los día(s) _____, iniciando a las _____ (a.m/p.m), y tendrá(n) una duración de _____ minutos. Se requiere absoluta puntualidad y compromiso.

En caso de que, por razones de fuerza mayor, algunas de las dos partes, tenga la necesidad de cancelar una sesión, lo debe comunicar con antelación. *(cada profesional determina el tiempo que admite para cancelar la cita, en el entendido de que, ante motivos de fuerza mayor, será justificable cualquier momento para avisar).*

Los honorarios a cancelar por la evaluación psicológica son de _____ colones y el pago se realizará: efectivo tarjeta depósito bancario o transferencia _____

Es obligación del/la profesional emitir la factura respectiva.

Leído el consentimiento informado y aclarada cualquier duda al/la menor o adulto/a responsable, el día _____ del mes _____ del año _____.		
Me manifiesto de acuerdo en que mi hijo/a, o persona de la que estoy a cargo, _____ siga adelante con la evaluación psicológica.		
_____	_____	_____
Nombre del/la persona a cargo	Firma	N° Cédula
_____	_____	_____
Nombre del/la profesional	Firma	N° Cédula

**BITÁCORA DE ASISTENCIA AL LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO,
PUNTARENAS.
ASISTENCIA A PRÁCTICA SUPERVISADA PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Elizabeth Quesada Benavides 20110875 UNIBE Mayo a octubre, 2025.

FECHA DE VISITA	TIEMPO	ASUNTO
30/5/2025	1 hora	Primera Entrevista con la Lic. Francella Alán para ver la posibilidad de trabajar mi Práctica Supervisada en el Liceo de Miramar donde ella es la psicóloga realizando talleres y otras actividades con los estudiantes con factores de riesgo a IS y a profesores para que aprendan a brindar contención en caso de presentarse una emergencia psicológica y la psicóloga no se encuentre en la institución.
6/6/2025	4 horas	“Estado de la Educación en Costa Rica”. Charla magistral brindada a los profesores del Liceo de Miramar junto con la profesora de Apoyo Educativo, la Directora MSc. Lizbeth Fernández y 15 profesores entre orientadoras y profesores de otras asignaturas para que sean ellos quienes refieran a los estudiantes a los talleres. También se discutió sobre la necesidad de diferentes talleres. Todos mostraron agradecimiento por este tipo de ayuda.
13/6/2025	1 hora	Entregué los Consentimientos Informados a través de los profesores con la ayuda de la Lic. Alán (en total 100). Estos consentimientos informados son de “Evaluación” y deben de estar firmados por los padres o encargados si los estudiantes desean o deben de ir a los talleres.
20/6/2025	4 horas	Taller “Manejo del Estrés” (todos los estudiantes que asistieron tienen firmado el Consentimiento Informado). 2 talleres de 2 horas cada uno. A la vez se les pasó dos escalas tipo Likert (Depresión y Ansiedad de Beck). 8:00 am - 12:00 m. Los estudiantes firmaron la hoja de asistencia
4/7/2025	4 horas	Segundo grupo de Manejo del Estrés con taller y pruebas restantes. Con la ayuda de las Lic. Alán y la profesora encargada de Apoyos Educativos.
RECESO POR VACACIONES		

22/8/2025	4 horas	"Taller de Autoestima y Autocuidado". 18 estudiantes con la asistencia de la Lic. Francella Alán Soto. Los estudiantes firmaron la hoja de asistencia. Algunos en exámenes o enfermos.
29/8/2025	4 horas	Segunda sesión sobre Taller de Autoestima. Reunión con Licda. Alán Soto sobre pasar pruebas psicológicas a otros estudiantes.
5/9/2025	4 horas	Taller sobre "Dinámicas Familiares" Los estudiantes firmaron la hoja de asistencia.
19/9/2025	4 horas	II Parte del Taller de "Dinámicas Familiares". Estudiantes de 7mo y 8vo años referidos por los profesores debido a sus problemáticas familiares.
22/09/2025	4 horas	Taller sobre Bullying y Bullying Cibernético. Entrega de brochures con afiche. Técnicas para enfrentar el acoso en todas partes, no sólo en el liceo. Los estudiantes ya han tenido varios talleres sobre bullying desde que el estudiante de 10mo año se suicidara el 19 de marzo pasado. El MEP contrató a una psicóloga y una trabajadora social para que dieran charlas sobre bullying y existen algunos afiches editados por el MEP sobre esta problemática colgados en algunas paredes de la institución. Sin embargo, los estudiantes fueron receptivos y a pesar de todo, participaron y conocen muy bien la problemática del acoso y del acosador.
26/09/2025	4 horas	Taller sobre sexualidad. Se distribuyeron panfletos, se les presentó dos videos educativos y hubo una gran participación de los estudiantes. Las frases fueron bien interpretadas por ellos y hubo una participación del 100% de los muchachos quienes estuvieron en la biblioteca del Liceo. Muy interesados. Creo que de verdad aprendieron bastante.
3/10/2025	4 horas	Taller sobre Consumo de Sustancias. En esta ocasión, llegaron menos estudiantes porque algunos se encontraban en centros de estudio de matemática para realizar los exámenes en ésta y otras materias.
7 - 8 y 9 de octubre, 2025	21 horas	Entrevistas cognitivas estructuradas y Prueba de TOI y Test IRSA.
10/10/2025	5 horas	Charlas a los docentes, profesores guía, orientadoras, directora, psicóloga, empleados administrativos, personal de limpieza y personal de la soda y guardas de seguridad sobre "Primeros Auxilios Psicológicos" PAP's.

		<p>Qué deben hacer como primera línea de intervención cuando un estudiante se encuentra en una crisis psicológica. Las charlas (7:00 a 10:00 am y de 10:30 a 12:15 pm) fueron muy participativas. Se presentaron por parte de los participantes ejemplos que han vivido. Se discutieron casos reales en que los profesores no pueden tocar a las muchachas/os. La directora dijo que ella está totalmente anuente si se presentara una crisis y el profesor o la profesora tienen que intervenir para no permitir ningún daño físico al estudiante o estudiantes y si la familia los demandara, ella por supuesto defendería los derechos de los profesores a actuar. Se habló de muchos problemas en el pasado, hubo una participación al 100% y aprendieron la regla de 1. Mirar-observar. 2. Escuchar empáticamente (si el estudiante no quiere hablar sobre lo que le está pasando, apoyarlo con escucha activa, con su cuerpo y su tono de voz. 3. Referir a la psicóloga, al personal de orientación. Se logró establecer un grupo de PAP's en todos los pasillos, que los profesores tuvieran siempre una actividad "bajo la manga" para que los demás estudiantes trabajen o de lo contrario al pedir ayuda a los profesores en los pasillos, éstos pudieran evacuar a sus estudiantes y así el profesor o la profesora contener y apoyar al estudiante en crisis. La directora dijo que su oficina va a ser de ahora en adelante un lugar tranquilo de contención psicológica y desde allí se llamaría a los padres o al 911 si se diera el caso. La psicóloga daría el seguimiento como lo ha hecho desde hace 8 años. Me gustó mucho toda la intervención de los profesores, personal de limpieza, administrativos, orientadores, personal de la cafetería porque se sintieron "empoderados" por las palabras que dijo la directora del centro quien está en la institución desde sólo hace 4 meses. Excelente participación.</p>
10/17/2025	4 horas	<p>Dos talleres de "Proyecto de Vida" para todos los estudiantes del grupo de los 30 y los cuales quisieron asistir antes o después de sus clases. Empezó a las 7:00 am y se terminó a las 12:00 m.</p>
10/20/2025	4 horas	<p>Se realizaron 9 entrevistas y 18 pruebas a los estudiantes que han faltado de los 30 elegidos para los talleres</p>
10/21/2025	4 horas	<p>Se terminaron todas las entrevistas cognitivas estructuradas y las 16 pruebas (TOI e IRSA) para continuar realizando las evaluaciones y los resultados.</p>

TOTAL:	72 horas en talleres. Esto sin contar las evaluaciones y las pruebas junto con los resultados.	
---------------	---	--

ENTREVISTA

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EVALUAR A LOS ESTUDIANTES
ADOLESCENTES DEL LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO,
PUNTARENAS**

I. Datos Generales:

- Nombre:
- Edad:.....
- Sexo:
- Nivel Académico:
- Fecha de evaluación:
- Entrevistadora: Elizabeth Quesada Benavides

II. Área Física:

1. ¿Cómo describes tu estado de salud en general? (Explicar por qué si se requiere)
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

2. ¿Con qué frecuencia realizas actividad física o deportes?
 - Todos los días
 - 3 a 5 veces por semana
 - 1 o 2 veces por semana
 - A veces
 - Nunca

3. ¿Has tenido alguna enfermedad o accidente importante en los últimos años? Explicar.
 - Sí
 - No
 - Si tu respuesta es Sí, dime cuál.....

1/5

4. ¿Cuántas horas duermes normalmente en la noche?

- Menos de 6 horas
- De 6 a 7 horas
- De 8 a 9 horas
- Más de 9 horas

5. ¿Has tenido alguna dificultad en conciliar el sueño?

- Sí
- No
- Si tu respuesta es positiva, dime cuál:

6. ¿Con qué frecuencia consumes alimentos saludables (frutas, vegetales, verduras, agua)?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Nunca
- Salto comidas

III. Área Biológica/Desarrollo:

1. ¿Has notado cambios físicos relacionados con la adolescencia (crecimiento, voz, menstruación, fuerza)

- Sí
- No

2. ¿Cómo te sientes con respecto a estos cambios?

- Cómodo/cómoda
- Indiferente
- Incómodo/incómoda

2/5

3. ¿Has recibido suficiente información sobre sexualidad y autocuidado por parte de tu familia, profesores o profesionales?

- Sí
- No
- De parte de quién o quiénes

4. ¿Has recibido educación sobre salud reproductiva y embarazo?

- Sí
- No

5. ¿Conoces métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual?

- Sí
- No

IV. Área Psicológica y Emocional:

1. En la mayoría de los días, ¿cómo te sientes emocionalmente?

- Feliz/Tranquilo/tranquila
- Ansioso/ansiosa
- Triste
- Irritable

2. ¿Te resulta fácil concentrarte en los estudios o tareas?

- Sí, siempre
- A veces
- Casi nunca

3. Cuando tienes un problema o te sientes mal, ¿qué sueles hacer?

- Hablar con alguien de confianza
- Guardarlo para ti mismo/misma
- Buscar distracciones (juegos, música, redes sociales)
- Otro:

3/5

4. ¿Qué aspectos de ti mismo/misma te gustan más? ¿Cuáles te gustaría mejorar?

.....

5. ¿Has tenido pensamientos de tristeza, sin ganas de hacer nada o con pensamientos negativos hacia ti mismo/misma?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

6. ¿Qué tan satisfecho/a estás con tu autoestima y tu manera de ser?

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Poco satisfecho/a
- Nada satisfecho/a

V. Área Social:

1. ¿Con quién vives actualmente?

- Ambos padres (hermanos)
- Sólo la madre (hermanos)
- Sólo el padre
- Otros familiares
- Otro:

2. ¿Cómo describirías tu relación con tu familia?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

3. ¿Tienes amigos cercanos en quienes confíes?

- Sí
- No

4/5

4. ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase y profesores?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

5. ¿Has vivido situaciones de bullying, discriminación o exclusión en el colegio, la familia o en la comunidad?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

6. ¿Participas en actividades extracurriculares, clubes o grupos comunitarios?

- Sí
- No

7. Cierre:

Si pudieras pedir ayuda en un área de tu vida tal como (salud, emociones, relaciones interpersonales, familia, estudios) ¿cuál sería?

.....

Si quisieras mejorar un área de tu vida, ¿cuál sería?:

- Salud física
- Salud emocional
- Relaciones sociales y familiares
- Rendimiento académico

¿Hay algo más que quisieras compartir que no te haya preguntado?

- Sí
- No.
- Si tu respuesta es positiva, ¿cuál?

.....

PRUEBAS

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

La Prueba de Tamizaje de Beck o Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar rápidamente la presencia y gravedad de síntomas depresivos en adolescentes y adultos.

Mide la intensidad de los síntomas de depresión en las últimas dos semanas. Evalúa aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y físicos asociados con la depresión tales como: tristeza, desesperanza, culpa y autocrítica, pérdida de interés o placer, fatiga o falta de energía, problemas de sueño y apetito, y pensamientos de muerte o suicidio. Consta de 21 ítems con una calificación de 0 a 3 según la severidad del síntoma. 0: ausencia de síntomas y 3: síntoma intenso o severo. El puntaje se obtiene de sumar todos los ítems por lo cual el rango es de 0 a 63 puntos.

Puntajes: 0 a 13: depresión mínima o nula. Sin síntomas significativos.

De 14 a 19: Depresión Leve (posible depresión situacional).

De 20 a 28: Moderada (ésta requiere evaluación profesional).

De 29 a 63: Grave (Depresión severa, se recomienda intervención clínica). Aunque no es una prueba diagnóstica es una herramienta de tamizaje primario orientativo de detección. Si el puntaje es moderado o grave, se recomienda la evaluación con otras pruebas por parte del profesional de salud mental.

Cuestionario de Tamizaje de Síntomas Depresivos (Versión tipo Beck)

Instrucciones: A continuación encontrarás una lista de afirmaciones relacionadas con tu estado de ánimo durante las **últimas dos semanas**. Lee cada una y marca el número que mejor describa cómo te has sentido.

Escala de respuesta:

- 0 = Nada me ocurre o es muy leve
- 1 = Me ocurre a veces o en forma leve
- 2 = Me ocurre con frecuencia o en forma moderada
- 3 = Me ocurre casi siempre o en forma intensa

Ítem	0	1	2	3
1. Me he sentido triste o desanimado/a.				
2. He perdido interés o placer en las actividades que antes disfrutaba.				
3. Me he sentido sin esperanza sobre el futuro.				
4. Me he sentido como un/a fracasado/a o con baja autoestima.				
5. Me he sentido culpable o decepcionado/a conmigo mismo/a.				
6. He sentido que la gente estaría mejor sin mí.				
7. Me cuesta concentrarme o tomar decisiones.				
8. Me he sentido cansado/a o con poca energía.				
9. He notado cambios en mi apetito (más o menos que antes).				
10. He tenido problemas para dormir o he dormido demasiado.				
11. Me he sentido inquieto/a o más lento/a de lo habitual.				
12. Me cuesta disfrutar de las cosas cotidianas.				
13. He sentido irritabilidad o impaciencia.				
14. Me he sentido ansioso/a o con miedo sin razón clara.				
15. He llorado más de lo normal o sin motivo aparente.				
16. He sentido dificultad para realizar mis tareas diarias.				
17. Me he sentido inútil o sin valor.				
18. He pensado que no vale la pena seguir viviendo.				
19. He evitado a otras personas o me he sentido aislado/a.				
20. He sentido que nada me motiva.				
21. He sentido dolor o molestias físicas sin causa médica clara.				

Corrección e interpretación:

Suma los valores seleccionados (0-3) para obtener el puntaje total (rango posible: 0-63).

Cuestionario de Ansiedad de Beck

El cuestionario o tamizaje de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento que puede ser de autorreporte y consta de 21 ítems para valorar rápidamente el nivel de ansiedad clínica que una persona ha experimentado durante las últimas dos semanas incluyendo el día actual. Desarrollado por Aaron Beck y colaboradores en 1988, para diferenciar la ansiedad de la depresión, ya que muchas escalas solían solaparse entre ellas. Enfatiza síntomas físicos y somáticos de ansiedad tales como: palpitaciones, dificultad para respirar, temblores, sudoración más que los sentimientos de ansiedad pura. Los puntajes son 0: no hay sintoma ansioso, 1: leve, 2: moderada y 3: severa. Se suman los puntajes de los 21 ítems para obtener una puntuación total.

De 0 a 7: ansiedad baja o mínima.

De 8 a 15: ansiedad leve.

De 16 a 25: ansiedad moderada

De 26 a 63: ansiedad severa.

De igual forma que el de depresión, la ansiedad moderada y la severa requieren intervención por parte de un profesional en salud mental.

Este inventario no substituye una evaluación clínica profesional.

Puede emplearse en contextos educativos o comunitarios como herramienta de tamizaje o autoevaluación inicial.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Traducción adaptada al español latinoamericano (uso educativo / orientativo)

Instrucciones: A continuación hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Marque con una '✓' el número que mejor describa cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo hoy.

	0 = En absoluto	1 = Levemente	2 = Moderadamente	3 = Severamente
--	-----------------	---------------	-------------------	-----------------

N°	Síntoma	0	1	2	3
1	Entumecimiento u hormigueo (cosquilleo)				
2	Sensación de calor				
3	Temblores en las piernas				
4	Incapacidad para relajarse				
5	Miedo a que ocurra lo peor				
6	Mareo o sensación de desmayo				
7	Palpitaciones o aceleración del corazón				
8	Inseguridad				
9	Terror o pánico				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo o dificultad para respirar				
12	Miedo a perder el control				
13	Temblores en las manos				
14	Temor a morir				
15	Asustarse con facilidad				
16	Molestias digestivas (náuseas o malestar estomacal)				
17	Sensación de desmayo				
18	Cara sonrojada o acalorada				
19	Sudoración (no debida al calor)				
20	Sensación de debilidad o flojera				
21	Sensación de que todo está irreal o distante				

Puntuación total posible: 0 – 63

Suma todos los puntajes (de 0 a 3) de los 21 ítems para obtener la puntuación total

Hoja de corrección e interpretación

Nivel de ansiedad	Rango
-------------------	-------

TOI (Cuestionario de Oraciones Incompletas)

El Test de Oraciones Incompletas (TOI) requiere una interpretación cualitativa y proyectiva centrada en el análisis del contenido de las respuestas del evaluado. Se dan: Análisis Temático (familia, escuela, autoimagen, relaciones sociales, miedos o ansiedades, deseos y aspiraciones). Indicadores emocionales como: sentimientos de abandono, inseguridad, agresividad y dependencia. Se pueden observar mecanismos de defensa, conflictos internos o necesidades no satisfechas. Se debe de analizar el uso de palabras negativas, evasivas, agresivas o afectivas. También se valora la coherencia entre las preguntas, la espontaneidad y la riqueza del lenguaje. El TOI realmente no tiene valores cuantitativos.

TOI (Prueba de Oraciones Incompletas para Adolescentes)
Aplicación Educativa en Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas.

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Centro de Evaluación: Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas.

¿Adónde vives?

Aplicadora: Elizabeth Quesada Benavides

Fecha de Evaluación:

Instrucciones: *A continuación encontrarás una serie de oraciones incompletas. Tu tarea es completarlas con lo primero que venga a tu mente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sé sincero-sincera y espontáneo/espontánea.*

Área: Padres y familia:

1. Lo que más me gusta de mi madre es
2. Mi padre casi nunca
3. Me gustaría que mis padres
4. Cuando estoy con mi familia me siento
5. Mis padres deberían
6. Me siento más comprendido/a por
7. En mi casa casi nunca se habla de
8. Lo que más me gusta de mi familia es
9. Cuando tengo un problema, mi familia
10. Me gustaría que mi familia

Área: Autoimagen y Emociones:

- 11. A veces pienso que soy
- 12. Me gustaría cambiar
- 13. Me siento feliz cuando
- 14. Me da miedo
- 15. Lo que más me gusta de mí es
- 16. A veces me siento como si
- 17. Me gustaría ser
- 18. Lo que más me avergüenza es
- 19. Me siento orgulloso/orgullosa de
- 20. Cuando me miro al espejo

Área de Relaciones Interpersonales:

- 21. Mis amigos piensan que yo
- 22. Me cuesta trabajo
- 23. Me siento incómodo/incómoda cuando
- 24. Cuando alguien me critica
- 25. Me gustaría tener más amigos que
- 26. Cuando alguien me hace daño
- 27. Me siento triste cuando

- 28. Me gustaría que mi pareja
- 29. El amor para mí significa
- 30. Cuando estoy con alguien que me gusta

Área: Escuela y Vocación:

- 31. En la escuela me siento
- 32. Mis profesores piensan que yo
- 33. Lo que más me cuesta en clase es
- 34. Me gustaría aprender más sobre
- 35. Cuando saco malas notas
- 36. Cuando pienso en mi futuro profesional
- 37. Si pudiera cambiar algo del mundo
- 38. Lo que me hace sentir realizado/a es
- 39. Cuando sea adulto/adulta quiero
- 40. En la vida espero

Área: Tiempo Libre y Normas:

- 41. En mi tiempo libre prefiero
- 42. Me siento feliz cuando
- 43. Me gustaría aprender a

- 44. Cuando estoy solo/sola
- 45. Lo que más disfruto hacer es
- 46. Cuando alguien me da órdenes
- 47. Me molesta cuando los adultos
- 48. Las reglas son
- 49. Me siento respetado/respetada cuando
- 50. Me gustaría que los adultos

Área: Conflictos y Aspiraciones:

- 51. Cuando estoy enojado/enojada
- 52. Me cuesta trabajo expresar
- 53. Me gustaría que el mundo
- 54. Me preocupa que
- 55. El mundo me parece
- 56. Sé que es tonto, pero tengo miedo de
- 57. Creo que un/a verdadero/a amigo/amiga
- 58. Cuando era niño/niña
- 59. Mi idea de la mujer (hombre) perfecto/a
- 60. Lo que más deseo en la vida es

Cuestionario IRSA (para evaluar posible riesgo al suicidio)

(Desarrollado por el Dr. Ramón Mauricio Campos Campos en el 2009 para ser utilizado en la población costarricense como parte de su trabajo de post-grado en el Hospital Nacional Psiquiátrico u Hospital de Salud Mental y la Universidad de Costa Rica).

El objetivo es detectar factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses entre los 12 y 17 años. Registrar indicadores clínicos y psicosociales que puedan alertar sobre IS, intentos previos o vulnerabilidad emocional, esto para facilitar la intervención temprana. Facilitar la intervención temprana en contextos educativos y clínicos, considerando el carácter multicausal del suicidio juvenil. No utiliza una escala de puntuación tradicional como los tests psicométricos estandarizados, si no se basa en un enfoque clínico y descriptivo para identificar los posibles factores de riesgo al suicidio. Evalúa múltiples dimensiones tales como intentos previos, IS, factores familiares, escolares y sociales, a la vez también la presencia de síntomas depresivos o ansiosos. Un adolescente que marca diversos ítems relacionados con IS, aislamiento social y antecedentes familiares puede ser clasificado como de alto riesgo. Este instrumento permite verificar el nivel de riesgo (bajo, moderado, alto) según la cantidad y tipo de factores presentes. Se recomienda utilizarlo con otros tamizajes de ansiedad, depresión y el TOI para una evaluación integral.

Test IRSA

Estimado(a) adolescente:

El test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes o piensas. Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una (x) el cuadrado contiguo a la respuesta (Sí o No) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas serán confidenciales y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que nadie más observe o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON IMPORTANTES

Edad: Fecha: Sexo:

¿Dónde vives?:

ITEM	Sí	No
1. En el último año mis padres se separaron o divorciaron		
2. En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)		
3. La mayoría de la gente me aprecia		
4. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera		
5. Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo		
6. Casi siempre me siento enojado		
7. Soy una persona valiosa		
8. He pensado en un plan o método para matarme		
9. A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades		
10. Algún amigo o familiar cercano murió recientemente		
11. Siento que la vida vale la pena		
12. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas		
13. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño		
14. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso		
15. Hay gente que se interesa por mi y por lo que me pasa		
16. A menudo me siento sólo y aislado de los demás		
17. Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante		
18. Tengo amigos con quienes contar		
19. Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás		

20. He pensado en el modo de hacerme daño			
21. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia			
22. Recientemente perdí a alguien que quería mucho			
23. A veces pienso que yo merecería morir			
24. He sufrido abuso sexual			
25. En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas			
26. Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero			
27. A menudo siento que no podré ser feliz			
28. Tengo planes para el futuro			
29. Me siento culpable la mayor parte del tiempo			
30. Pienso que soy un perdedor			
31. Me extrañarían si yo faltó			
32. He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios			
33. Con frecuencia me siento muy confundido			
34. Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso			
35. La mayor parte del tiempo me siento bien			
36. Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así			
37. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica			
38. En mi casa a menudo me castigan golpeándome			
39. Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me proponga			
40. La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa			
41. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones			
42. Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte			
43. Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo			
44. Pienso que he hecho algo que no tiene perdón			
45. Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado			
46. Yo cuento con el apoyo de mi familia			
47. Últimamente he estado pensando en hacerme daño			
48. Tengo problemas para dormir			
49. La mayor parte del tiempo me siento triste			
50. La mayoría de las personas están mejor que yo			
51. Tengo acceso a armas de fuego			
52. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan			
53. He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto			
54. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible			
55. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia			
56. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida			
57. Tengo muchas razones para vivir			
58. Un amigo o amiga se ha suicidado			

59. Constantemente fracaso en mis estudios		
60. Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude		
61. Estoy más irritable que de costumbre		
62. Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes		
63. A menudo no siento deseos de comer		
64. Siento que mi situación es desesperante		
65. Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto		
66. Me he sentido humillado y solo en el lugar donde estudio o trabajo		
67. Aprendo mucho de mis propios problemas		
68. Los demás descansarían con mi muerte		
69. He pensado en matarme		
70. Me han expulsado del colegio		
71. Soy vengativo y rencoroso		
72. Me preocupo demasiado por las cosas		
73. Hago amigos con facilidad		
74. He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual		
75. He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida		
76. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos		
77. Recientemente terminó mi relación de pareja		
78. Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas		
79. Sé que puedo tener una vida feliz		
80. He intentado suicidarme		
81. A menudo participo en peleas a golpes		
82. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro		
83. Últimamente estoy cansado y sin energías		
84. Con frecuencia pienso antes de actuar		
85. Descanso poco cuando duermo		
86. A menudo disfruto con lo que hago		
87. A menudo tengo deseos de morirme		
88. Actualmente estoy muy molesto con alguien especial para mi		
89. Me afecta mucho no ser como quisiera		
90. Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos		
91. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis		
92. He tenido conflictos con la policía		
93. Tengo amigos en quien apoyarme		
94. Últimamente logro concentrarme en lo que hago		
95. Me siento inútil		
96. Tengo la confianza de contarles mis problemas a mis familiares		
97. Siento que no le caigo bien a la gente		

98. Siento que pierdo el control cuando me enojo		
99. He sufrido una experiencia traumática recientemente		
100. Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente		
101. Cuento con un grupo de amigos para divertirme		
102. Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja		
103. Siento que vine al mundo a sufrir		
104. Me molesta que otros se interesen por mí		
105. Me gusta sentirme mal		
106. Siento que no soy tan bueno como otros		
107. Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme		

TALLERES:

MANEJO DEL ESTRÉS:

TALLER:

“Confiando en mí y aprendiendo a manejar mi estrés”

**Elizabeth Quesada Benavides en Liceo de Miramar de Montes de Oro,
Puntarenas**

Objetivo general:

Brindar **herramientas** prácticas para identificar, comprender y manejar el estrés de manera saludable en nuestra vida cotidiana.

Objetivo específico:

Promover el bienestar emocional de los estudiantes en contextos académicos mediante la reducción de la ansiedad ante evaluaciones, problemas de la vida cotidiana asociadas con disminución de síntomas fisiológicos a través del fortalecimiento de su autocuidado, autoestima, resiliencia, autocompasión y una expresión emocional segura.

Duración estimada del taller: 1 hora y 30 minutos a 1 hora y 45 minutos.

Materiales: Papel - lápices de color - marcadores- goma- cinta adhesiva y otros materiales por si deciden decorar la caja de herramientas. Al final se les pedirá que evalúen el taller, de cómo se sintieron al principio y cómo se sintieron al final. ¿Qué aprendieron? ¿Cómo lo pueden utilizar en sus vidas, en su futuro? ¿Pueden enseñar a otros estas técnicas?

Los estudiantes pueden llevarse la caja de herramientas o frases que les guste, decorarlas y ponerlas en sus cuartos, en algún lugar donde puedan verlas.

Exponentes: Elizabeth Quesada Benavides y Lic. Francela Alán del Liceo de Miramar.

Objetivos a trabajar:	Técnicas a utilizar:
Actividad rompehielo: 6 minutos	Nombre: <i>“La emoción es una palabra”</i> Duración: 6 minutos Metodología: Cada participante dice una palabra que describa cómo se siente en ese momento (brindando espacio a la expresión emocional sin sentir presión). A la vez repiten su primer nombre. Se les da un minuto para decir la palabra.

descubrir los pensamientos irracionales así como la conducta que presentaron... darles una aclaración....se verá cómo ellos van a ir cambiando sus respuestas.....hasta que al final piensen que no fue que no quería saludarlos sino que iba muy ocupado/a...y cómo se sienten ahora?

Diapositiva 4: *“Estrategias saludables vs. Estrategias dañinas”*

Técnicas de imaginación o visualización con ojos cerrados, respiración profunda.

Vamos a elegir sólo una actividad de visualización la cual se va exponiendo gradualmente a los muchachos, para que mentalmente practiquen habilidades de afrontamiento y reduzcan la ansiedad mediante esta visión imaginativa.

Se les prepara para la sesión e ir imaginando con los ojos cerrados la situación (puede ser ansiedad ante un examen de matemática o de cualquier otro que ellos elijan), se les lleva a la situación, y con música suave de fondo se les va preparando para salir de esta situación por medio de respiraciones prolongadas sin contar, siempre con los ojos cerrados e imaginando una calificación bastante alta en el examen y a la vez se les explica que con práctica y ante cualquier situación temida como la anterior, al enfrentarlo de una manera más positiva, ellos podrán usar esta técnica y así disminuir su ansiedad.

Metodología:

Se establecen las expectativas, aclarando que el propósito no es “aprobar” o hacerlo perfecto, sino tolerar la ansiedad y reconocer que se puede manejar. Que puedan llegar a tener pensamientos más funcionales de acuerdo a sus necesidades.

Al principio se mide el estrés: 0 (nada) - 1 (un

<p><u>Diapositiva 5:</u> “Técnicas que sí funcionan:”</p> <p><u>Diapositiva 6:</u> “Mi caja de herramientas”</p> <p><u>Diapositiva 7:</u> “Compromiso conmigo mismo”</p>	<p>poquito) - 2 (más o menos) - 3 (bastante) - 4 (mucho estrés).</p> <p>Una vez iniciado el simulacro, se observan las reacciones físicas y emocionales, y se les da un tiempo limitado para responder.</p> <p>Al finalizar el ejercicio de visualización, se post- evalúa preguntándoles ¿qué sintieron, qué pensamientos aparecieron, ¿qué pensaron? ¿Pudieron llegar a sentirse más tranquilos?</p> <p>Se vuelve a medir el nivel de estrés para comparar el antes y el después de este ejercicio. Verbalmente.</p> <p>Además, se va a comparar el nivel de ansiedad que sintieron al principio y luego al final.</p> <p>Respiración, hablar con alguien de cómo nos sentimos, buscar apoyo en otras personas que no nos juzguen, practicar actividades artísticas, deportivas, salir con amigos)</p> <p>Los chicos confeccionan una caja de herramientas, las pintan y las decoran con palabras que les brinde esperanza en momentos críticos de sus vidas.</p> <p>Mi propio término de estrés.</p> <p>Lo que me estresa vs. lo que me ayuda</p> <p><i>“Es esperable sentirme ansioso/a, lo más</i></p>
---	---

<p><u>Diapositiva 8:</u> “Frase motivadora”</p>	<p><i>importante es que lo superé, lo enfrenté”.</i></p> <p><i>“Lo hice a pesar de la ansiedad y eso ya es un gran avance”.</i></p> <p>Los muchachos escriben en un papel una frase que ellos puedan utilizar en el futuro de su propio arsenal.</p>
<p><u>Actividad:</u> “Reducir las respuestas fisiológicas que los muchachos manifiestan situaciones estresantes”.</p>	<p>Nombre: El botón de pausa. STOP. BASTA Tiempo: 5 minutos.</p> <p>Desarrollo: Con esta técnica corporal se va a ayudar a reconocer la señal corporal que presenten los chicos, invitándoles a identificar el “primer aviso” de ansiedad física, como tensión en el pecho, sudoración, respiración corta, miedo, entre otros.</p> <p>Después, van a activar el botón de parada o pausa, STOP, BASTA (como lo quieran llamar) pidiéndoles que cierren otra vez sus ojos o que dirijan la mirada hacia un punto fijo, y que coloquen sus manos sobre el abdomen justo debajo de las costillas para sentir la respiración diafragmática.</p> <p>Así, se va a practicar respiración diafragmática inhalando profundamente por la nariz en 4 tiempos, sosteniendo el aire en el abdomen por 3 tiempos y exhalando suavemente por la boca en otros 4 tiempos, como si apagarán una vela o desinflaran un globo.</p> <p>Así, se les va a pedir que repitan este ciclo 5 veces, con atención plena al movimiento del abdomen. Se pueden tocar el abdomen mientras lo hacen para que sientan cómo el aire llega hasta éste.</p> <p>Por último, mientras respiran se les va a pedir que imaginen un lugar tranquilo, como la playa, el bosque, o algún lugar seguro, o que repitan en sus mentes palabras calmantes como</p>

	<p>“calma, estoy aquí, es un lugar seguro”, esto sin tener que cambiar pensamientos, sólo usándolo como anclaje emocional.</p> <p>Metodología: Se le muestra por medio de las dos psicólogas cómo hacer respiración diafragmática, y se realiza hasta que lo manejen correctamente.</p>
<p>Actividad: <i>“Fortalecer la percepción de autoeficacia para reducir la ansiedad ante diferentes eventos de sus vidas”.</i></p>	<p>Nombre: Actividad auto-aceptación incondicional</p> <p>Tiempo: 8 minutos.</p> <p>Desarrollo: Se pretende desarrollar una actitud compasiva hacia ellos mismos reduciendo la autoexigencia excesiva. De manera que llenen o escriban en una hoja lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una cualidad que reconozco en mí es... 2. Sé que soy importante porque... 3. Creo en mi capacidad de... 4. Veo ahora con más claridad que yo... 5. Ahora percibo con agrado que yo... 6. Me siento capaz cuando hago... 7. Me manejo bien en... 8. Manifiesto cómo soy cuando... 9. Estoy desarrollando mi potencialidad de... 10. He aprendido a cuidarme mejor ante situaciones desagradables cuando.... 11. Una decisión que me conviene hacer es.... 12. He crecido porque... 13. Si me siento más tranquilo/a conmigo mismo/a hago... 14. Puedo sentirme bien conmigo porque...
<p>Actividad de cierre:</p>	<p>Nombre: Contrato personal.</p> <p>Tiempo: 8 minutos.</p> <p>Desarrollo: Se va a finalizar el taller llenando el siguiente contrato para reforzar lo aprendido y fortalecer la sensación de autoeficacia:</p>

	<ol style="list-style-type: none">1. Para ser más independiente y productivo/a yo haré....2. Para buscar cosas que me inspiran yo...3. Para dejar atrás algo que me cause ansiedad...4. Para usar mejor mi tiempo yo...5. Para poner en orden mis prioridades yo haré....6. Yo defino una meta o sueño para mi futuro..... <p>Posteriormente se va a hacer una reflexión sobre lo aprendido y se va a concluir el taller.</p>
--	--



Entendamos

¿Qué es el estrés?

Estado de malestar o tensión causado por **situaciones difíciles**.

El **cerebro** *no entiende* lo que ocurre y el **cuerpo produce** hormonas como el "**cortisol**".



¿Cómo afecta?

- **Físicamente:** ahogo, sudoración, taquicardia, "mariposas en el estómago", adormecimiento de articulaciones.
- **Emocionalmente:** miedo a estar enloqueciendo, sensación de irrealidad, pensar en cosas catastróficas.



- **Conductualmente:** ganas de salir corriendo, tocarse la cabeza, desesperación. "No saber qué hacer".



Todas las personas pueden sentir estrés

Hay técnicas para manejarlo



¿Qué hacer?

1. **Buscar** a una persona que te pueda escuchar.
2. **Conversar** con papá, mamá, amistades o alguien de confianza.
3. **Practicar** alguna actividad placentera (arte, música, deportes).



Taller

Manejo del ESTRÉS

Dirigido por:
Elizabeth Quesada Benavides



CONTACTO

 8888-0012

Contrato PERSONAL

Mi contrato:

1. Para ser más independiente y productivo/a yo haré....
2. Para buscar cosas que me inspiren yo...
3. Para dejar atrás algo que me cause ansiedad...
4. Para usar mejor mi tiempo yo...
5. Para poner en orden mis prioridades yo haré...
6. Yo defino una meta o sueño para mi futuro...



El botón de PAUSA



PASO 1: NOTAR LA SEÑAL CORPORAL

- Cierra los ojos o fija la mirada en un punto.
- Piensa en cuál es tu primer aviso de ansiedad (tensión en el pecho, sudoración, respiración corta, miedo, u otro).

PASO 2: ACTIVAR EL BOTÓN DE PAUSA

- Imagina que presionas un botón de STOP o BASTA.
- Coloca tus manos en el abdomen, justo debajo de las costillas.

PASO 3: RESPIRAR CON EL ABDOMEN

- Inhala por la nariz contando 4 tiempos, sintiendo cómo se llena el abdomen.
- Mantén el aire en tu abdomen por 3 tiempos.
- Exhala por la boca contando 4 tiempos, como si apagaras una vela.

PASO 4: REPETIR EL CICLO

- Haz la respiración 5 veces seguidas.
- Pon atención en cómo tu abdomen sube y baja.

PASO 5: USAR UN ANCLAJE CALMANTE

- Mientras respiras, imagina un lugar tranquilo (la playa, el bosque o tu lugar seguro).
- Si prefieres, repite en tu mente frases como:
 - "Cálma"
 - "Estoy aquí"
 - "Es un lugar seguro".



PASO 6: FINALIZAR LA PAUSA

- Cuando termines las 5 respiraciones, abre los ojos lentamente.
- Recuerda: puedes usar esta técnica cada vez que notes los primeros avisos de ansiedad.



Auto-aceptación

INCONDICIONAL

1. Una cualidad que reconozco en mí es...
2. Sé que soy importante porque...
3. Creo en mi capacidad de...
4. Veo ahora con más claridad que yo...
5. Ahora percibo con agrado que yo...
6. Me siento capaz cuando hago...
7. Me manejo bien en...
8. Manifiesto cómo soy cuando...
9. Estoy desarrollando mi potencialidad de...
10. He aprendido a cuidarme mejor ante situaciones desagradables cuando...
11. Una decisión que me conviene hacer es...
12. He crecido porque...
13. Si me siento más tranquilo/a conmigo mismo/a hago...
14. Puedo sentirme bien conmigo porque...



¿QUÉ ES ESTRÉS?

ESTADO DE MALESTAR O TENSIÓN CAUSADO POR SITUACIONES DIFÍCILES

CEREBRO NO ENTIENDE

CUERPO PRODUCE HORMONAS COMO EL CORTISOL

“HUIR” O “PELEAR”

TODAS LAS PERSONAS SUFRIMOS DE ESTRÉS

PERO.....HAY TÉCNICAS PARA MANEJARLO

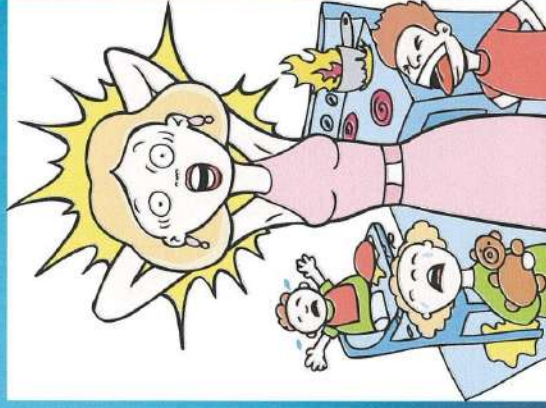


Jibla Photo by Unsplash, Author is licensed under CC BY



¿QUÉ ME ESTRESA? ¿CÓMO ME AFECTA EL ESTRÉS?

- Con síntomas físicos como: sensación de ahogo, sudoraciones, taquicardia, miedo principalmente en el estómago (sensación de mariposa), adormecimiento de articulaciones.
- Emocionales: miedo a estar enloqueciendo, sensación de irrealidad, pensar en cosas catastróficas.
- Conductuales: ganas de salir corriendo, tocarse la cabeza,



¿CÓMO REACCIONO ANTE EL ESTRÉS?

- Con Pensamientos Irracionales tal vez.....
- “Historia”
- ¿Qué hacer?
- Buscar a una persona competente que me pueda escuchar
- Conversar con mis padres o mis amigos
- Practicar alguna actividad placentera: arte-música-deportes

“MI CAJA DE HERRAMIENTAS EMOCIONAL”

- *Usando papel, lápices, marcadores, goma y otros materiales dibujen lo mejor que puedan una caja de herramientas y escriban diferentes refranes, frases que les guste, que hayan aprendido, que tomen del internet, palabras que les refuerce metas que hayan establecido, palabras esperanzadoras para leer en momentos críticos. Algo que les ayude a continuar, a luchar... que la vida tiene problemas pero que usando diferentes técnicas podemos aprender a manejar y controlar el estrés y sentirnos más cómodos y tranquilos.*

AUTO-ACEPTACIÓN INCONDICIONAL (FRASES INCOMPLETAS):

- 1. Una cualidad que reconozco en mí es
- 2. Sé que soy importante porque
- 3. Creo que mi capacidad de
- 4. Veo ahora con más claridad que yo
- 5. Ahora percibo con agrado que yo
- 6. Me siento capaz cuando hago
- 7. Me manejo bien en
- 8. Manifiesto cómo soy cuando
- 9. Estoy desarrollando mi potencialidad de
- 10. He aprendido a cuidarme mejor ante situaciones desagradables cuando
- 11. Una decisión que me conviene hacer es
- 12. He crecido porque
- 13. Si me siento más tranquilo/a conmigo mismo/a hago
- 14. Puedo sentirme bien conmigo porque

ESTRATEGIAS SALUDABLES VS. ESTRATEGIAS DAÑINAS

- **ESTRATEGIAS SALUDABLES A TRAVÉS DE EJERCICIO DE IMAGINACIÓN O VISUALIZACIÓN**
 - **OBJETIVO: RE-ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**
 - **METODOLOGÍA:** Se mide el nivel de estrés al principio de esta actividad. Con los ojos cerrados se empieza el ejercicio de visualización.
 - Se evalúa el nivel de estrés al finalizar la técnica

CONTRATO PERSONAL:

- Por favor escriban en el papel un contrato personal que ustedes realizarán consigo mismos/mismas y que pueden leerlo cuando tengan algún
- 1. Para ser más independiente y productivo/a yo haré
- 2. Para buscar cosas que me inspiran, yo
- 3. Para dejar atrás algo que me cause ansiedad yo
- 4. Para usar mejor mi tiempo yo
- 5. Para poner en orden mis prioridades yo haré
- 6. Yo defino una meta o sueño para mi futuro

AUTOESTIMA Y AUTOCAUIDADO

**TALLER SOBRE AUTOESTIMA PARA LICEO DE MIRAMAR:
"DESCUBRIENDO MI VALOR"**

Población: estudiantes de los 12 a los 18 años

Objetivo General: Fortalecer la autoestima en los adolescentes mediante dinámicas participativas que favorezcan el autoconocimiento, la valoración personal y el reconocimiento mutuo.

PLAN DEL TALLER:

	<u>Objetivo:</u>	<u>Actividad-Tiempo:</u>	<u>Materiales:</u>	<u>Persona a cargo:</u>
<p>1. Bienvenida y Rompehielos: <i>"Me presento con algo positivo"</i></p>	<p>Crear un ambiente de confianza</p>	<p>Dinámica donde cada adolescente se presenta con su nombre y una cualidad que le gusta de sí mismo/a 10 minutos</p>	<p>Pelota pequeña para ir pasándola al terminar de presentarse</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>2. Dinámica: <i>"El espejo positivo"</i></p>	<p>Reconocer cualidades propias y aprender a aceptar comentarios positivos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada muchacho recibe una hoja y escribe 3 cualidades de sí mismo/a con su primer nombre 2. La facilitadora recoge las hojas y las redistribuye en forma anónima. Cada participante le agrega a la hoja del compañero/a que le tocó 2 cualidades más positivas. 3. Se devuelven al dueño original y se reflexiona en grupo. 20 minutos 	<p>Hojas de papel bond, bolígrafos o lápices.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

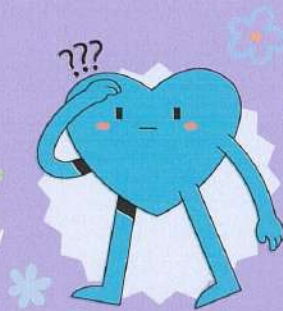
<p>3. Dinámica: <i>"Mi árbol de fortalezas"</i></p>	<p>Identificar valores, cualidades y sueños personales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada estudiante recibe una hoja de papel bond con el dibujo de un árbol. 2. En las raíces escriben 2 valores y 1 apoyo que reciben de alguien. 3. En el tronco: 2 cualidades y 2 habilidades. 4. En las ramas: sueños y metas 5. Se entregan los árboles a la facilitadora quien previamente les pide que los coloreen. <p>25 minutos.</p>	<p>Hojas de papel bond con un árbol impreso, marcadores, lápices de color, lapiceros y/o lápices de mina negra.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>4. Role Playing: <i>"Así me valoro"</i></p>	<p>Practicar respuestas asertivas y reafirmar la autovaloración</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reparten tarjetitas con situaciones como "un amigo me critica....." "me siento inseguro/a cuando....." 2. En parejas, los adolescentes representan la situación respondiendo con frases de autoafirmación. 3. El grupo comenta qué respuestas fortalecen la autoestima. <p>20 minutos</p>	<p>Tarjetas con situaciones escritas. Los estudiantes en pareja pueden escribir detrás de estas tarjetitas.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

<p>5. Cierre y reflexión grupal: <i>"Una palabra para llevarme"</i></p>	<p>Consolidar aprendizajes y generar compromisos personales. Los estudiantes reconocen sus cualidades y las de sus compañeros. Aprenden estrategias de autoafirmación y refuerzo positivo Refuerzan su confianza en sí mismos.</p>	<p>Cada muchacho dice una palabra o frase que resuma lo que aprendió sobre su autoestima. 5 minutos</p>	<p>Ningún material</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
		<p>TOTAL: 70- 80 MINUTOS</p>		

¿AUTOESTIMA?

¿QUÉ ES?

Es la **valoración**, **percepción** y **sentimientos** del **si mismo/a**, sobre las capacidades, cualidades y valor personal.



¿QUÉ IMPLICA?

Cambios físicos, emocionales y sociales que **construyen la identidad**, **autonomía** y la **pertenencia** a un grupo.

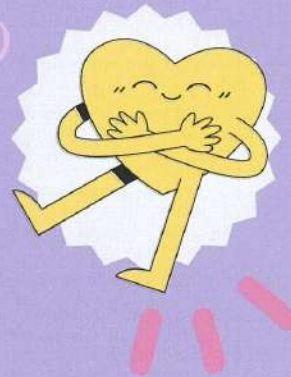
CARACTERÍSTICAS



1. Es **fluctuante** (cambia).
2. Puede surgir de **opiniones externas** (compañeros, amigos, familia).
3. **Construye la identidad**: ¿Quién soy? ¿Qué valgo?
4. **Impacta la conducta**:
 - Una autoestima adecuada favorece la toma de decisiones saludables y la confianza.
 - Una autoestima baja se relaciona con inseguridad, aislamiento, conductas de riesgo y depresión.

FACTORES QUE INFLUYEN

- a. **Apoyo familiar** (comunicación, aceptación, afecto).
- b. **Entorno escolar** (rendimiento académico, habilidades).
- c. **Relaciones con pares** (amistades, inclusión, bullying).
- d. **Medios de comunicación** y **redes sociales** (modelos de belleza y éxito).
- e. **Experiencias personales** (logros, fracasos, retos).



Liceo de Miramar

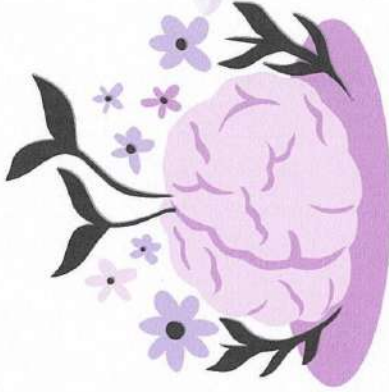
Taller sobre la Autoestima



Descubriendo mi Valor

Dirigido por:
Elizabeth Quesada Benavides

Comenta una palabra o frase que resuma lo que aprendiste **sobre la autoestima** y cómo autoafirmarte a ti mismo/a o a alguien más.



Actividad 5

“Una palabra para llevarme”



Actividad 4

“Así me valoro”

1. Se repartirán tarjetas con situaciones como:
“Si un amigo me critica...”
“Me siento inseguro/a cuando...”
2. Luego, en parejas:
 - Representarán las situaciones en una **dramatización**, respondiendo con **frases de autoafirmación**.
 - Se comentará con el grupo **qué respuestas fortalecen la autoestima**.



Actividad 2

“El espejo positivo”

1. Ponle nombre a tu hoja y escribe **3 cualidades** de ti mismo/a.
2. La facilitadora recogerá las hojas y las redistribuirá. Al recibir la hoja de otro compañero, anótale **2 cualidades** más, positivas.
3. Al finalizar, tu hoja volverá a ti y reflexionaremos en grupo.

Actividad 1

“Me presento con algo positivo”

Te presentarás con tu nombre y **una cualidad que te gusta** de ti mismo/a.



Actividad 3

“Mi árbol de fortalezas”

Recibirás una hoja con un dibujo de un árbol. En él escribirás:

- **En las raíces:** 2 valores y 1 apoyo que recibes de alguien.
- **En el tronco:** 2 cualidades y 2 habilidades que tengas.
- **En las ramas:** tus sueños y metas.

Al terminar, entrega tu árbol a la facilitadora del taller.

EL CEREBRO ADOLESCENTE y la familia

El cerebro del adolescente está en gran transformación. Su desarrollo continúa más allá de los 25 años. No solo pasa por cambios físicos, sino también emocionales: cómo se piensa, siente y se relaciona con la familia.



PARTES DEL CEREBRO

CORTEZA PREFRONTAL

Responsable de la toma de decisiones y el autocontrol. Aun inmadura → conductas impulsivas.

SISTEMA LIMBICO

Muy activo en esta etapa, relacionado con emociones y búsqueda de recompensas.



PLASTICIDAD CEREBRAL

El cerebro es flexible y sensible al aprendizaje, experiencias y relaciones familiares.

AMIGDALA

Influye en las emociones: miedo, ira, placer, recuerdos y respuesta al estrés.

VIDA FAMILIAR

IMPLICACIONES

Los adolescentes parecen contradictorios: buscan independencia, pero necesitan guía y apoyo.

La familia protege con comunicación abierta, límites claros y acompañamiento emocional.



MENSAJE CLAVE

Los comportamientos adolescentes tienen base neurobiológica. El reto no es controlar, sino acompañar y guiar mientras el cerebro madura.

TU CEREBRO, TU SUPERPODER



A veces las emociones son como una montaña rusa. /:

Los y las adolescentes suelen reaccionar rápido y piensan después → es parte del proceso de un **cerebro en construcción**, como una app en actualización.



En este proceso de transformación, la amígdala está muy activa → todo se siente más fuerte.

"Es normal sentirse intenso, ya que se está construyendo la identidad y experimentando el mundo más profundamente."



Busqueda de nuevas experiencias: la dopamina impulsa retos, aventuras y descubrimientos.

Se genera un poder: arriesgarse, probar e inventar, utilizado bien, puede ayudar a descubrir talentos y pasiones.


Amistades y familia: las amistades son muy importantes, pero la familia sigue siendo la base segura.

El cerebro adolescente tiene la capacidad única de adaptarse, aprender y soñar, te da un **superpoder único:** la capacidad de transformarte y construir el futuro que deseas.

El cerebro adolescente... ¡es un cerebro con alas!

TU CEREBRO ADOLESCENTE

Corteza prefrontal



ACTUAR
(Corteza prefrontal)

- Planificación
- Atención
- Auto control
- Elecciones
- Seguimiento

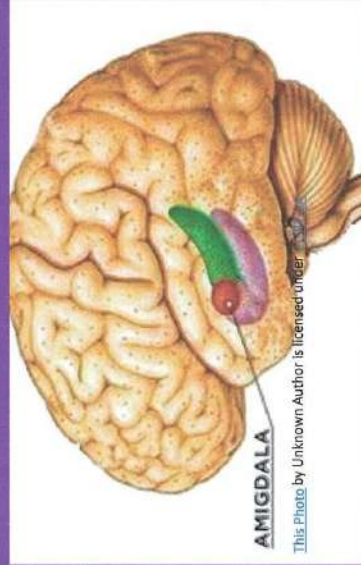
REACCIONAR
(Cerebro primitivo / emocional)

- Reflejos
- Instintos
- Emociones
- Reacciones
- Impulsos

1.56 - [www.foxmarty.com](#)

12

Amígdala



Introducción:

- *El cerebro del adolescente está en gran transformación. Se dice que el desarrollo cerebral va más allá de los 25 años. No son sólo cambios físicos sino emocionales, cómo piensan, sienten y se relacionan con miembros de la familia.*
- **Corteza Prefrontal:** es responsable de la toma de decisiones y el autocontrol. Se dan conductas impulsivas muchas veces peligrosas.
- **Sistema Límbico:** se activa mucho durante esta etapa. Se relaciona con las emociones y la búsqueda de recompensas.
- **Plasticidad cerebral:** el cerebro es muy flexible y sensible al aprendizaje, las experiencias y las relaciones familiares.
- **Amígdala:** influye en el comportamiento, emociones y la salud mental. Está ubicada entre los lóbulos temporales, tiene forma de almendra. Involucrada en el miedo, la ira, el placer, los recuerdos emocionales y la respuesta al estrés influyendo en cómo los adolescentes aprenden a manejar el estrés y formar vínculos sociales. Ésta madura antes que la corteza prefrontal (encargada del juicio y el control de impulsos) lo que explica por qué ustedes reaccionan emocionalmente de forma intensa o impulsiva lo cual puede dificultar en la toma de decisiones racionales. Por esta razón pueden aparecer ansiedad, depresión y otros trastornos.

Implicaciones en la vida familiar:

Los adolescentes pueden parecer contradictorios: buscan independencia, pero todavía necesitan guía y apoyo.

MENSAJE CLAVE: Entender que los comportamientos adolescentes tienen una base neurobiológica, permite a las familias ser más empáticas. El reto no es controlar, sino acompañar y guiar mientras el cerebro madura.

Steinberg, L. *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence.* Houghton Mifflin Harcourt (2014).

La familia juega un papel protector al ofrecer comunicación abierta, límites claros y acompañamiento emocional



“Tu cerebro adolescente, tu superpoder”

- “¿Alguna vez han sentido que sus emociones son como una montaña rusa? ¿O que hacen algo rápido y después piensan: ooh ooh, por qué hice eso?”. ¡Bueno, tranquilos!!! No es que estén locos. Es que su cerebro está en construcción..... ¡y eso es increíble!
- Tu cerebro es como una app en actualización. Funciona, pero algunas partes todavía se están instalando. Lo que más tarda en madurar es la corteza prefrontal que se encarga de planear, pensar antes de actuar y controlar los impulsos. Por eso a veces reaccionan primero y piensan después. No es un error, es parte del proceso. La amígdala está super activa. Eso significa que todo lo sienten más fuerte: la tristeza, la rabia, el amor, la alegría. Es normal sentirse intensos, porque están construyendo su identidad y experimentando el mundo de una forma más profunda. “Es como tener el volumen de la música al máximo, nada se escucha bajito”.

Tu cerebro, tu super poder

- **Búsqueda de nuevas experiencias.** Tu cerebro ama la dopamina que es el químico de la recompensa. Eso los hace buscar cosas nuevas, retos, aventuras. Por eso se arriesgan, prueban, inventan. ¡Y eso también es un poder! Si lo usan bien, les ayuda a descubrir talentos y pasiones. Es como tener un radar que siempre busca lo nuevo, lo emocionante, lo que vibra con ustedes”.
- **Amigos y familia:** “Sabemos que para ustedes los amigos son muy importantes, casi como el oxígeno. Y está bien: el cerebro adolescente valora mucho la aceptación social. Pero ojo: aunque a veces no lo parezca, la familia sigue siendo su base segura. La gente que los quiere está ahí como ancla, aunque ustedes estén explorando nuevos mares” .
“Los amigos con como una conexión wi-fi, pero la familia es la red eléctrica que siempre da energía” .
- **“Así que si alguna vez sienten que son demasiado emocionales, que no entienden por qué reaccionan así, recuerden: no están solos. Su cerebro está creciendo, adaptándose, aprendiendo. Y eso los convierte en seres con un super poder único: la capacidad de transformarse. Usen ese poder para conocerse, para crear, para soñar y para construir el futuro que desean. Porque el cerebro adolescente....ies un cerebro con alas!!!!**

DINÁMICAS
FAMILIARES Y
RELACIONES
PERSONALES

TALLER DE DINÁMICAS FAMILIARES EN ADOLESCENTES

LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, PUNTARENAS

OBJETIVO: Promover la comprensión mutua y mejorar la comunicación entre adolescentes y sus familias, fomentando relaciones basadas en respeto, empatía y límites saludables.

Dinámicas:	Objetivo:	Actividad/Tiempo:	Materiales	Responsable:
<p>1. Bienvenida y Rompehielos: <i>"La familia ideal vs. la familia real"</i></p>	<p>Identificar expectativas y realidades en las dinámicas familiares</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se divide el grupo en equipos de 2 o 3 estudiantes 2. En una cartulina, cada equipo dibuja o escribe cómo sería su "familia ideal" 3. En otra cartulina, escriben cómo perciben su "familia real" 4. Discusión grupal sobre similitudes, diferencias y cómo esas diferencias influyen en su vida. <p>Tiempo: 15 minutos</p>	<p>Cartulinas amarillas y rojas. Amarilla para la familia real y roja para la familia ideal. Marcadores permanentes Lapiceros y lápices. Stickers o pegatinas en las cartulinas. Nombres de los participantes detrás de las cartulinas.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>2. <i>"¿Mensaje enredado?"</i></p>	<p>Sensibilizar sobre los problemas de comunicación en la familia y cómo mejorarlos.</p>	<p>Frases escritas en papelitos. Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un estudiante recibe una frase relacionada con temas familiares como: "Me gustaría que me 	<p>Hojas, sobres, lápices.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		<p>escucharan más en mi casa”</p> <ol style="list-style-type: none"> Lo transmite en secreto al próximo estudiante y así cada uno hasta llegar al final de la fila. Se compara la frase inicial con la final. Se reflexiona sobre cómo los mensajes se distorsionan y la importancia de la comunicación clara en la familia <p>Tiempo: 15 minutos</p>		
<p>3. “El mapa de Roles Familiares”</p>	<p>Reconocer roles dentro de la familia y cómo influyen en la convivencia familiar</p>	<ol style="list-style-type: none"> Cada estudiante recibe el dibujo de una casa y dentro de esta figura, escribe el rol que cada miembro cumple en su familia (protector, crítico, apoyo, amigo, etc..) Se comparte en parejas Discusión grupal: ¿Qué roles son positivos?, ¿cuáles generan conflictos?, ¿cómo se 	<p>Hojas de papel bond, lápices de color y marcadores finos</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		<p>podrían equilibrar?, "cómo te sientes dentro de tu familia?..."</p> <p>Tiempo: 20 minutos</p>		
<p>4. Ejercicio de Reflexión: "Cartas que podría enviar"</p>	<p>Explorar emociones ocultas y aprender a expresarlas de forma saludable.</p>	<p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada adolescente escribe una carta dirigida a un miembro de su familia con lo que no se atreve a decir en persona (puede ser gratitud, enojo, confusión, petición) 2. Se guarda en un sobre (no se comparte si ellos no quieren). Pero pueden entregárselas a sus padres o familiares. 3. Discusión voluntaria sobre cómo expresar emociones en la familia de manera constructiva. <p>Tiempo: 20 minutos</p>	<p>Hojas con líneas, sobres blancos y lápices.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>5. Cierre: "Compromiso personal"</p>	<p>Fomentar la responsabilidad personal en el fortalecimiento de la relación</p>	<p>Paso a paso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada adolescente escribe un compromiso 	<p>Papelitos pequeños de colores en forma de estrella o de</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

	familiar.	<p>para mejorar su dinámica familiar como por ejemplo escuchar más, pedir las cosas con respeto, pasar más tiempo con su familia, utilizar menos el celular o las redes sociales)</p> <p>2. Se colocan en un mural hecho de cartulina en forma de corazón. Tiempo: 15 minutos</p>	<p>corazón, marcadores finos, lápices de color, lápices de mina negra o lapiceros, cinta engomada o goma escolar.</p>	
		TIEMPO TOTAL: 1 HORA Y 20 MINUTOS		



Taller

DINÁMICAS

FAMILIARES

Dirigido por:
Elizabeth Quesada



“COMPROMISO PERSONAL”

Escribe un **compromiso para mejorar tu dinámica familiar**.

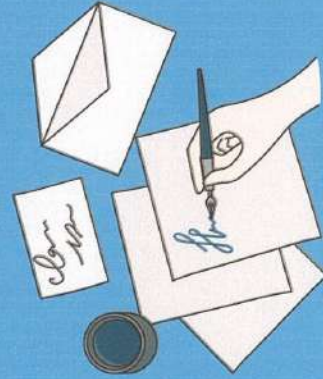
Por ejemplo: escuchar más, pedir cosas con respeto, pasar más tiempo con la familia, utilizar menos el celular o redes sociales.



“CARTAS QUE PODRÍA ENVIAR”



Escribe una **carta dirigida a un miembro de tu familia**, con lo que no te atreves a decirle en persona. La guardarás en un sobre y **podrás entregarla a quien está dirigida**.



“FAMILIA IDEAL VS. FAMILIA REAL”

En equipos de dos o tres:

1. Escribir en una cartulina: ¿Cómo sería la “familia ideal”?
2. En otra cartulina, escribir: ¿Cómo percibe a la “familia real”?
3. Reflexionar en grupo: ¿Qué similitudes y diferencias hay? ¿Cómo influyen en la vida?



“¿MENSAJE ENREDADO?”

Paso 1

Recibirás una frase relacionada a temas familiares. Por ejemplo: “me gustaría que me escucharan más en mi casa”.

Paso 2

Compartirás la frase a otro estudiante, en secreto. Cada uno hará esto hasta llegar al final de la fila.

Paso 3

Se comparan la frase inicial con la frase final.

Paso 4

Se reflexiona sobre cómo los mensajes se distorsionan y la importancia de la comunicación clara.



“MAPA DE ROLES FAMILIARES”

La facilitadora entregará dibujos de una casa a cada estudiante.



Escribir dentro del dibujo de la casa: el rol de cada miembro de la familia.



Compartir en parejas lo que se escribió en el dibujo.



Discutir grupalmente:

1. ¿Que roles son positivos?
2. ¿Cuáles roles generan conflictos?
3. ¿Cómo se podrían equilibrar?
4. ¿Cómo te sientes dentro de tu familia?

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

TALLER SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS
LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, PUNTARENAS

Objetivo: "Comprender la Sexualidad basada en el respeto, la identidad y en las elecciones saludables"

TIEMPO TOTAL: 95 minutos

DINÁMICA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE
<p>1. Rompehielos: "Mitos y Realidades"</p> <p>Video: You Tube: Taller: "Educación sobre sexualidad sin vergüenza (Adolescencia)" Servicio de Atención a la Familia SAF 27 minutos Mayo 10, 2021</p>	<p>Romper el hielo, detectar conocimientos previos y corregir mitos acerca de la sexualidad tanto femenina como masculina. Observar las reacciones generadas por las frases.</p>	<p>1. Se leen frases relacionadas con la sexualidad por ejemplo: "El condón puede lavarse y volver a ser usado". "La masturbación es dañina para la salud"</p> <p>2. Los participantes deben levantarse si creen que es un mito y quedarse sentados si creen que es una realidad.</p> <p>TIEMPO: 15 minutos</p>	<p>Tarjetas con frases respecto a la sexualidad</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>2. Tema Central 1: "¿Qué es la Sexualidad?"</p>	<p>Enseñar sobre Sexualidad en la Adolescencia en general. Sexualidad como parte integral del ser humano que incluye cuerpo, emociones, afectos, identidad y relaciones.</p>	<p>Lluvia de ideas en la pantalla porque no hay pizarra.</p> <p>1. ¿Qué palabras se les viene a la mente al escuchar sexualidad? Sexualidad no es sólo sexo, sino también afectividad, género, derechos y autocuidado (como lo vimos en el anterior taller sobre</p>	<p>Computadora</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		tengan y entregarles el brochure informativo con las actividades realizadas. TIEMPO: 20 minutos		
5. Actividad de cierre: "Carta al futuro"	Reforzar mensajes de respeto, responsabilidad y autocuidado	1. Cada participante escribe en una tarjeta una recomendación para su "yo del futuro" respecto al autocuidado y el respeto en la sexualidad. TIEMPO: 20 minutos	Tarjetitas para que ellos escriban su mensaje al "yo del futuro". Marcadores finos y /o lápices o lapiceros. Sobres para su carta final.	Elizabeth Quesada Benavides

Este taller duró más de dos horas debido a las intervenciones de los estudiantes. Incluyó estudiantes de 9no año también que no estaban en la lista de los asistentes a los talleres.

Sexualidad en la adolescencia



Identidad y sexualidad

La **sexualidad** no es solo sobre el acto *sexual*, sino que también incluye los valores, creencias e incluso experiencias.

En la adolescencia la sexualidad influye en diversos ámbitos de la vida, y surgen **cuestionamientos** como "**¿Quién soy?**" y "**Qué me hace ser así?**", que forjan la identidad.

Estas preguntas son acompañadas por cambios en las siguientes áreas:

CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

Biológicos



Hombres

- Se ensanchan los hombros y espalda.
- Disminuye la grasa corporal.
- La voz se hace más grave.
- Crece el vello en las axilas, pubis, cara, piernas, pecho y brazos.
- Ocurre la primera eyaculación.



Psicológicos

- El **pensamiento** se vuelve más **abstracto**.
- Los **intereses sociales, religiosos, políticos y filosóficos** aumentan.
- Se pueden tomar **decisiones** evaluando **alternativas**.
- Se empiezan a **cuestionar** las normas, costumbres, etc.

Biológicos



Mujeres

- Se ensanchan las caderas.
- Se acumula la grasa corporal en los muslos y caderas.
- Crecen los senos.
- La cintura se "afina" o define.
- Crece vello en las axilas y el pubis.
- Se presenta la primera menstruación.

Sociales



- **Amistades** se vuelven más **importantes**.
- Pueden surgir **críticas y problemas** con la familia.
- Comienza la **atracción física** hacia otras personas.
- Pueden aparecer **problemas con personas adultas**.

"La sexualidad se vive con respeto y confianza"

Derechos sexuales y reproductivos

Verás un video y la facilitadora explicará:

- Los **conceptos básicos** de sexualidad.
- Los **derechos sexuales** que tenemos todas las personas.
- **Métodos anticonceptivos**: cuáles son, cómo se usan y por qué son importantes.
- Las **consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)**.
- Los **riesgos de la pornografía y el sexting**, y cómo pueden afectar tu vida personal y social.
- Los **procedimientos para denunciar** un abuso sexual y a dónde acudir en caso de necesitar ayuda.



Escribe en una tarjeta una recomendación para tu "yo del futuro" sobre:

- Cómo cuidarse en la sexualidad.
- Cómo mantener el respeto hacia ti mismo y hacia los demás.

Este mensaje será un recordatorio personal de la importancia del autocuidado, la responsabilidad y el respeto en las relaciones.



"Carta al futuro"

Liceo de Miramar

Aprendiendo sobre la

Sexualidad

Dirigido por:
Elizabeth Quesada



¿Qué es la sexualidad?

Lluvia de ideas

- ¿Qué palabras te vienen a la mente cuando escuchas "sexualidad"?



La sexualidad abarca no solo el sexo, sino también la afectividad, el género, los derechos y el autocuidado.

Mitos y realidades

X

???

✓

1. Se leerán frases relacionadas con la sexualidad.
2. Si crees que la frase es un **mito**, te deberás levantar.
3. Si crees que la frase es una **realidad**, te tendrás que quedar en tu asiento.





Cambios en la adolescencia

En esta etapa ocurren cambios hormonales, ya que tu cuerpo está en crecimiento.

- Cada compañero/a leerá una tarjeta con una frase sobre estos cambios, como: "cambio de voz, "atracción romántica", "cambios de humor", y se comentan en grupo.
- Cada uno/a define lo que cree sobre la frase que le ha tocado.

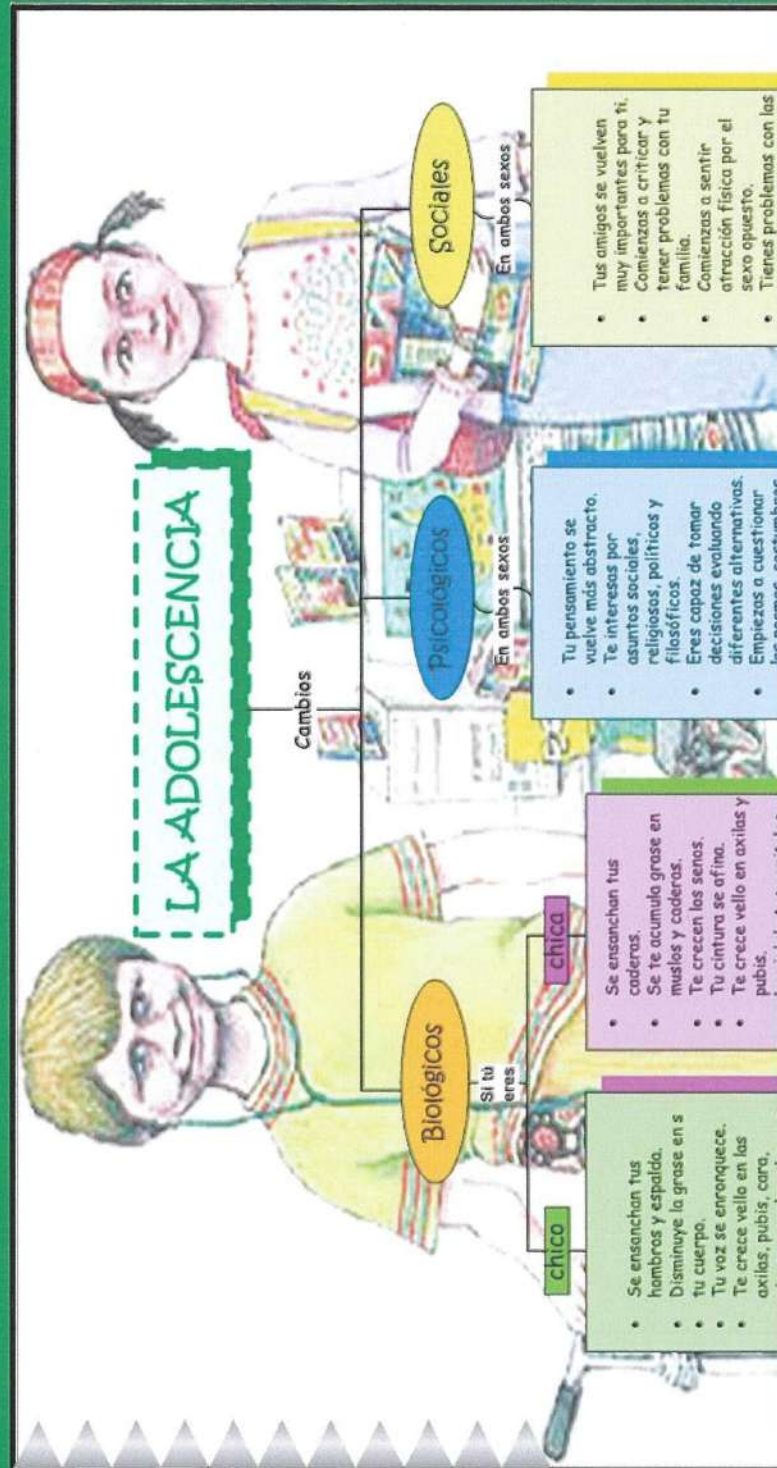
TALLER SOBRE SEXUALIDAD

1. Vídeo YouTube “Educación sobre sexualidad sin vergüenza”
<https://youtu.be/mXBrpYTbahc>

Comentarios acerca del vídeo

OBJETIVO: “Comprender la sexualidad basada en el respeto, la identidad y en las elecciones saludables”





Comprendiendo la sexualidad: a través del respeto – la identidad y la toma de decisiones saludables.

- **Objetivos:**
- Comprender nuestra sexualidad y respetar la de los demás
- Explorar el género, la orientación sexual y la identidad de las otras personas
- Construir habilidades para relacionarse saludablemente y tomar las decisiones adecuadas en el momento presente
- Acoger un espacio inclusivo y seguro para realizar preguntas y diálogos acerca de nuestra sexualidad.
- Construir empatía y reconocer nuestra **interseccionalidad** (*es un análisis que examina cómo diferentes factores de identidad y experiencias de vida, orientación sexual o discapacidad, se cruzan e interactúan para generar múltiples formas de opresión y discriminación*)

Identidades múltiples: “Kimberlé Crenshaw” 1989

- Las personas no tienen una sola identidad sino que poseen diversas características que definen su posición en la sociedad.
- Interacción de opresiones: estas identidades se combinan para crear experiencias únicas de desventaja o privilegio.
- Para identificar desigualdades complejas y diseñar estrategias de cambio social más efectivas.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

- Cada participante discute curiosidades y conceptos erróneos de una forma respetuosa y segura practicando de forma asertiva la necesidad de expresar y respetar a los demás en cuanto a su sexualidad
- Promover el conocimiento acertado y el pensamiento crítico acerca de la sexualidad en la adolescencia
- Cómo se ve a sí mismo/a en cuanto a su crecimiento personal y procesamiento emocional.
- **VIDEO EN YOUTUBE:** Nayara Malnero: “*Cómo hablar de sexualidad con los hijos*”. Sexperimentando. 19 minutos **PSICOEDUCACIÓN.**
https://3SHT_mmrZF0

**PREVENCIÓN DEL
CONSUMO DE
SUSTANCIAS**

TALLER: "PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES"

LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, PUNTARENAS

Adolescentes de 12 a 19 años (educación secundaria)

OBJETIVO GENERAL: Promover la reflexión crítica y la toma de decisiones saludables frente al consumo de sustancias psicoactivas

Octubre, 2025

DINÁMICA:	OBJETIVO:	ACTIVIDAD PASO A PASO:	MATERIALES:	RESPONSABLE:
1. Bienvenida y Rompehielo: <i>"Mitos y Realidades"</i>	Los estudiantes deciden qué frases son "positivas" o "negativas" para el consumo de sustancias	1. La facilitadora lee frases relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Ejemplo: "El alcohol ayuda a divertirse mejor" "La marihuana no causa adicción"..... 2. Los estudiantes se mueven a un lado de la biblioteca si creen que es "verdadero" y al otro lado si creen que es "falso". 10 frases. Éstas se aclaran con información científica breve. TIEMPO: 15 minutos	Tarjetas con 10 frases sobre el consumo de alcohol, tabaco y consumo de drogas	Elizabeth Quesada Benavides
2.	Fortalecer	1. Juego de	Tarjetas con	Elizabeth

<p>Actividad Grupal: <i>"La presión de grupo"</i></p>	<p>habilidades de resistencia a la presión social</p>	<p>roles en pequeños grupos de 2 o 3 estudiantes donde un adolescente hace el papel de ofrecer una sustancia y los demás deben ensayar distintas formas de decir "NO" (rechazo asertivo, evasión, humor, apoyo entre pares).</p> <p>2. Se les pide a cada grupo que actúen de acuerdo con estas conductas para que las representen al frente con un ejemplo breve.</p> <p>TIEMPO: 30 minutos</p>	<p>situaciones ficticias Papel con hojas rayadas, lápices y/o lapiceros.</p>	<p>Quesada Benavides</p>
<p>3. Debate guiado: <i>"Decisiones y sus consecuencias"</i></p>	<p>Resaltar riesgos reales y alternativas de decisión.</p>	<p>1. La facilitadora presenta casos cortos, por ejemplo "un joven que acepta fumar marihuana en una fiesta". "Un joven que acepta beber alcohol en una fiesta". Otro que "acepta un cigarro de marihuana en la calle".</p>	<p>Historias impresas o proyectadas de YouTube</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		<p>Otro/a que acepta una pastilla "desconocida" en una fiesta".....</p> <p>2. Los participantes en equipos de 2 o 3 estudiantes discuten posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo (salud, familia, estudios, legal).</p> <p>3. La facilitadora resume resaltando los riesgos reales y alternativas de decisión.</p> <p>TIEMPO: 30 minutos</p>		
<p>4. Creatividad: <i>"Mi futuro libre"</i></p>	<p>Conectar metas personales con decisiones de autocuidado</p>	<p>1. Cada adolescente dibuja, escribe o diseña un "mapa del futuro donde imagine sus metas a 5 años (estudio, trabajo, familia, viajes).</p> <p>2. Reflexión Grupal: "¿Cómo el consumo de sustancias podría interferir en esos</p>	<p>Hojas de papel blanco bond. Lápices de color, lápices de mina negra, marcadores.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		sueños?" TIEMPO: 25 minutos		
5. Cierre reflexivo: <i>"Compromiso personal"</i>	Reflexión acerca del futuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada participante escribe en una tarjeta una acción concreta que puede hacer para cuidarse (practicar deportes, buscar apoyo emocional, decir "NO" a la presión. 2. Estas tarjetitas se pegan en un mural o se guardan como recordatorio personal. TIEMPO: 15 minutos	Una cartulina de color verde. Tarjetas pequeñas cortadas por la responsable, cinta adhesiva, marcadores y lápices o lapiceros.	Elizabeth Quesada Benavides
<i>La facilitadora debe mantener lenguaje claro, respetuoso y cercano a la edad: 12 a 19 años. Evitar el tono moralista, priorizar la reflexión crítica de los participantes. Favorecer la participación activa, no sólo exposición.</i>		TIEMPO TOTAL: 1 hora y 55 minutos a 2 horas		

CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Qué es el consumo de sustancias?

El consumo de sustancias se refiere al uso de drogas legales (como el alcohol o el tabaco) e ilegales (como la marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras) con distintos fines: experimentar, relajarse, evadir problemas, divertirse o por presión social.



Habilidades para resistir la presión de grupo



01 Asertividad
Aprender a decir "NO" sin sentir culpa.

02 Humor
Usar respuestas divertidas para quitar tensión.

03 Evasión
Cambiar de tema o retirarse de la situación.

04 Apoyo
Buscar respaldo en amigos, familia, orientadores o profesionales.



RECUERDA!

- Lo que hagan tus pares (compañeros/as, amistades) no define tus elecciones.
- Tú tienes derecho a decidir por tu bienestar.
- Decir "NO" también es un acto de valentía.

Consecuencias del consumo de sustancias

El consumo de drogas afecta el cuerpo, la mente y las relaciones sociales.

Existen diferentes riesgos, que se pueden presentar tras algún tiempo de consumir sustancias: adicción, pérdida de control, problemas legales, dificultad para alcanzar metas personales



Corto plazo

Pérdida de memoria, accidentes, conflictos familiares.

Mediano plazo

Bajo rendimiento académico o laboral, problemas de salud mental, aislamiento social.

Largo plazo

Adicción, enfermedades crónicas, pérdida de oportunidades y proyectos de vida.

Reflexión

¿Cómo influiría el consumo de drogas en tus metas?"

- "Cada decisión cuenta para tu futuro."
- "Tú decides tu camino."
- "El autocuidado es la mejor forma de libertad."
- "Cree en ti y en tu futuro."



MI FUTURO LIBRE



Dibuja, escribe o diseña un "mapa del futuro", donde imaginas tus metas de aquí a 5 años, en aspectos como:

- Estudios.
- Trabajo.
- Familia.
- Viajes o proyectos personales.

Luego, en reflexión grupal, conversa sobre la pregunta:

"¿Cómo el consumo de sustancias podría interferir en esos sueños?"

Liceo de Miramar

TALLER PREVENCIÓN DEL



CONSUMO DE SUSTANCIAS

COMPROMISO PERSONAL



Escribe en una tarjeta una acción concreta que puedes hacer para protegerte y cuidarte, por ejemplo:

Practicar deportes 🏃

Buscar apoyo emocional 🤝

Decir "NO" a la presión 🚫

Dirigido por:
Elizabeth Quesada

MITOS Y REALIDADES



Instrucciones:

La facilitadora leerá 10 frases relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Por ejemplo:

"El alcohol ayuda a divertirse mejor."



"La marihuana no causa adicción."



Tu reto será decidir:

Si crees que la frase es **Verdadera**, muévete a un lado de la biblioteca.

Si crees que es **Falsa**, muévete al lado contrario.

Al terminar, se reflexionará sobre los mitos y realidades de estas frases.



Juego de roles

En grupos de 2 o 3:
Un compañero/a hace el papel de ofrecer una sustancia (alcohol, tabaco o droga).



Los demás deben ensayar distintas formas de rechazar:

- **Rechazo asertivo** ("No, gracias, no me interesa").
- **Evasión** (cambiar de tema o salir de la situación).
- **Humor** (responder de forma graciosa para quitar presión).
- **Apoyo entre pares** (contar con un amigo para reforzar la negativa).



LA PRESIÓN DE GRUPO

Cada grupo representará su ejemplo al frente, mostrando cómo se pueden usar estas estrategias en la vida real.

DECISIONES Y SUS CONSECUENCIAS

Se presentan casos cortos:

1. Aceptar fumar marihuana y beber alcohol en una fiesta.
2. Aceptar un cigarrillo de marihuana en la calle.
3. Aceptar una pastilla "desconocida" en una fiesta.



En equipos de 2 o 3:

Discutir las posibles consecuencias de estas decisiones a **corto, mediano y largo plazo**, en temas como: **salud, familia, estudios, aspectos legales.**



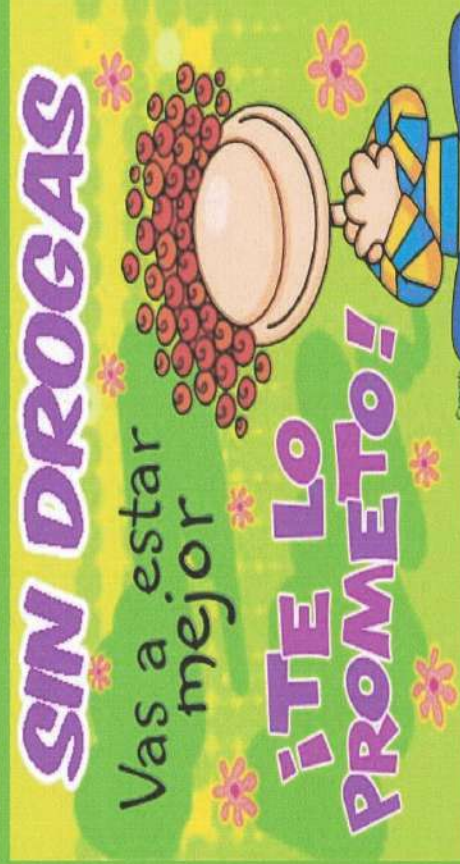
Con la facilitadora, se resaltarán los riesgos reales y las alternativas de decisión.



TALLER SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

"SÓLO DI "NO" A LAS DROGAS. Es una palabra mágica.

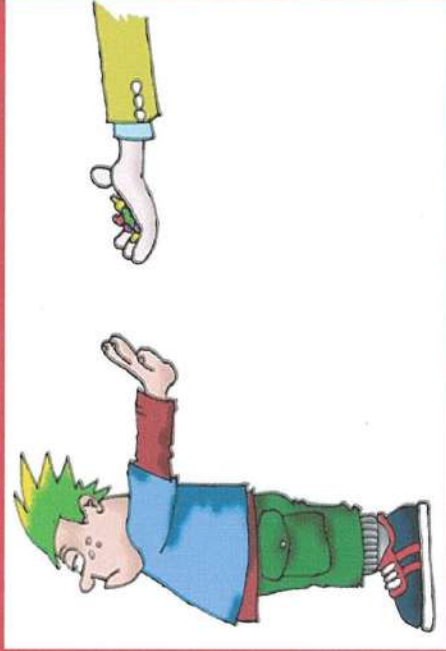
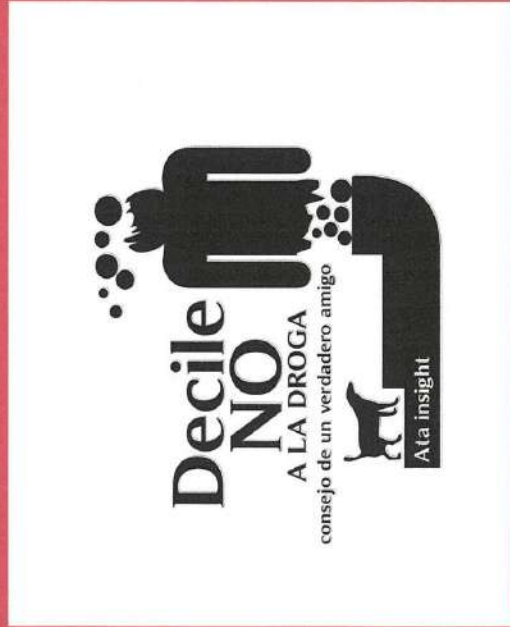
Video: "Nuggets". <https://www.youtube.com/watch?v=kQ-mRWrx6BI>



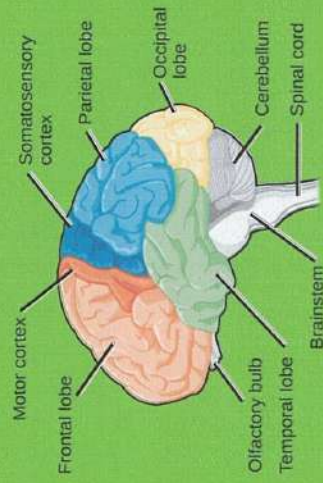
OBJETIVOS DEL TALLER:

- Reflexionar sobre los riesgos del consumo de sustancias
- Desarrollar habilidades para resistir la presión de grupo.
- Conectar metas personales con decisiones de autocuidado.
- Mi compromiso personal frente a las decisiones de otros (pares)
- Ensayar formas de decir “NO” (asertividad-humor-evasión-apoyo de amigos, padres, psicólogos, orientadores, profesores guía, médicos...)
- Consecuencias del consumo de drogas a corto, mediano y largo plazo.
- *“¿Cómo influiría el consumo de drogas en tus metas?”*
- *“Cada decisión cuenta para tu futuro”*
- *“Tú decides tu camino”. “El autocuidado es la mejor forma de libertad” “Mi futuro libre”. “Cree en ti y en tu futuro”.*

“Taller interactivo del Consumo de Sustancias en Adolescentes”: Liceo de Miramar



Impacto en el Desarrollo Cerebral:



- La corteza prefrontal responsable de nuestras funciones ejecutivas: (atención-toma de decisiones - juicio – control de impulsos – focalización-planificación) completa su desarrollo hasta los 25 años.
- El THC interfiere:
 - En la corteza prefrontal - el hipocampo (memoria) y el cerebelo (coordinación).
 - Pérdida de sustancia gris y de sustancia blanca (función cerebral y conectividad neuronal y en su volumen)
 - Envejecimiento cerebral acelerado.
 - Dopamina : (placer, satisfacción y motivación)*

Bajo rendimiento académico:

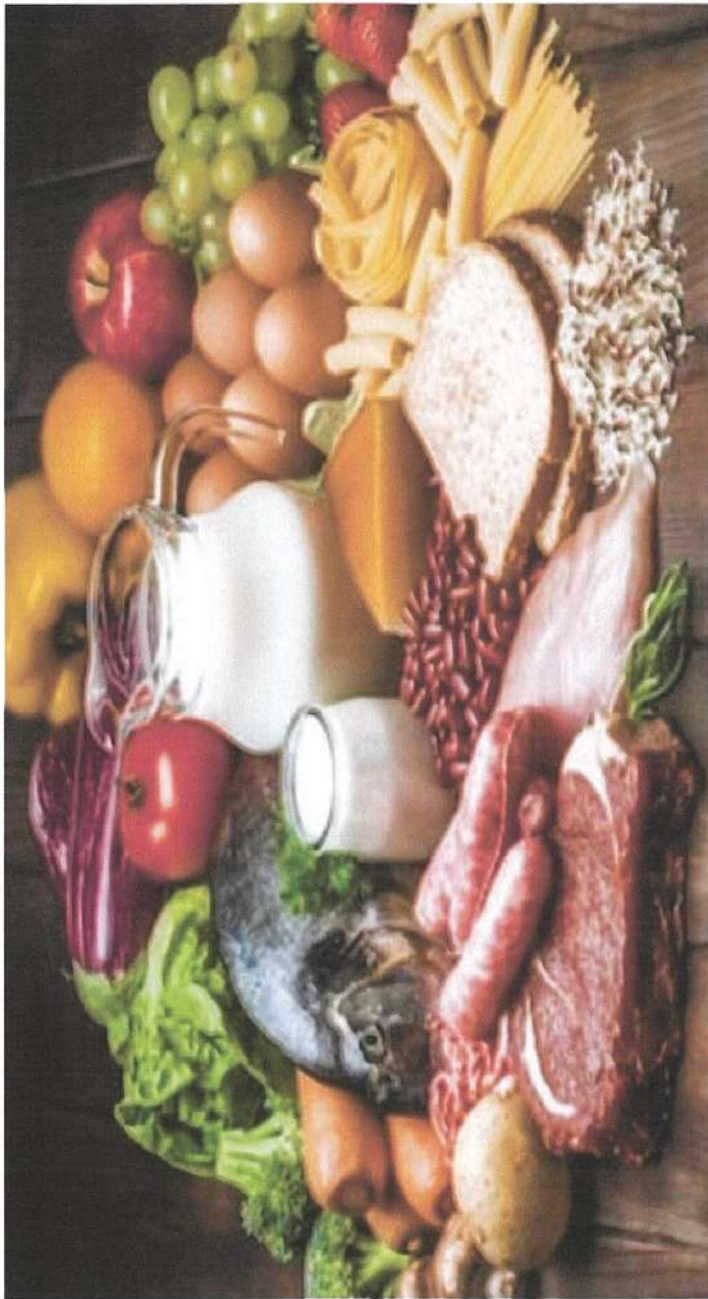
- Repetidores. Problemas conductuales.
- Pérdida en el Coeficiente Intelectual (CI) de hasta 10 puntos.
- **Riesgos para la Salud Mental:**
 - Psicosis y Esquizofrenia (predisposición genética)
 - Depresión y Ansiedad (ataques de pánico e ideación suicida)
 - **Adicción:** La marihuana es adictiva. Comenzar a consumirla en la adolescencia aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de Cannabis (TCC) lo cual se manifiesta con síntomas de dependencia y abstinencia (irritabilidad, problemas para dormir) al intentar dejar de usarla.
 - Es calificada como una “**droga de entrada**” o “**puerta de entrada**” al uso de otro tipo de sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, etc.)
- *En resumen, la adolescencia es un período crítico de Desarrollo cerebral que se ve vulnerado por el THC, impactando directamente en las capacidades cognitivas, el rendimiento académico, la motivación y la salud mental en general del estudiante.*

* DOPAMINA: “hormona de la Felicidad”

- Neurotransmisor (mensajero químico del cerebro) que actúa como un centro de recompensa y es fundamental para funciones como el movimiento, la motivación, el estado de ánimo y la memoria.
- Funciona como una hormona esencial para el bienestar mental y físico.
- Sistema de recompensa y motivación (sensación de bienestar)
- Control del movimiento (Parkinson) vs. Hiperactividad.
- Memoria y atención: (aprendizaje y emociones)
- Estado de ánimo: ritmos de sueño-vigilia y en la memoria de trabajo
- Niveles bajos: disfunción cerebral, lentitud.
 - *Niveles saludables: meditación, dormir 8 horas, evitar el uso de la tecnología además de ejercicio físico, tomar sol por 10 minutos y una alimentación balanceada.*

Alimentos que favorecen la producción de dopamina:

- Carnes (res, pollo, pavo)
- Huevos
- Lácteos (leche, queso, yogurt, helados)
- Legumbres (hojas verdes): espinaca-aceugas, kale (ácido fólico que produce neurotransmisores)
- Repollo (verde o morado) – cebollas -
- Frutos secos y semillas (almendras, nueces, calabaza.....) Frijoles (negros, rojos), lentejas.....
- Plátano maduro, plátano verde y banano (B6 y tirosina) - Aguacates
- Frutas: tomate – piña – fresas – mango - té verde.
- Chocolate amargo (flavonoides y fenitilamina que estimulan la producción de dopamina)
- Alimentos con omega 3: pescados (salmón-atún-sardina) Aceite de oliva y las aceitunas
- Semillas de chía y linaza (ayudan a mantener la salud de las neuronas dopaminérgicas)
- Avena (secreta insulina y triptófano)
 - Actividad física regular
 - Dormir bien
 - Tomar sol (estimula la dopamina y la vitamina D)
 - Evitar el exceso de azúcar y grasas saturadas (papas fritas – churros.....)



BULLYING

**TALLER DE BULLYING PARA LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO,
PUNTARENAS
PARA ADOLESCENTES ENTRE LOS 12 A 19 AÑOS.**

DURACIÓN TOTAL: 2 HORAS

OBJETIVOS: Reconocer la importancia de la asertividad como herramienta frente al bullying. Cómo responder de forma firme y respetuosa. Desarrollar habilidades sociales y de comunicación asertiva mediante ejercicios vivenciales. Fomentar la confianza personal para solicitar ayuda grupal, de los padres y profesores frente a situaciones de acoso.

TÉCNICA	OBJETIVO	PASOS DURACIÓN	MATERIALES	RESPONSABLE:
<p>1. Rompehielos: <i>"El espejo"</i></p>	<p>Cómo el cuerpo comunica seguridad o inseguridad</p>	<p>1. Los estudiantes se ponen en parejas. 2. Uno de ellos hace gestos o posturas de seguridad (erguido, mirada firme), el otro lo imita como "espejo" 3. El otro hace gestos de inseguridad con la espalda agachada, evadiendo la mirada y el otro lo imita como "espejo" Tiempo: 10 minutos</p>	<p>Pantalla con computadora. Al final reciben el brochure con 6 actividades para que las lean en casa y puedan practicar en caso de ser acosados o acosadas.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>2. Role Play: <i>"Ponte en mi lugar"</i></p>	<p>Desarrollar empatía y comprender el impacto del bullying</p>	<p>1. La responsable plantea una situación de bullying (víctima, agresor, observador)</p>	<p>Tarjetas con roles escritos, espacio libre en el aula</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		<p>2. Los estudiantes representan brevemente la escena.</p> <p>3. Se reflexiona en grupo: ¿cómo se sintió cada rol?</p> <p>Tiempo: 20 minutos</p>		
<p>3. "Caja de Fortalezas"</p>	<p>Reforzar la autoestima y la identidad positiva de cada adolescente</p>	<p>1. Cada estudiante escribe en un papel una cualidad positiva de un compañero. Se depositan en una cajita. Luego se leen en voz alta o se entregan de manera individual para que los compartan.</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p>	<p>Caja Papeles de color Marcadores finos</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>
<p>4. "Técnica del Semáforo"</p>	<p>Enseñar a reaccionar a los estudiantes de forma asertiva ante el bullying</p>	<p>Pasos:</p> <p>Rojo: parar y pensar antes de responder</p> <p>Amarillo: evaluar opciones (ignorar, pedir ayuda, responder con calma)</p> <p>Verde: actuar de forma asertiva y buscar apoyo</p> <p>1. La responsable presenta ejemplos de bullying. Los estudiantes aplican la técnica del semáforo en cada caso.</p>	<p>Cada estudiante recibe 3 papeles: 1 rojo, 1 amarillo y 1 verde.</p> <p>La responsable lee situaciones en donde se presentan acciones de acoso.</p> <p>En la pizarra se proyectan los 3 colores según lo que representen para que los estudiantes sepan qué color deben elegir y por qué.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		TIEMPO: 20 minutos		
5. "Círculo de Apoyo"	Promover la solidaridad y la creación de redes de apoyo entre compañeros.	<p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los estudiantes se sientan en círculo. 2. Cada uno comparte una acción que puede hacer para apoyar a una víctima de bullying. 3. Se elabora un mural grupal con compromisos el cual debe ser firmado por cada uno de los participantes. <p>TIEMPO: 25 minutos</p>	Cartulina grande Marcadores Cinta adhesiva	Elizabeth Quesada Benavides
6. Cierre: Video motivacional youtu.be/bxB0cNWr1ZQ Ministerio de Educación Pública de Costa Rica 7:00 minutos 2 videos cortos: "No juegues conmigo" de Socioescuela 5:31 minutos y "Monstruos sin disfraz": 2:29 minutos	Motivar a los estudiantes que es posible superar el bullying	<p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar los videos 2. Reflexionar en grupo: "¿qué hicieron estas personas para superarlo?" 3. Cada estudiante escribe una acción personal que puede aplicar (si lo desea compartir). <p>Tiempo: 15 minutos</p>	3 Videos motivacionales. Hojas de papel blancas Lapiceros	Elizabeth Quesada Benavides

Bullying y cómo afrontarlo

¿QUÉ ES?

Conductas de **acoso** repetitivas, con **intención de dañar, humillar o excluir**.

TIPOS

- Físico
- Verbal
- Psicológico
- Social
- Cibernético

CONSECUENCIAS

- **Emocionales:** ansiedad, depresión, baja autoestima, mala calidad de vida.
- **Académicas:** bajo rendimiento, desmotivación, miedo, parálisis o terror ante exámenes.
- **Sociales:** aislamientos, soledad, sentimiento de valer menos, pérdida de amistades.

¿CÓMO IDENTIFICARLO?

1. Cambios de conducta (tristeza y aislamiento).
2. Negarse a ir a la escuela.
3. Bajo desempeño repentino.
4. Irritabilidad y problemas de sueño.

ROL DE AMISTADES Y COMPAÑEROS/AS

- No ser espectadores pasivos.
- Apoyar a la víctima.
- Reportar el bullying.
- Fomentar el respeto.



TÉCNICAS PARA AFRONTAR

- ✓ Mantener la calma y respirar.
- ✓ Responder con frases cortas o ignorar.
- ✓ Alejarse sin pelear.
- ✓ Pedir ayuda a un adulto.
- ✓ Expresarse escribiendo o en actividades creativas.

"Nadie merece ser maltratado, hablar es el primer paso para cambiar la situación. ¡Tú tienes derecho a ser respetado!"

★ “EL SEMÁFORO”

La encargada presenta ejemplos de bullying y los estudiantes aplican la técnica del semáforo en cada caso.



Parar y pensar antes de responder

ROJO



Evaluar opciones (ignorar, pedir ayuda, responder con calma).

AMARILLO



Actuar de forma asertiva y buscar apoyo.

VERDE

★ “CÍRCULO DE APOYO”

“Sentados en un círculo:

Se comparte una acción para apoyar a una víctima de bullying.

Se elabora un mural grupal con compromisos, firmado por cada uno de los participantes.



VIDEO:

Se verán videos sobre el bullying, luego de esto:

- Reflexionar en grupo: **¿qué hicieron esas personas para superarlo?**
- Escribir una acción personal que pueda aplicar en una situación así.

LICEO DE MIRAMAR

Taller sobre el

BULLYING



Dirigido por:

Elizabeth Quesada

"EL ESPEJO"

En parejas:

Un estudiante hace gestos o posturas de seguridad (erguido, mirada firme) y el otro lo imita como "espejo".



El otro hace gestos de inseguridad con la espalda agachada, evadiendo la mirada y el otro lo imita como "espejo".



"PONTE EN MI LUGAR"

La encargada:

- Plantea una situación de bullying (víctima, agresor, observador)



Los y las estudiantes:

- Representan brevemente la escena.
- Reflexionan en grupo: ¿cómo se sintió cada rol?

"CAJA DE FORTALEZAS"

Instrucciones:



★
Escribe en un papel una cualidad positiva de un compañero.



Deposita ese papel en la cajita indicada por la encargada.



★
Se leerán en voz alta los papeles o se entregan de manera individual para que cada compañero/a lo comparta.



El bullying en adolescentes: cómo afrontarlo con asertividad

Presentación para estudiantes de 12
a 19 años

Facilitadora: Elizabeth Quesada
Benavides



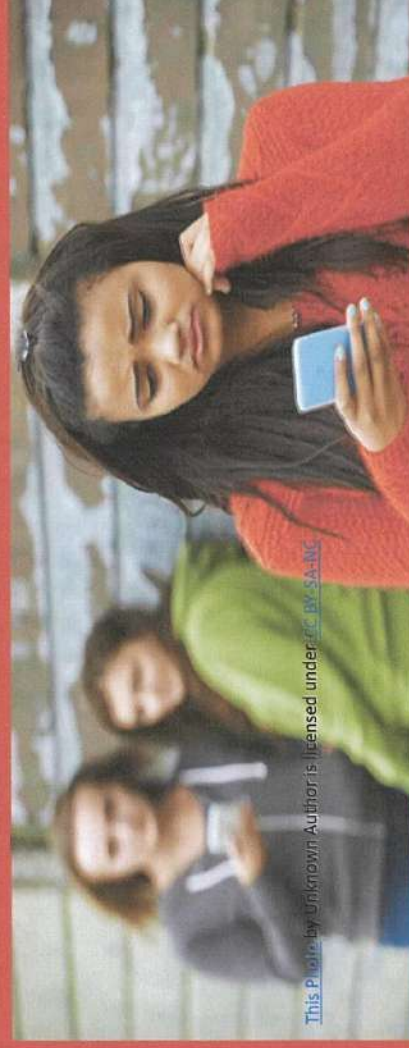
¿Qué es el bullying?

- Conductas de acoso repetitivas
- Tipos: Físico, Verbal, Psicológico, Social y
- Cibernético
- Intención de dañar, humillar o excluir



Cifras y datos

- 1 de cada 3 adolescentes ha sufrido bullying (UNESCO, 2019)
- El cyberbullying crece con el uso de redes sociales
- Impacta la salud mental y el rendimiento escolar



Consecuencias del bullying:

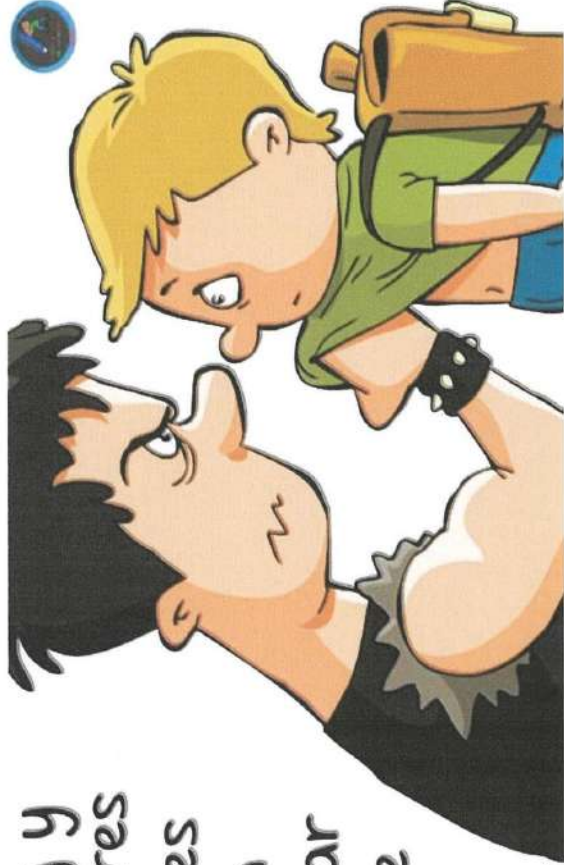
- • **Emocionales:** ansiedad, depresión, baja autoestima, mala calidad de vida
- • **Académicas:** bajo rendimiento, desmotivación, miedo, parálisis o terror ante exámenes
- • **Sociales:** aislamiento, soledad, sentimiento de minusvalía, pérdida de amistades



¿Cómo identificarlo?

- • Cambios de conducta (tristeza, aislamiento)
- • Negarse a ir a la escuela
- • Bajo desempeño repentino
- • Irritabilidad y problemas de sueño

El bullying y cómo padres y docentes pueden identificar casos de acoso escolar.



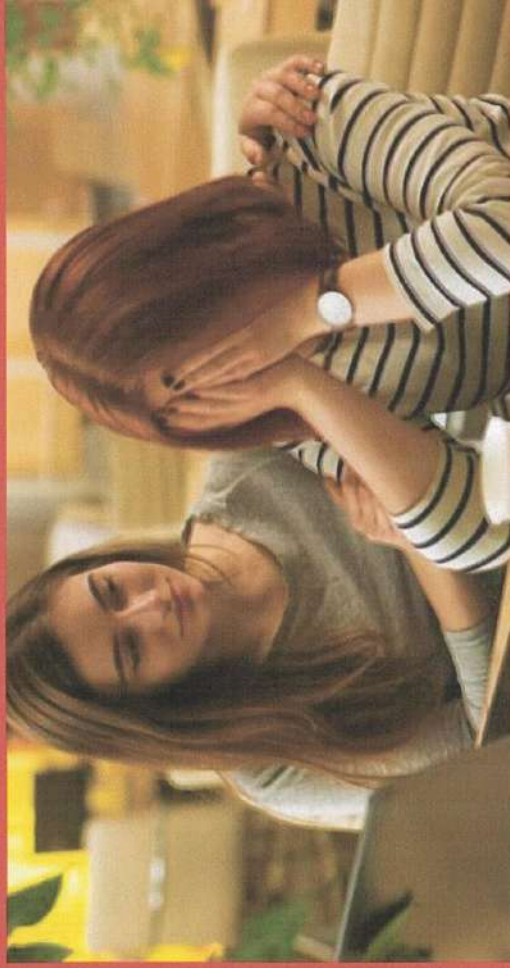
Estrategias de afrontamiento

- • Asertividad: defenderse con respeto
- • Buscar apoyo en adultos de confianza
- • Construir amistades positivas
- • Uso responsable de redes sociales
- • Actividades de autocuidado



Rol de los amigos y compañeros

- • No ser espectadores pasivos
- • Apoyar a la víctima
- • Reportar el bullying
- • Fomentar una cultura de respeto



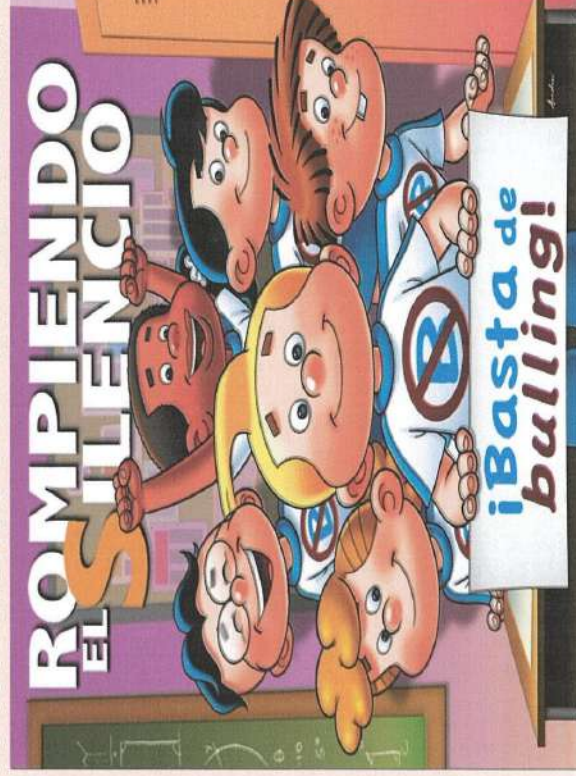
Rol de padres y docentes

- • Escuchar sin juzgar
- • Mantener comunicación abierta
- • Observar cambios de conducta
- • Crear un ambiente seguro en la escuela y hogar



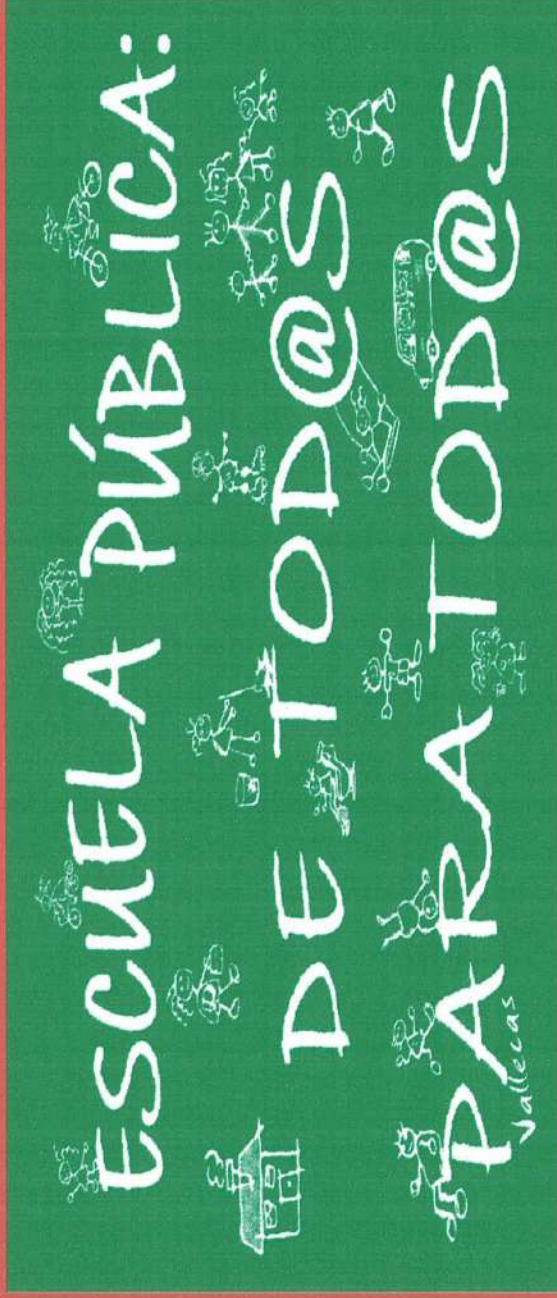
Técnicas prácticas para afrontar

- Mantener la calma y respirar
- Responder con frases cortas o no responder (ignorar)
- Alejarse sin pelear
- Pedir ayuda a un adulto
- Expresarse escribiendo o en actividades creativas



Mensaje final

- *Nadie merece ser maltratado.*
- *Hablar es el primer paso para cambiar la situación.*
- *¡Tú tienes derecho a ser respetado!*



El bullying en adolescentes: cómo afrontarlo con asertividad

PRESENTACIÓN PARA ESTUDIANTES DE 12 A 19
AÑOS

¿Qué es el bullying?

- Conducta de acoso repetitiva
- Tipos: Físico, Verbal, Social y Cibernético
- Intención de dañar, humillar o excluir

Cifras y datos

- 1 de cada 3 adolescentes ha sufrido bullying (UNESCO, 2019)
- El ciberbullying crece con el uso de redes sociales
- Impacta en salud mental y rendimiento escolar

Consecuencias del bullying

- Emocionales: ansiedad, depresión, baja autoestima
- Académicas: bajo rendimiento, desmotivación
- Sociales: aislamiento, pérdida de amistades

¿Cómo identificarlo?

- Cambios de conducta (tristeza, aislamiento)
- Negarse a ir a la escuela
- Bajo desempeño repentino
- Irritabilidad y problemas de sueño

Estrategias de afrontamiento

- Asertividad: defenderse con respeto
- Buscar apoyo en adultos de confianza
- Construir amistades positivas
- Uso responsable de redes sociales
- Actividades de autocuidado

Rol de los amigos y compañeros

- No ser espectadores pasivos
- Apoyar a la víctima
- Reportar el bullying
- Fomentar una cultura de respeto

Rol de padres y docentes

- Escuchar sin juzgar
- Mantener comunicación abierta
- Observar cambios de conducta
- Crear un ambiente seguro en la escuela y hogar

Técnicas prácticas para enfrentar

- Mantener la calma y respirar
- Responder con frases cortas
- Alejarse sin pelear
- Pedir ayuda a un adulto
- Expresarse escribiendo o en actividades creativas

Mensaje final

Nadie merece ser maltratado.

Hablar es el primer paso para cambiar la situación.

¡Tú tienes derecho a ser respetado!

Recursos y contactos

- UNICEF: www.unicef.org
- Save the Children: www.savethechildren.net
- Líneas de ayuda psicológica locales
- Orientación escolar y familiar

PROYECTO DE VIDA

TALLER SOBRE “PROYECTO DE VIDA” EN LICEO DE MIRAMAR
17 de octubre, 2025

TÉCNICAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES PASO A PASO	MATERIALES	PROPONENTE:
<p>1. <i>“El mapa del Tesoro de la Vida”</i></p>	<p>Ayudar a los adolescentes a visualizar sus sueños y metas a corto, mediano y largo plazo</p>	<p>1. Exploración: Invitar a los estudiantes a reflexionar sobre sus intereses, talentos y lo que les gustaría ser o lograr en el futuro. Pueden escribir palabras clave o frases en una hoja. 2. Pedirles que escriban en hojas de papel rayado palabras y frases que representen sus sueños, metas y valores. 3. En grupo en las cartulinas deben de pegar y organizar lo que escribieron creando un “mapa del tesoro”. Pueden añadir dibujos, palabras escritas a mano y fotos para personalizar su mapa. 4. Cada grupo presenta y comparte sus mapas y explican por qué eligieron esas</p>	<p>Cartulinas de color, hojas de papel rayado, marcadores, lapiceros, lápices de grafito.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

TALLER SOBRE “PROYECTO DE VIDA” EN LICEO DE MIRAMAR
17 de octubre, 2025

TÉCNICAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES PASO A PASO	MATERIALES	PROPONENTE:
<p>1. “El mapa del Tesoro de la Vida”</p>	<p>Ayudar a los adolescentes a visualizar sus sueños y metas a corto, mediano y largo plazo</p>	<p>1. Exploración: Invitar a los estudiantes a reflexionar sobre sus intereses, talentos y lo que les gustaría ser o lograr en el futuro. Pueden escribir palabras clave o frases en una hoja. 2. Pedirles que escriban en hojas de papel rayado palabras y frases que representen sus sueños, metas y valores. 3. En grupo en las cartulinas deben de pegar y organizar lo que escribieron creando un “mapa del tesoro”. Pueden añadir dibujos, palabras escritas a mano y fotos para personalizar su mapa. 4. Cada grupo presenta y comparte sus mapas y explican por qué eligieron esas</p>	<p>Cartulinas de color, hojas de papel rayado, marcadores, lapiceros, lápices de grafito.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

		logros pasados y presentes pueden ayudarlos a alcanzar sus metas futuras. Tiempo: 30 minutos		
3. <i>“El Círculo de la Felicidad y los Intereses”</i>	Fomentar el autoconocimiento, ayudando a los jóvenes a identificar qué actividades los hace sentir bien y qué les apasiona hacer.	<p>Pasos:</p> <p>1. Reflexión: Cada estudiante hace una lista de todas las actividades que les gusta, les interesa o les da placer. Pueden ser: deportes, música, videojuegos, lectura, ayudar a otros, ayudar en la casa, dibujar, ir a la playa, etc.</p> <p>2. Creación del círculo: deben dibujar un círculo grande en una hoja blanca de papel. Dentro del círculo tienen que escribir qué actividades los hace sentir felices. Lo ideal es que las organicen en “sectores” como “creatividad”, “ayudar a otros”, “aprendizaje”....</p> <p>3. Conexión: Animarlos a que compartan sus actividades las que podrían estar</p>	Hojas de papel, lápices o lapiceros	Elizabeth Quesada Benavides

		logros pasados y presentes pueden ayudarlos a alcanzar sus metas futuras. Tiempo: 30 minutos		
3. <i>“El Círculo de la Felicidad y los Intereses”</i>	Fomentar el autoconocimiento, ayudando a los jóvenes a identificar qué actividades los hace sentir bien y qué les apasiona hacer.	<p>Pasos:</p> <p>1. Reflexión: Cada estudiante hace una lista de todas las actividades que les gusta, les interesa o les da placer. Pueden ser: deportes, música, videojuegos, lectura, ayudar a otros, ayudar en la casa, dibujar, ir a la playa, etc.</p> <p>2. Creación del círculo: deben dibujar un círculo grande en una hoja blanca de papel. Dentro del círculo tienen que escribir qué actividades los hace sentir felices. Lo ideal es que las organicen en “sectores” como “creatividad”, “ayudar a otros”, “aprendizaje”....</p> <p>3. Conexión: Animarlos a que compartan sus actividades las que podrían estar</p>	Hojas de papel, lápices o lapiceros	Elizabeth Quesada Benavides

		<p>Debilidades: "Me cuesta hablar en público", "Soy desorganizado/a", "Me distraigo fácilmente"..... Amenazas: "La competencia para la universidad es alta", "La tecnología cambia muy rápido", "El costo de la educación es alto".... 3. Planteamiento de Soluciones: Una vez completado, deben reflexionar sobre cómo pueden utilizar sus FODA (fortalezas para aprovechar las oportunidades y cómo pueden trabajar en sus debilidades para superar las amenazas. TIEMPO: 40 minutos</p>		
<p>4. Cierre: "Desafíos para alcanzar sus metas"</p>	<p>Esta técnica les ayuda a conectar sus metas abstractas con la realidad de una vida cotidiana en el futuro, haciéndolas más concretas y</p>	<p>Pasos: Los estudiantes que deseen escribir en un papel todo lo que deben de hacer para alcanzar sus metas a largo plazo. Pueden</p>	<p>Papel rayado y lápices o lapiceros.</p>	<p>Elizabeth Quesada Benavides</p>

	alcanzables. Con la lectura se genera discusión y retroalimentación.	imaginar que ya han pasado 10 o 15 años y expresar una vez escrito, adónde viven, a qué se dedican, con quién viven, a qué se dedican, con quién están, qué actividades realizan, cómo se sienten. TIEMPO. 30 minutos		
	TOTAL:	2 HORAS Y 30 MINUTOS/2		

PROYECTO de VIDA

Es un plan personal que orienta tus decisiones hacia tus sueños a corto, mediano y a largo plazo, ayudando a descubrir quién eres y quién deseas ser.



- Incluye metas personales, académicas, familiares y profesionales.

Importancia

- Ayuda a construir la identidad y la autoestima.
- Guía tus decisiones y te motiva a superarte.
- Previene conductas de riesgo y fortalece tu propósito



¿Qué lo compone?

Autoconocimiento

Saber quién soy y qué quiero.

Propósito vital

Metas que me motivan.

Planificación

Pasos y estrategias.

Evaluación

Revisar y ajustar objetivos.

Reflexión

Tu proyecto de vida es el mapa de tu camino.

No importa cuántas veces cambies de ruta, lo importante es avanzar.

Cree en tí, en tus sueños y en tu capacidad de lograrlos



Análisis FODA

Divide una hoja en cuatro secciones y en cada una de ellas escribe, de la manera más sincera:

- F** Cualidades personales.
- O** Factores externos que pueden ayudar.
- D** Áreas a mejorar.
- A** Factores externos que pueden obstaculizar.



Planteamiento de soluciones

- **Análisis:** cómo puedes utilizar tus FODA para aprovechar las oportunidades y cómo puedes trabajar en tus debilidades para superar las amenazas.



Desafíos para alcanzar las metas

Si deseas, escribe en un papel todo lo que debes de hacer para alcanzar tus metas a largo plazo.

Puedes imaginar que ya han pasado 10 o 15 años y expresar: adónde vives, a qué te dedicas, con quién vives, qué actividades realizas, etc.



LICEO DE MIRAMAR

Taller PROYECTO de VIDA

Dirigido por:
Elizabeth Quesada



El mapa del Tesoro de la Vida

1. **Reflexiona sobre tus intereses** y lo que te gustaría lograr en el futuro.
2. **Escríbelos en una hoja**, pueden ser palabras clave o frases.
3. En grupos, **pega y organiza** lo que escribiste, junto con lo de los demás, **creando un "mapa del tesoro"**.
4. **Decora y personaliza** el mapa con dibujos, palabras o fotos.
5. **Discutamos:** "¿Qué fomenta la comunicación y la empatía?"



La línea del tiempo temporal

Dibuja una línea de tiempo en un papel, un extremo representa el "pasado" y el "futuro".

Escribe:

- **En el centro:** tu edad.
- **A la izquierda:** tus momentos y logros más importantes en tu vida hasta ahora.
- **A la derecha:** tus metas a futuro más importantes.

REFLEXIÓN

¿Cómo nos ayudan los logros pasados y presentes a alcanzar metas futuras?

El círculo de la felicidad y los intereses



Haz una lista de actividades que te gustan, tus intereses o lo que te da placer (deportes, música, lectura, dibujar, etc.).



Dibuja un círculo grande en una hoja blanca y escribe dentro de éste las actividades que te hacen sentir feliz.

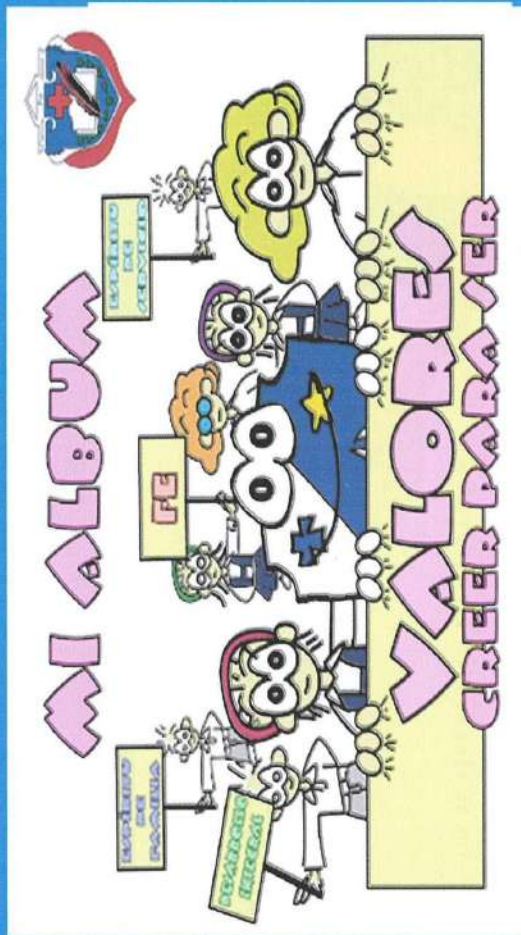


Si deseas, puedes compartir tus actividades con el resto de tus compañeros/as.

“CONSTRUYENDO MI PROYECTO DE VIDA”

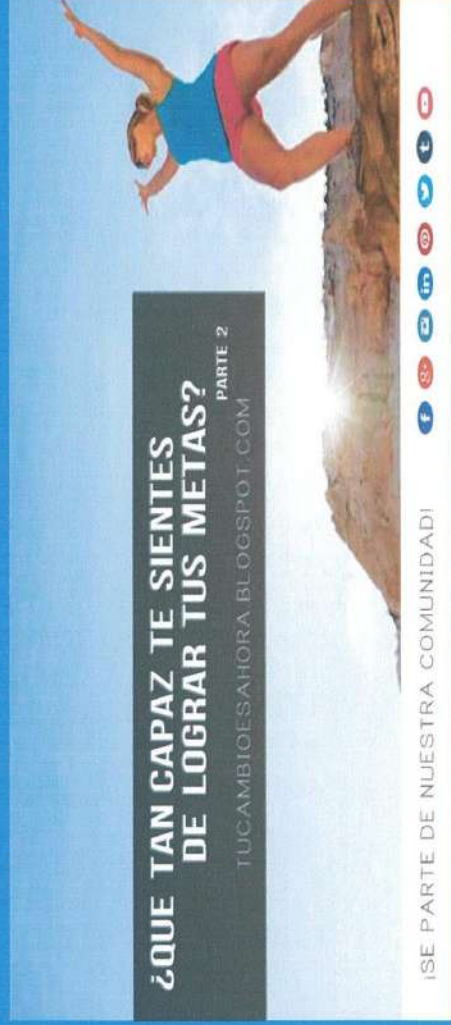
Liceo de Miramar de Montes de Oro

Taller para adolescentes de 12-19 años.



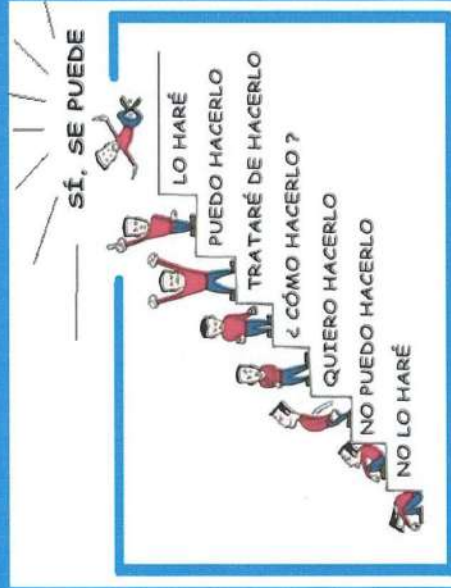
¿Qué es un proyecto de vida?

- Es un plan personal que orienta tus decisiones hacia tus sueños a corto, mediano y a largo plazo.
- Te ayuda a descubrir quién eres y quién deseas ser.
- Incluye metas personales, académicas, familiares y profesionales.



Importancia en la Adolescencia:

- Ayuda a construir la identidad y la autoestima
- Guía tus decisiones y te motiva a superarte
- Previene conductas de riesgo y fortalece tu propósito.



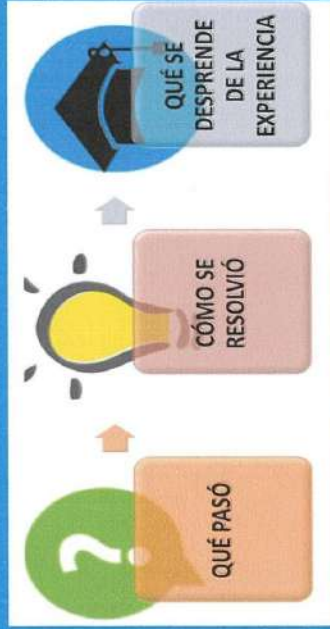
Componentes del proyecto de vida:

- Autoconocimiento: saber quién soy y qué quiero.
- Propósito vital: metas que me motivan.
- Planificación: pasos y estrategias.
- Evaluación: revisar y ajustar mis objetivos.



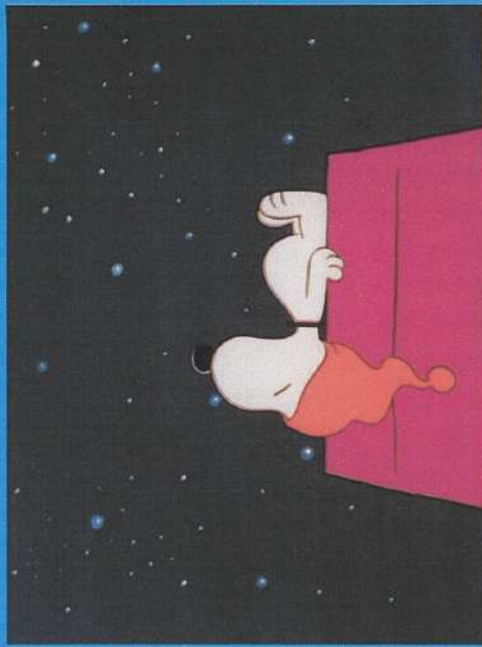
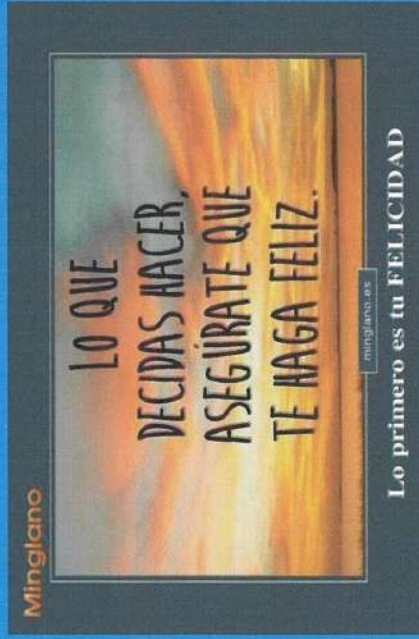
Actividad 1: La línea de mi vida

- Dibuja una línea y marca tus momentos más importantes. En el medio tu presente y a la derecha tu futuro.
- Reflexiona sobre lo que aprendiste de cada experiencia en el pasado.
- Comparte (si quieres) con tus compañeros lo más significativo.



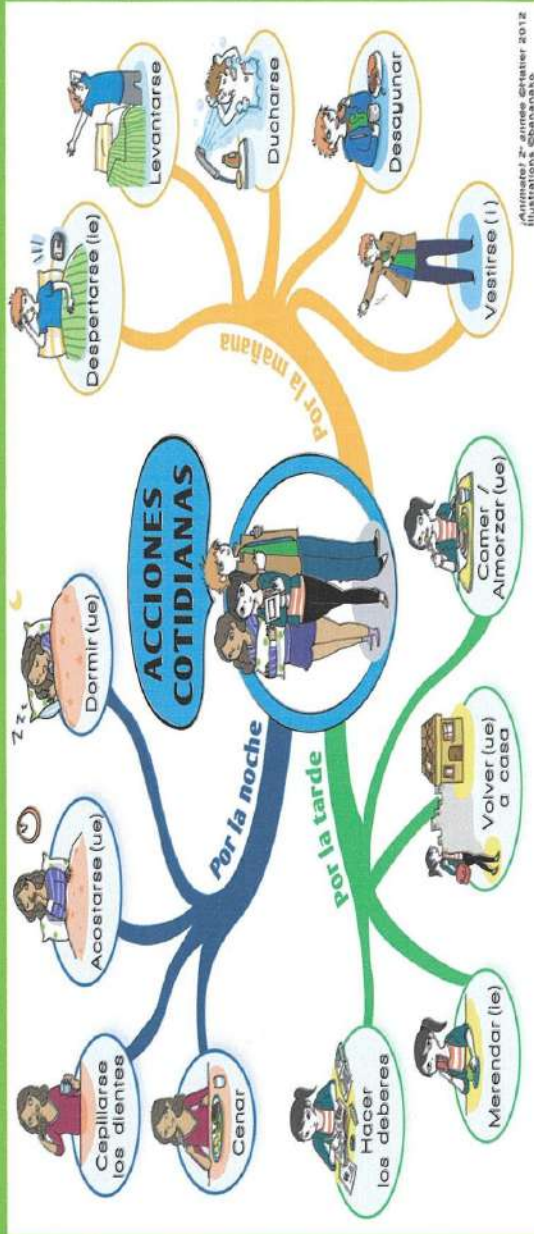
Actividad 2: ¿Quién soy yo?

- Responde: ¿Qué me gusta hacer?, ¿qué me motiva?, ¿qué valores tengo?
- Identifica tus fortalezas y tus áreas de mejora.
- Reconoce lo que te hace único/única.



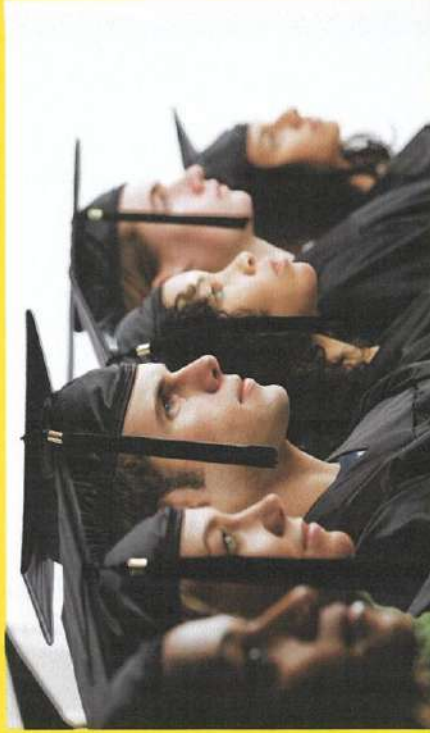
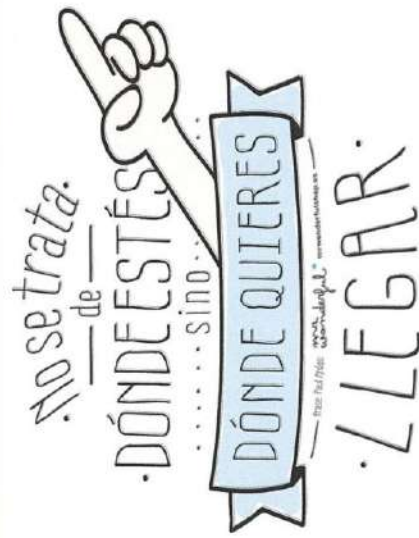
Actividad 3: Mi mapa de metas

- Elabora un mapa visual con tus metas a corto, mediano y largo plazo.
- Incluye metas personales, académicas y sociales.
- Usa dibujos, colores y símbolos motivadores.



Actividad 4: Mi hoja de ruta

- Elige una meta importante para ti.
- Escribe los pasos que debes seguir para lograrla.
- Identifica los apoyos que necesitas (familia, escuela, amigos)



Cierre: Mi compromiso conmigo mismo/misma:

- Escribe una carta a “*tu yo futuro*” expresando tus sueños y compromisos.
- **Guárdala** como recordatorio de tus metas.
- Recuerda: ***cada paso cuenta hacia tu futuro***

«DA TU PRIMER PASO AHORA.
NO IMPORTA QUE NO VEAS
EL CAMINO COMPLETO.
DA EL PRIMER PASO
Y EL RESTO IRÁ APARECIENDO
A MEDIDA QUE AVANCES».

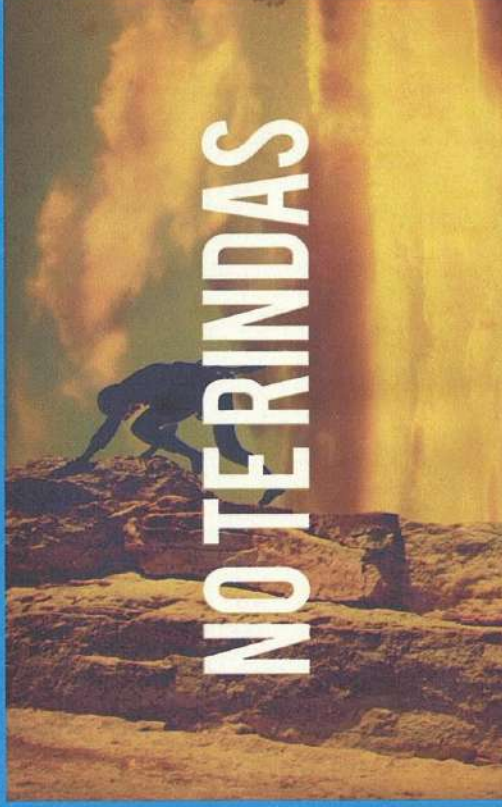
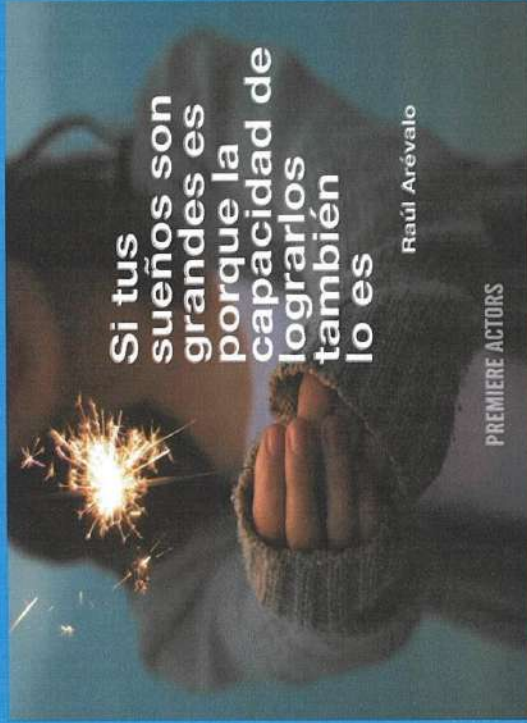
Martin Luther King

hailamandaily.com



CONCLUSIÓN:

- Tu proyecto de vida es el **mapa de tu camino**.
- No importa cuántas veces cambies de ruta, **lo importante es avanzar**.
- **Cree en tí, en tus sueños y en tu capacidad de lograrlos**.



**PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS
(PAP's)**

PASOS DE LOS Primeros Auxilios Psicológicos

1 Hacer el contacto inicial.

Escucha empática.
Invitar a hablar sobre lo sucedido.

2 Examinar las dimensiones del problema.

Preguntas del pasado, presente y futuro (¿qué? ¿cómo? ¿cuándo? ¿dónde? ¿quienes?).

3 Examinar las posibles soluciones.

Generar alternativas y superación de obstáculos.

4 Ayudar a tomar un acción concreta.

Actitud directiva y facilitadora.

5 Brindar seguimiento.

Verificar el progreso de la ayuda y brindar retroalimentación.



PASOS DE LOS Primeros Auxilios Psicológicos

1 Hacer el contacto inicial.

Escucha empática.
Invitar a hablar sobre lo sucedido.

2 Examinar las dimensiones del problema.

Preguntas del pasado, presente y futuro (¿qué? ¿cómo? ¿cuándo? ¿dónde? ¿quienes?).

3 Examinar las posibles soluciones.

Generar alternativas y superación de obstáculos.

4 Ayudar a tomar un acción concreta.

Actitud directiva y facilitadora.

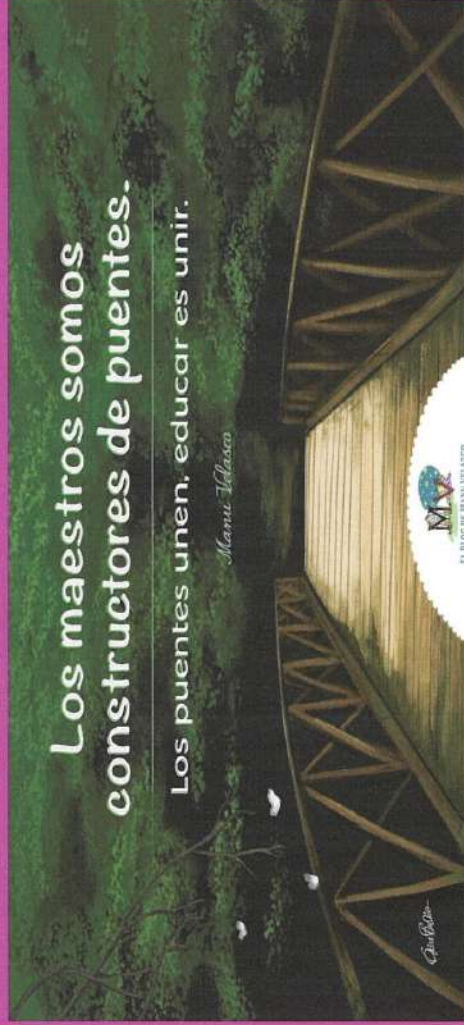
5 Brindar seguimiento.

Verificar el progreso de la ayuda y brindar retroalimentación.



Primeros Auxilios Psicológicos:

- Nuestro rol de apoyo en la secundaria. Objetivo: equiparar a los docentes con herramientas básicas para brindar apoyo emocional inmediato con una imagen calmante y profesional.
- La adolescencia y la crisis; los adolescentes experimentan crisis con alta intensidad emocional. El docente es la figura de apoyo más accesible en la escuela. El objetivo es el de reducir el estrés inicial, promover la seguridad y contactar con apoyo especializado.



Objetivo de los PAP´s:

- Reducir el estrés inicial, promover la seguridad y conectar con apoyo especializado.
- Los profesores son un apoyo humano, práctico y no intrusivo. **NO SON:** Terapia, diagnóstico, pedir detalles explícitos del evento traumático), ni la solución final. **SON LA PRIMERA AYUDA EMOCIONAL.**



Principio de mirar y cuidar:

- Reconoce tus propias emocionales, miedos y límites. Si no te sientes estable, píde a un colega que te ayude. Por eso, siempre los profesores tenemos que tener una actividad bajo la manga.

Pregúntate: ¿a quién refiero dentro o fuera de la escuela cuando tenemos un adolescente en crisis emotiva?



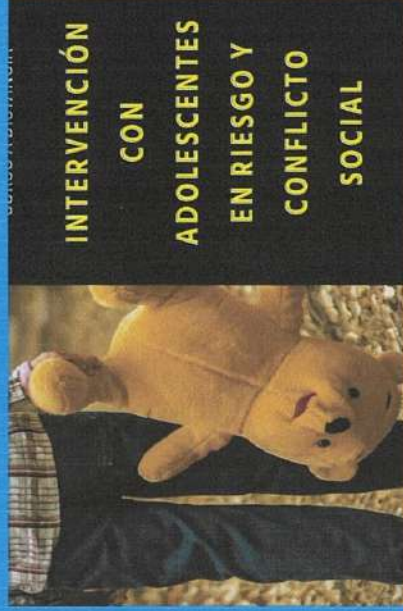
1. Seguridad y dignidad:

- Garantiza la **seguridad física y emocional** del estudiante. Respeta sus derechos y su privacidad. No le pidas que te informe sobre lo que le está pasando, llegará el momento en que lo cuente. (Principio de confidencialidad).
- Adapta tu lenguaje y conducta. Para adolescentes no minimices ni magnifiques sus sentimientos. Sólo haz lo que está dentro de tus competencias como docente de apoyo inicial. Escúchalo con empatía.



MODELO DE ACTUACIÓN****

- Para la OMS simplificar el modelo es lo más importante:
 - 1. Observar (Mirar): Evalúa la seguridad integral del adolescente. Que no se vaya a hacer ningún daño.
 - 2. Escuchar (Conectar): Establecer contacto, calma y escucha activa.
 - 3. Enlazar: (derivar): ayudar a buscar apoyo, información y servicios.



INTERVENCIÓN
CON
ADOLESCENTES
EN RIESGO Y
CONFLICTO
SOCIAL

LA INTERVENCIÓN:

- **1. Seguridad del entorno:** *¿Hay peligro inmediato?*
- **2. Necesidades urgentes:** *¿Necesita atención médica, agua, un lugar tranquilo?*
- **3. Reacciones graves:** Identificar a estudiantes en pánico extremo, inmovilizados o que se autolesionan porque necesitan atención inmediata. Asegúrate de llevarlo a un lugar tranquilo y confidencial.
- **REGLA DE ORO:** Contacto no intrusivo. **Pregunta:** *¿Es un buen momento para que hablemos?*
- **Postura y tono:** habla en voz baja y pausada. Muestra calma con tu cuerpo. Acepta el **NO**: si no quiere hablar, no lo obligues. Simplemente quédate cerca o disponible. Nunca lo dejes solo. Quédate con él o ella.

ESCUCHA ACTIVA Y MENSAJES CLAVE:

- ¿Qué hacer? El docente asiente con la cabeza, tolera el silencio (que es muy difícil de manejar), el llanto, la rabia o la frustración.
- Parafrasea: **“Entiendo que te sientas muy frustrado/frustrada por lo que pasó”**. Valida: **“es normal y comprensible sentirse así”**.
- **Frases para evitar:** “¡Cálmate ya!” / “Tienes que ser fuerte” / “Eso no es para tanto” / “Al menos no pasó algo peor”.
- **Razón:** Minimizan la emoción, generan culpa u obligan a un comportamiento no deseado. Para un estudiante en crisis de pánico o muy angustiado, practicar con él o ella la **Técnica 5-4-3-2-1**: Pídele que nombre: 5 cosas que ve, 4 cosas que toca, 3 cosas que oye, 2 que huele y 1 cosa que saborea (Esto para anclarlo al presente). **Respiración:** inhalar lento (4 segundos), retener lento (4 segundos) y exhalar lento en 4 segundos.
- ¿Qué sigue?: ¿Cómo afectará esto a sus clases?

Enlazar con apoyo y recursos:

- **Conexión:** Derivar a la psicóloga escolar, orientadoras (o con permiso a la familia y tutores).
- **Recursos comunitarios:** Números de líneas de ayuda como el 911.
- **DUELO Y PÉRDIDA:** Puede manifestarse como apatía, agresividad, problemas de concentración. Nuestro rol: ofrecer un espacio seguro. Fomentar que hablen si quieren. Permitir que participen en rituales de despedida, pero sin obligarlos. Hablar siempre con la verdad.



MENSAJE PRICIPAL:

- *“Tu presencia y tu calma son la primera ayuda más importante. No necesitas ser un experto, sólo un ser humano.*
- No dejes a la persona sola hasta que el apoyo o la seguridad estén garantizados.
- Lenguaje: claro, directo y empático.
- Imágenes: utiliza imágenes de adolescentes y entornos escolares que refuercen los mensajes de calma, conexión y apoyo.
- Interacción: Actividad o estudio de caso (ejemplo): “Un estudiante está llorando en el pasillo y no quiere hablar. “¿Cómo aplicamos los pasos 1 y 2” para formentar la participación de los docentes?
- En resumen: **CALMAR – CONTENER Y CONECTAR.**
 - **Calmar:** ayudar a reducir la ansiedad o angustia inicial
 - **Contener:** escuchar activamente, mostrar empatía y apoyo
 - **Conectar:** orientar hacia apoyo social o profesional (psicóloga, orientadora, directora, familia, etc.)

PASOS DE APLICACIÓN PRÁCTICA (ADAPTADO PARA DOCENTES)

<u>PASO</u>	<u>ACCIÓN DEL DOCENTE</u>	<u>EJEMPLO ESCOLAR</u>
1. Observar	Detectar señales de malestar emocional o cambios de conducta	Estudiante retraído, lloroso, agresivo o con crisis de ansiedad.
2. Acercarse	Mostrar disponibilidad y empatía sin invadir	"Te noto preocupado/a, ¿quieres que hablemos un momento?"
3. Escuchar activamente	Permitir que el estudiante hable, sin interrumpir ni juzgar	Usar frases como "Entiendo que eso debe ser muy difícil"
4. Calmar y contener	Validar emociones y ofrecer seguridad	"Estás a salvo, estoy aquí contigo"
5. Informar y orientar	Explicar que lo que siente es normal ante una situación difícil	"Es normal sentir miedo después de algo así"
6. Conectar con ayuda	Acompañar al estudiante a la psicóloga, orientadora o dirección si es necesario	"Vamos juntos a hablar con la psicóloga o con la orientadora, ellas pueden ayudarte"

QUÉ NO HACER:

- No presionar para que hable
- No minimizar ("No es para tanto")
- No emitir juicios o culpas
- No prometer confidencialidad absoluta si hay riesgo
- No reemplazar la atención profesional

SITUACIONES ESCOLARES DONDE APLICAR PAP.

- Conflictos familiares o de pareja.
- Casos de acoso escolar o bullying.
- Violencia doméstica o abuso.
- Fallecimiento de un familiar, amigo o mascota.
- Desastres naturales o emergencias en el colegio
- Intentos o amenazas de suicidio.
- **ROL DEL DOCENTE:** El docente no actúa como psicólogo sino como primer apoyo emocional y puente hacia los recursos adecuados. **Debe:** escuchar sin juzgar, mantener la calma, notificar a la psicóloga, al equipo de orientación o dirección si hay riesgo. Fomentar un clima de respeto y apoyo en el aula. También: fomentar la educación socioemocional, promover el autocuidado docente, crear espacios seguros de diálogo y aplicar protocolos claros ante crisis emocionales.
- En momentos de crisis, el primer apoyo puede marcar la diferencia.
- Escuchar con empatía y acompañar con humanidad son los verdaderos primeros auxilios psicológicos.

• OMS (2011). *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra.

San José, 16 de enero de 2026
Universidad de Iberoamérica

Estimadas señoras y señores:

Hago constar por medio de la presente que leí y corregí el proyecto integrador para optar por el grado de licenciatura profesional en Psicología, denominado *Programa psicoeducativo sobre la ideación y prevención del suicidio en adolescentes y personas adultas jóvenes en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas* elaborado por Elizabeth Quesada Benavides.

Corregí el trabajo en aspectos tales como: construcción de párrafos, cohesión y coherencia textual, organización sintáctica, usos inadecuados de la lengua que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros aspectos relacionados con el campo filológico. Desde ese punto de vista, considero que está listo para ser presentado.

Suscribe cordialmente,

LUIS CARLOS MONGE JIMENEZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
LUIS CARLOS MONGE JIMENEZ
(FIRMA)
Fecha: 2026.01.16
15:58:58 -06'00'

Luis Carlos Monge Jiménez
Número de carné ACFIL: 340
Número carné Colypro: 93585
Cédula: 1 1685 0371

Universidad de Iberoamérica UNIBE
Centro de Información y Documentación, Biblioteca

Autorización para la digitalización, inclusión y publicación de trabajos finales de graduación (TFG) en el acervo digital del Centro de Información y Documentación "Fernando Flores Banuet" UNIBE.

Yo Elizabeth Usada Benarides portador de la cédula de identidad 1-0454-0859
y con domicilio en Atenas, Alajuela,
Costa Rica

en mi condición de persona autora del trabajo de graduación (TFG) titulado "Programa de intervención psicológica sobre la ideación y prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes en el liceo de miraflores"
para obtener el grado académico maestría de licenciada en Psicología de Montes de Oro, Puntarenas
autorizo de forma gratuita a la Universidad de Iberoamérica, UNIBE para digitalizar e incluir ese documento en el acervo digital del Centro de Información y Documentación Fernando Flores Banuet y publicarlo a través de su página web u otro medio electrónico disponible, a fin de que pueda ser accesado según lo que UNIBE defina, ya sea para su consulta o divulgación. El documento se publicará en formato PDF o en el que, en su momento, se establezca, de modo que su acceso sea libre y gratuito, y permita su consulta e impresión, pero no su modificación.

Confirmando a UNIBE que este TFG es el original que se presentó para la obtención de mi título académico y no infringe ni viola derechos de terceros.

Fecha: 23-01-2026 Firma de la persona autora: Elizabeth Usada B

*Uso interno. Clasificación del TFG: _____

(Esto es un anexo y además un original impreso se entrega en biblioteca)

UNIVERSIDAD DE IBEROAMERICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJOS FINALES DE GRADUACION
BOLETA DE ENTREGA

Datos generales

Nombre de Estudiante: Elizabeth Quesada Benavides Carnet: 20110875

Nombre de Estudiante: Elizabeth Quesada Benavides Carnet : 20110875

Cuatrimestre: (I) ____ (II) ____ (III) X Año: 2025

Nombre del Proyecto: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA IDEACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES JÓVENES Y ADULTOS JÓVENES EN EL LICEO DE MIRAMAR DE MONTES DE ORO, PUNTARENAS.

Modalidad del Proyecto: Tesis ____ Práctica Supervisada X

Institución donde se realiza la intervención (cuando aplica): Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas

Población

Cantidad total de población encuestada o beneficiaria: 60. Al final 30 estudiantes

Cantidad por sexo (en nº absolutos): Hombres: 10 Mujeres: 20

Rango de edad: 12 a 18 años Principal(es) característica(s): jóvenes con ansiedad y depresión severa con factores de riesgo a la ideación suicida y prevención del suicidio

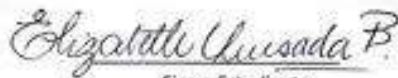
Metodología

Metodología general (enfoque): cuantitativo ____ cualitativo X mixto ____

Actividades principales realizadas: Talleres y Charlas sobre Factores de Riesgo en ideación suicida y suicidio en jóvenes de 12 a 19 años.

Resultados principales

Alcance de los objetivos del proyecto (describir logros/aportes): Se logró impartir 8 diferentes talleres y charlas para la prevención del suicidio en el Liceo de Miramar de Montes de Oro, Puntarenas. Además con los Primeros Auxilios Psicológicos se realizaron charlas a todo el personal educativo del Liceo de Miramar.



Firma Estudiante

Firma Tutor(a) del Seminario

