

## Identificación de factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de un Centro Educativo en zona 7 de la Ciudad de Guatemala

### Identification of Risk Factors for Suicidal Ideation in Adolescents at an Educational Center in Zone 7 of Guatemala City

Diana Rodriguez-Escobar, Sigrid Janina Guevara-Morales, Daniel Sojuel  
Este trabajo fue financiado con recursos de los autores. Los autores no tienen ningún conflicto de interés al haber hecho este trabajo. Correo electrónico:

[dianaa.lorenaa@gmail.com](mailto:dianaa.lorenaa@gmail.com)

**Resumen:** se conoce como ideación suicida (IS) a las ideas y pensamientos de acabar con la propia vida. Este artículo tiene por objetivo la identificación de los factores de riesgo para la IS de los adolescentes de 16 y 17 años de un centro educativo. Se seleccionaron de manera aleatoria a 50 estudiantes de un total de 78 alumnos, quienes de manera autoadministrada completaron los siguientes instrumentos: Escala de Suicidalidad de Okasha, Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21, cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, Escala de autoestima de Rosemberg, cuestionario APGAR familiar relacionado al funcionamiento familiar, escala multidimensional breve de ajuste escolar y el instrumento de detección CRAFFT para identificar la presencia del consumo de sustancias de riesgo. Para el análisis de datos se utilizó el modelo de regresión lineal y la correlación lineal de Pearson. Se encontró mediante un modelo de regresión lineal ( $F(1,41) = 8.78, p = < .001, r = .63, r^2 = .56$ ), en el que se incluyeron las variables recolectadas a través de los instrumentos mencionados, que únicamente la ansiedad y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) son factores de riesgo significativos para la IS.

**Palabras clave:** suicidio, trastornos de la conducta alimentaria, salud mental, bienestar psicológico, ansiedad

**Abstract:** suicide Ideation (SI) is defined as ideas and thoughts about ending one's own life. The objective of this investigation was to identify risk factors for SI among 16 and 17 year-old adolescents in a High School. 50 out of 78 students were randomly selected and self-administered the following psychometric instruments: Okasha's Suicidality Scale, The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), The Brief Questionnaire on Risky Eating Behaviors, Rosemberg's Self Esteem Scale, The APGAR Questionnaire on Family Functioning, The Brief Multidimensional School Adjustment Scale, and The CRAFFT detection instrument to identify risky substance use. Data analysis was conducted using linear regression modeling and Pearson's linear correlation test. Through linear regression modeling ( $F(1,41)= 8.78, p = < .001, r = .63, r^2 = .56$ ), in which the variables collected through the instruments mentioned, only anxiety and the risk of eating disorder (TCA) are significant risk factors for SI.



.001, = .63, = .56), which included the variables collected from the instruments mentioned above, results showed that only anxiety and the risk of an eating disorder (ED) are statistically significant risk factors for SI.

**Keywords:** Suicide, eating disorder, mental health, psychological well-being, anxiety

## Introducción

El suicidio continúa siendo un tema tabú en la sociedad, tanto en el ámbito religioso, en el que es condenado por diversas ideologías, como en el marco legal, que lo considera un acto atentatorio contra la vida. La tasa de suicidio es más alta en países de bajos y medianos ingresos, representando el 77% a nivel mundial de los casos e incrementa en poblaciones vulnerables objetos de discriminación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Un claro ejemplo es la revisión llevada a cabo por Hottes et al. (2016), en que encontraron 30 estudios realizados en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia y Nueva Zelanda, que señalan que la prevalencia de suicidios en la población LGB fue del 11% mientras que en la no-LGB fue del 4%.

Durkheim (1897) plantea que el suicidio puede ser un reflejo de las deficientes condiciones de vida de una población, debido a que la conducta suicida se presenta, sobre todo, en sociedades con altos índices de desintegración social y falta de cohesión social. Esto quiere decir que, cuando una sociedad se encuentra fragmentada y la integración no forma parte de la población, el riesgo aumenta, por lo que cuando los adolescentes se ven inmersos en tales variables, es posible que se encuentren en mayor riesgo de presentar IS.

Rocamora (2017) indica que el suicidio "es un amplio espectro que va desde la simple ideación sobre la autodestrucción, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte, o el mismo suicidio consumado" (p.46). A su vez Campo-Arias y Suárez-Colorado (2019) distinguen la ideación suicida como uno de los pasos intermedios para llegar al suicidio consumado. Por ello es importante accionar con los adolescentes ante la presencia de ideación suicida mediante la disminución de métodos disponibles y la derivación a intervenciones en salud mental.

Beck et al. (1979) proponen que la ideación suicida se compone de un conjunto de actitudes, planes y conductas que, al integrarse, generan pensamientos interrelacionados que se manifiestan de diversas maneras. Estos pensamientos pueden llevar a la elaboración de un plan para poner fin a la vida.

La ideación suicida, entonces, hace referencia al pensamiento de la propia muerte como una posible solución a algún problema desesperanzador, mientras que el suicidio es el llevar este pensamiento a un acto, que puede o no haber conllevado planeación (Beck *et al.* 1979; Frankl, 1991; Pérez, 1999).

Pérez (1999), plantea que hay distintas maneras en que la IS aparezca, ya sea por el propio deseo de acabar con su vida (ideas de destrucción propia), sin que esto se plantee con la idea de llevarlo a cabo (ideación con una planificación específica o determinada).

Así mismo Sánchez-Sosa *et al.* (2010) proponen el modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) que indica que la ideación suicida es multifactorial, parte del funcionamiento o dinámica familiar y de los problemas de integración escolar. Explican que del funcionamiento familiar se deriva la autoestima social y la sintomatología depresiva, que puede derivarse también por la autoestima social; los problemas de integración escolar se dirigen a la victimización escolar y a la sintomatología depresiva. A su vez la sintomatología depresiva conduce a la conducta alimentaria de riesgo. Este modelo destaca que la ideación suicida es multifactorial e interrelacionada.

Referente al intento de suicidio se reconoce que son los hombres quienes se suicidan más debido a los métodos utilizados, ya que son métodos más activos y violentos (Hernández y Rodríguez-Peralta, 2021).

La OMS (2021) reconoce la importancia de medir la IS, contemplando los factores de riesgo que aumenten la vulnerabilidad de los adolescentes ya que, si se identifica la IS a través de un proceso de evaluación, es posible prevenir suicidios adolescentes. Inclusive se reconoce que la detección temprana es uno de los mecanismos preventivos más efectivos ya que permite realizar derivaciones.

Erikson (1993), en su teoría sobre el desarrollo psicosocial, reconoce en la adolescencia la búsqueda de la identidad o su difusión, lo que incrementa la vulnerabilidad de la población para reconocer los valores que les parecen guía para su vida adulta y comprender hacia dónde desean proyectar su futuro. De haber más información al alcance como programas relacionados al tema, habría menos incidencia debido a no verse percibidos como parte de la sociedad y no saber cómo proyectarse hacia el futuro.

En Guatemala, los registros en el 2018 fueron de 112 suicidios consumados. En el 2019 fueron un total de 37 intentos en el grupo etario de 15 a 19 años, en 2020 fue de 14 intentos para el mismo grupo etario durante el primer semestre y en el mismo año de manera general se conoció un total de 57 casos de intento de suicidio en la ciudad de Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], 2020).

De manera interinstitucional y mediante un enfoque interdisciplinario, el Estado debería abordar el tema del suicidio, pero no cuenta con estadísticas anuales específicas para establecer y modificar programas a diferentes niveles, que velen por la prevención y creación de protocolos dirigidos a la intervención en crisis. El MSPAS (2018) en el protocolo de vigilancia epidemiológico registra información sobre las intoxicaciones por plaguicidas, lesiones de causa externa y conducta suicida. Sin embargo, a pesar de contar con esos datos y que existe una ficha epidemiológica de derivación en casos de suicidio, no se refleja su uso. Cabe mencionar que el suicidio está acompañado previamente por la ideación suicida, en la

que estarían implicados factores que aumentan el riesgo para que el mismo sea consumado, por lo que el presente artículo tiene por objetivo la identificación de los factores de riesgo para la ideación suicida de los adolescentes de 16 y 17 años de un centro educativo en zona 7 de la Ciudad de Guatemala.

### *Factores de riesgo asociados a la ideación suicida*

Referente a la ideación e intento suicida, Serrano-Ruiz y Olave-Chávez (2017) identifican los factores de riesgo dentro de: dominio personal que se refiere a género, edad, preexistencia de problemas de salud física y mental, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y consumo de sustancias psicoactivas. En el dominio familiar se encuentran los problemas de comunicación, deficiente cercanía afectiva, inestabilidad en la estructura familiar, disfunción familiar, familias monoparentales, excesivos niveles de control parental, antecedentes familiares de conducta suicida y violencia intrafamiliar. Por último, en el dominio social se encuentra la discriminación social, la carencia de redes de apoyo social y el efecto de imitación.

Respecto al riesgo de suicidio e ideación suicida Ardiles-Irarrázabal et al. (2018) en una investigación con una muestra de 349 adolescentes entre 14 y 19 años, obtuvieron que el 25,5% presentaron riesgo de suicidio e ideación suicida. De este total, el 9,74% fueron hombres y el 15,76% fueron mujeres, que presentan más vulnerabilidad a riesgo de suicidio e ideación suicida, sobre todo aquellas que pertenecen al área urbana. Así mismo Luna y Dávila (2018) exponen en los resultados de su estudio que las mujeres reportan mayor prevalencia al suicidio, no importando el grupo etario que se analice. Lo relacionan a que las mujeres tienen mayor predisposición a la depresión, lo que confirma a la población femenina como más vulnerable, según ambos estudios. También agregan que el consumo de sustancias, entre ellas el tabaco y el alcohol, han sido identificadas con mayor prevalencia en el intento suicida. Otro indicador de relevancia y que, en varias ocasiones es un detonante de la ideación suicida, es la presencia de algún tipo de violencia o abuso, sobre todo violencia física, psicológica y sexual en la historia de vida.

Serrano-Ruiz y Olave-Chávez (2017) establecen que el bajo nivel socioeconómico, así como educativo, son factores de riesgo, pues al contar con un bajo nivel socioeconómico (aún más si es de manera prolongada), se dificulta el acceso a servicios de salud física y mental y se generan situaciones de estrés y conflictos dentro de la dinámica familiar.

Sánchez-Sosa et al. (2010) encuentran que el 69% de los 1265 estudiantes de escolaridad media y media superior mexicanos que participaron en su investigación, cuentan con bajo apoyo familiar y tenían mayor probabilidad de presentar ideación suicida, lo que refuerza la importancia de redes de apoyo estables y fortalecidas. Al no contar con redes de apoyo, los adolescentes llegan a experimentar aislamiento, "percibe la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro de un grupo social en el que se desenvuelve y a su vez, desarrolla depresión y baja autoestima y aislamiento social" (Serrano-Ruiz & Olave-Chávez, 2018, p. 145).

Loba y Morales (2016) añaden que el nivel de riesgo de orientación suicida conceptualizado en la investigación como sinónimo de ideación suicida, tiene relación con la presencia de redes de apoyo, ya sea apoyo social, religioso, profesional.

En cuanto a factores de protección asociados a la ideación suicida, Delfino et al. (2017) establecen que para evitar riesgo de conductas suicidas en los adolescentes una buena relación con la familia, apoyo de la misma, buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, receptividad hacia las experiencias, soluciones de otras personas, receptividad ante conocimientos nuevos, factores culturales y sociodemográficos, integración social, buenas relaciones con sus compañeros, buenas relaciones con sus profesores y apoyo de personas relevantes.

Conocer los factores de riesgo y protección es de utilidad para establecer mecanismos preventivos que favorezcan la salud mental en los adolescentes y la implementación de programas relacionados a la inteligencia emocional, la creación de espacios seguros sobre temas relacionados a salud mental integrando los factores de riesgo, la continua formación del personal docente para impulsar su salud mental, para contribuir asertivamente en la relación con los estudiantes y establecer alianza con instituciones que brinden servicios de atención psicológica gratuita o a un costo accesible para los adolescentes.

## **Metodología**

El paradigma de investigación utilizado fue el positivista, con un enfoque cuantitativo. El diseño de investigación fue no experimental, descriptivo de nivel I y transversal.

### *Muestra*

Se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada de la población del 50%. La población consistía en 78 estudiantes de 16 y 17 años, de los cuales se estableció una muestra de 50 estudiantes de un centro educativo en la zona 7 de la Ciudad de Guatemala. Con este tamaño de muestra, el margen de error asociado es del 8.4%.

Los estudiantes de la muestra fueron mujeres y hombres adolescentes que estaban cursando cuarto y quinto bachillerato en un centro educativo que brinda servicio a sectores que la sociedad ha excluido, en el que se presenta pobreza y violencia.

### *Instrumentos*

### *Suicidalidad*

Escala de suicidalidad de Okasha. Adaptada al español por Salvo (2009), se utilizó para evaluar el riesgo de suicidalidad y determinar el grado de riesgo. A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. Está formada por 4 ítems. En los tres primeros se exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio.

1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?
4. ¿Has intentado suicidarte?

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. Se han establecido niveles basados en los criterios:

- 0 sin ideación suicida
- 1 – 3 baja ideación suicida
- 4 – 6 moderada ideación suicida
- 7 – 9 alta ideación suicida
- 10 – 12 muy alta ideación suicida

### *Depresión, ansiedad y estrés*

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DAAS-21). Analizada y adaptada al español por Román *et al.* (2014). Según el autor, es una escala breve y ha demostrado ser apta para adultos y adolescentes, fue elaborada para medir estados depresivos, ansiedad y estrés. Está conformada por siete ítems con cuatro opciones de 0 a 3 puntos. Se contabiliza el total por cada escala y la puntuación puede oscilar de 0 a 21 puntos.

Niveles de interpretación según la escala:

**Tabla 1.**

*Punteo para la interpretación de la DAAS-21*

Depresión	Ansiedad	Estrés
• 0 - 4 Normal	• 0 - 3 Normal	• 0 - 7 Normal
• 5 - 6 Depresión leve	• 4 - 5 Ansiedad leve.	• 8 - 9 Estrés leve.
• 7 - 10 Depresión moderada	• 6 - 7 Ansiedad moderada.	• 10 - 12 Estrés moderado.
• 11 - 13 Depresión severa	• 8 - 9 Ansiedad severa.	• 13 - 16 Estrés severo
• 14 o más, Depresión extremadamente severa	• 10 o más, Ansiedad extremadamente severa.	• 17 o más, estrés extremadamente severo.

## *Conductas alimentarias de riesgo*

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo. Determina la existencia de conductas alimentarias de riesgo. Fue utilizando el instrumento de Santocini et al. (2017). Consta de 10 preguntas sobre la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo para perder peso corporal en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Tiene cuatro opciones de respuesta que se califican de 0 a 3. Una mayor puntuación en el cuestionario corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Para su calificación se han establecido niveles basados en los siguientes criterios:

- 0 – 3 Muy Bajo Riesgo.
- 4 – 12 Bajo Riesgo.
- 13 – 21 Mediano riesgo.
- 22 – 30 Alto riesgo.

## *Autoestima*

Escala de autoestima de Rosemberg. La escala que se utilizó fue la de Aguirre (2020) que menciona que el nombre original del instrumento *es Self-Steem Scale (EAR)*, elaborada por Rosenberg en 1965 y, posteriormente, adaptada al español en 1995 por Echeburua. De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4, puntuando los siguientes resultados:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

## *Funcionamiento Familiar*

Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Adaptado de Mayorga et al. (2019), originalmente fue diseñado por Gabriel Smilkstein en 1978. Evalúa la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de la satisfacción del entrevistado respecto a sus relaciones familiares. Consta de cinco ítems con una escala con las siguientes opciones: nunca 0, casi nunca 1, algunas veces 2, casi siempre 3, siempre 4. Para la interpretación la puntuación oscila en:

- Normal: 17 - 20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

## *Ajuste Escolar*

Escala multidimensional breve de ajuste escolar. Se aplicó la escala de Sánchez-Sosa y Villareal-González (2010). Contiene 10 ítems y se ha utilizado para evaluar la integración de los adolescentes en el ámbito escolar. Trabaja con una escala con respuesta de 1-6 que va de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo y el rango de la escala de puntuaciones va de 10 a 60. A mayor puntuación mayor ajuste escolar.

## *Riesgo de consumo de sustancias*

Cuestionario CRAFFT. Adaptado al castellano por Colica et al. (2019), *Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble* (CRAFFT). Los autores indican que el cuestionario es un instrumento de tamizaje de riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y sustancias en adolescentes. Clasificaciones en la interpretación:

- No consumo 0-1 puntos
- El resultado de 2-6 puntos implica que sí existe un consumo de sustancias y debe haber una derivación para evaluación más profunda.

## *Análisis de datos*

Se tomaron los resultados de cada instrumento de forma aislada para su interpretación por medio de una base de datos distribuida por edad y sexo, lo que facilitó la identificación de los factores de riesgo en la ideación suicida de la muestra. Para el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva para las variables de ansiedad, estrés, depresión, autoestima, funcionamiento familiar, ajuste escolar, conductas alimentarias de riesgo y riesgo de consumo de sustancias en relación con la ideación suicida, así como el modelo de regresión lineal y la correlación de Pearson que contribuyeron a la evaluación de los supuestos del modelo. Las variables que se incluyeron en el análisis fueron: depresión, ansiedad, estrés, riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, autoestima, consumo de sustancias, funcionamiento familiar y ajuste escolar, evaluando el siguiente modelo de regresión,  $Y = B_0 + B_1X + \varepsilon$ , se establece el modelo:

Ideación suicida =  $B_0 + B_1$ depresión +  $B_2$ ansiedad +  $B_3$ estrés +  $B_4$ riesgo de trastorno de la conducta alimentaria +  $B_5$ autoestima +  $B_6$ consumo de sustancias +  $B_7$ funcionamiento familiar +  $B_8$ ajuste escolar +  $\varepsilon$



## *Procedimiento*

Algunas semanas previo a la aplicación de instrumentos, fueron enviados físicamente los consentimientos informados a los padres o encargados por medio de las maestras guías para que aquellos que autorizaran la participación de los adolescentes pudieran entregarlos a las maestras con los datos y firma de autorización. Se fueron a recoger los consentimientos al centro educativo para realizar un listado con el nombre de los estudiantes autorizados para participar en la investigación y que no hubiera inconveniente alguno. Para la aplicación de los instrumentos, se citó presencialmente a los estudiantes que contaban con consentimiento firmado por parte de uno de sus encargados dividiéndolos en dos grupos en diferentes aulas para mantener los protocolos de bioseguridad propios y aquellos de la institución. A causa de la pandemia por COVID-19 se tomó en cuenta lo siguiente: desinfección posterior del lugar asignado y uso correcto de la mascarilla. Se administraron los instrumentos en dos días, respetando el distanciamiento requerido y el aforo de personas en el lugar asignado. Al momento de la aplicación también se entregó el asentimiento informado a los estudiantes para obtener su autorización para la participación en la investigación. Antes de que comenzaran a responder los instrumentos se enfatizó en el anonimato, por lo que el asentimiento fue recogido previo a que comenzaran con el llenado de los instrumentos. Los resultados fueron sistematizados en un documento de Excel asignado un número a cada conjunto de instrumentos por estudiante para que permitiera conocer los resultados de todos los instrumentos por estudiante o bien de instrumentos aislados para facilitar la interpretación de los resultados y la elaboración del artículo.

## *Consideraciones éticas*

Se contó con los principios éticos descritos por el Observatorio de Bioética y Derecho [OBD] en el Informe Belmont (1979) en relación al respeto a las personas, beneficencia, y justicia, con la finalidad de seguir lineamientos que garanticen el resguardo y confidencialidad de los adolescentes que participaron en el estudio. Para ello, toda decisión en la investigación se basó en los derechos humanos desde la libertad de la toma de decisiones, contando tanto con consentimiento de padres o encargados y del asentimiento propio del adolescente.

En relación con el principio ético de beneficencia, a los participantes de la investigación y educadores se les brindaron talleres desde enfoques preventivos: uno con cada grado y dos para los docentes. Con los educadores, los talleres fueron orientados en la sensibilización del suicidio, la identificación de la ideación suicida, herramientas de intervención general en situaciones de crisis y cómo realizar derivaciones. Con los adolescentes se facilitaron talleres orientados a la identificación de la ideación suicida enfocados en temáticas de salud mental como la autoestima, sentido de pertenencia, el reconocimiento y validación de sus emociones, sentimientos y pensamientos con énfasis en la importancia de aprender a pedir ayuda y de no guardar secretos cuando saben que la vida de alguien más o la propia, pueden estar en riesgo. También fue entregado un listado de instituciones con servicio de atención psicológica gratuita o a con tarifa social para que puedan realizar derivaciones, ya que no contaban con algún profesional de psicología en la institución.

El principal límite para la elaboración de la investigación, debido a la sensibilidad del tema, fue encontrar un centro educativo que permitiera la participación de sus estudiantes, así como la autorización de los padres o encargados para que los adolescentes pudieran formar parte del estudio.

## Resultados

La muestra se compuso por estudiantes de cuarto y quinto bachillerato de un Centro Educativo en zona 7 de la Ciudad de Guatemala. La muestra consistió en 50 participantes. En cuanto al sexo, el 60% fueron mujeres (30 participantes) y el 40% hombres (20 participantes). En relación con la edad, el 50% tenían 16 años al momento de la aplicación de instrumentos (25 participantes) y 50% 17 años (25 participantes).

### *Prevalencia de ideación suicida*

La escala de suicidalidad de Okasha tiene un valor mínimo de 0 puntos y un máximo de 12. La media de la variable de ideación suicida para la muestra fue de 3.48, teniendo 3.25 para la desviación estándar. La Tabla 2 presenta la media y desviación estándar desagregada según sexo y edad.

**Tabla 2**

*Media y desviación estándar desagregada por sexo y edad de la variable ideación suicida según resultados de prueba Okasha*

Variable demográfica	Media	ds
Sexo		
Mujer	4.03	3.30
Hombre	2.65	3.06
Edad		
16 años	3.24	3.26
17 años	3.72	3.28
Sexo y edad		
Mujeres de 16 años	4.23	3.39
Mujeres de 17 años	3.88	3.33
Hombres de 16 años	2.16	2.88
Hombres de 17 años	3.37	3.37

Los valores obtenidos en la Tabla 2 son bajos ya que la puntuación máxima es de 12 y los resultados se encuentran agrupados, en su mayoría, en baja ideación suicida.

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la prevalencia de ideación suicida presente en el último año, al momento de la aplicación del instrumento en agosto del 2022.

**Tabla 3**

*Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años de un Centro Educativo en zona 7 de la Ciudad de Guatemala*

Nivel de ideación suicida	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin ideación suicida (0 puntos)	6	12%	6	12%	12	24%
Baja ideación suicida (1 - 3)	8	16%	8	16%	16	32%
Moderada ideación suicida (4 - 6)	8	16%	4	8%	12	24%
Alta ideación suicida (7 - 9)	7	14%	1	2%	8	16%
Muy alta ideación suicida (10 - 12)	1	2%	1	2%	2	4%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Como se puede revisar en la Tabla 3, los porcentajes que requieren de mayor atención para establecer mecanismos preventivos e intervenciones adaptadas fueron: moderada ideación suicida (24%), alta ideación suicida (16%) y muy alta ideación suicida (4%), que corresponde al 44% de la muestra total. Con relación al sexo, las mujeres fueron quienes obtuvieron promedios más altos como se muestra en la Tabla 3. En la Tabla 4 son quienes representan un 32% del total de la muestra, en los rangos compuestos por moderada, alta y muy alta ideación suicida, en comparación con los hombres que es menor y representa el 12% de estudiantes.

**Tabla 4**

*Prevalencia de intento suicida en el último año en estudiantes con moderada, alta y muy alta ideación suicida*

Nivel de ideación suicida y presencia de intento suicida	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Moderada ideación suicida						
Sin intento suicida	5	10%	2	4%	7	14%
Con intento suicida	3	6%	2	4%	5	10%
Alta ideación suicida						
Sin intento suicida	2	4%	-	-	2	4%
Con intento suicida	5	10%	1	2%	6	12%
Muy alta ideación suicida						
Sin intento suicida	-	-	-	-	-	-
Con intento suicida	1	2%	1	2%	2	4%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32%</b>	<b>6</b>	<b>12%</b>	<b>22</b>	<b>44%</b>

En la Tabla 4 se presenta la última pregunta de la escala de suicidalidad de Okasha en la que se evalúa el intento de suicidio durante el último año. Del 44% de estudiantes que presentaron ideación suicida en los distintos rangos, el 26% tuvo algún intento de suicidio. El 18% corresponde a las mujeres y el 8% a los hombres.

#### *Evaluación de supuestos del modelo*

La evaluación de los supuestos necesarios para el modelo de regresión reveló resultados satisfactorios en distintas áreas clave, lo que permitió establecer los factores de riesgo y los factores que podrían representar riesgo para la ideación suicida.

De manera inicial, el análisis de colinealidad confirmó que la multicolinealidad no compromete el modelo, dado que ningún Factor de Inflación de la Varianza (VIF) superó el umbral de 10 ni la tolerancia fue menor que 0.1 como se detalla en la Tabla 5.

# Revista de Investigación

Escuela de Ciencias Psicológicas

**Tabla 5**

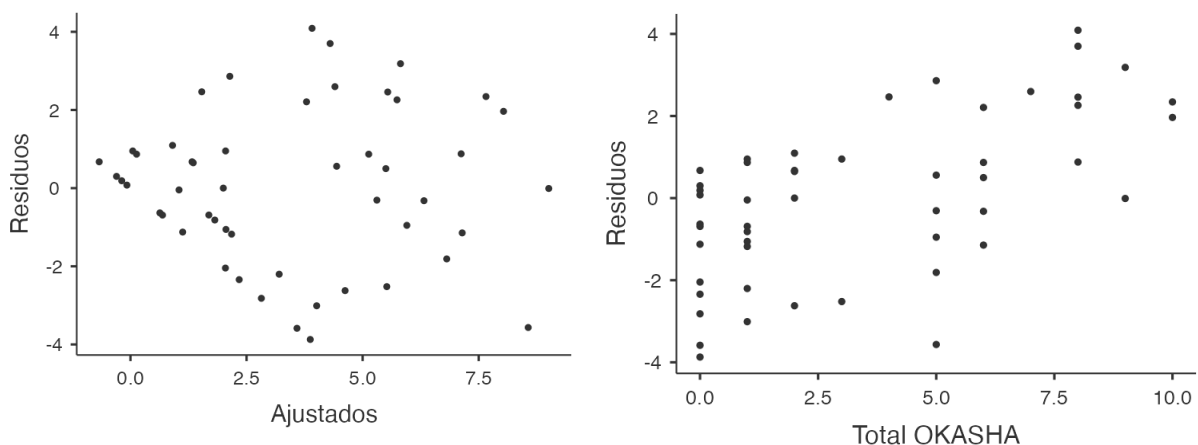
*Supuesto de colinealidad del modelo de regresión*

Variables del modelo	VIF	Tolerancia
Total DASS-21 Depresión	3.58	0.279
Total DASS-21 Ansiedad	2.22	0.451
Total DASS-21 Estrés	2.44	0.410
Total Alimentación	2.05	0.489
Total - Rosemberg	3.04	0.329
Total - CRAFFT	1.56	0.640
Total - APGAR	2.55	0.392
Total - Escolar	1.33	0.754

De igual forma, se verificó la independencia de errores, alcanzando un valor de 1.8 en el test Durbin-Watson, lo que está dentro de los parámetros aceptables. La normalidad de los residuos a su vez, fue confirmada mediante la prueba de Shapiro-Wilk obteniendo un valor de  $W(49) = 0.98$  y resultado de  $p = .596$ , implicando que los residuos se distribuyen con normalidad. También la inspección de los diagramas de dispersión de los valores pronosticados estandarizados corroboró la homocedasticidad y linealidad de los datos, cumpliendo así, con los supuestos de homogeneidad de varianza como puede verse en la Figura 1.

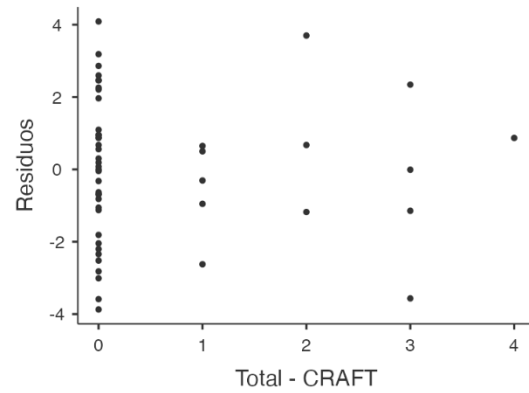
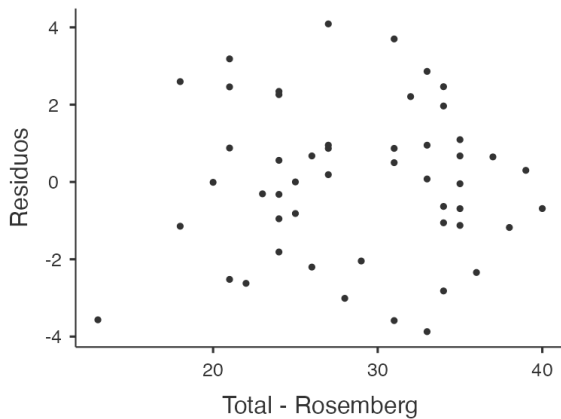
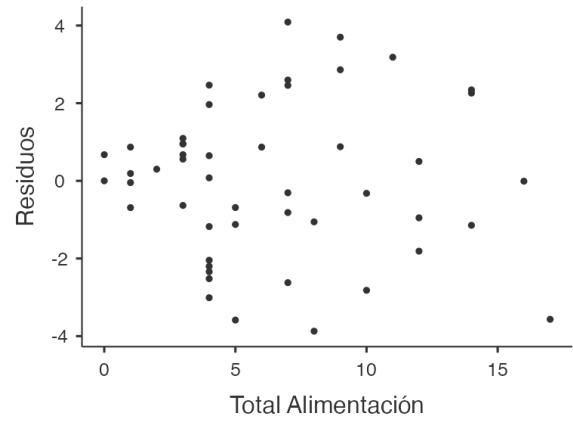
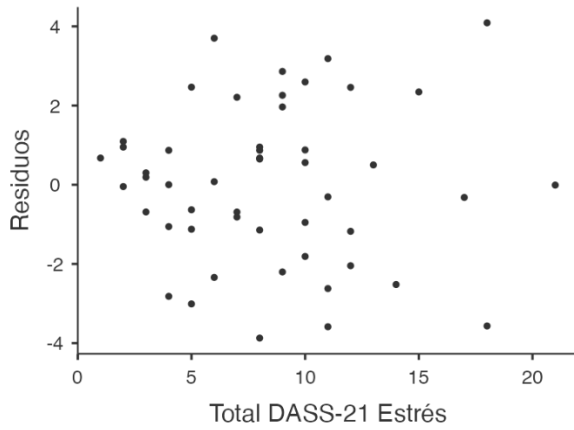
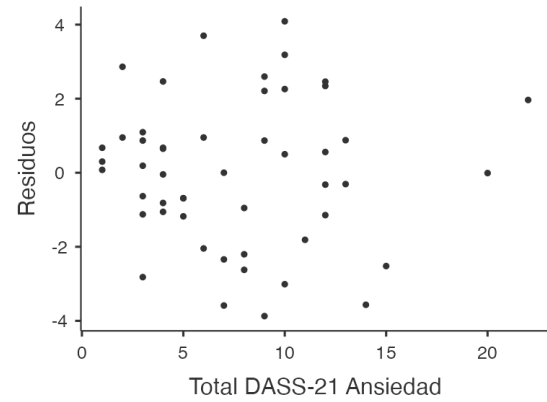
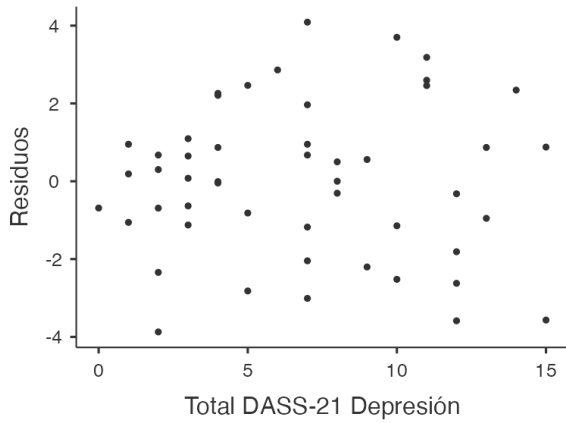
**Figura 1**

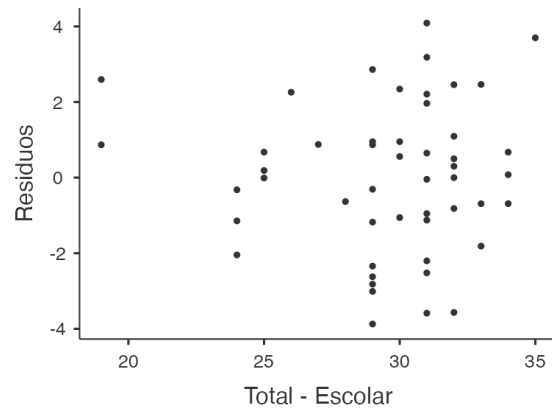
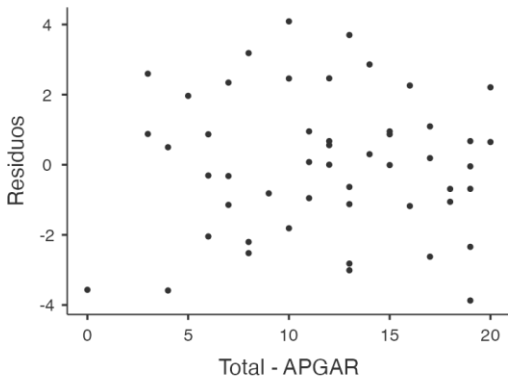
*Diagramas de dispersión de los valores pronosticados estandarizados*



# Revista de Investigación

Escuela de Ciencias Psicológicas





Por último, los datos también cumplieron con el supuesto de varianzas distintas de cero (depresión = 14.4, ansiedad = 22.2, estrés = 20.5, riesgo de trastornos de la conducta alimentaria = 18.3, autoestima = 39.6, consumo de sustancias = 1.11, funcionamiento familiar = 27.1 y ajuste escolar = 12.1). Luego de comprobar los supuestos anteriores, se puede decir que los datos son adecuados para realizar el modelo en este estudio.

### *Correlación de las variables del estudio*

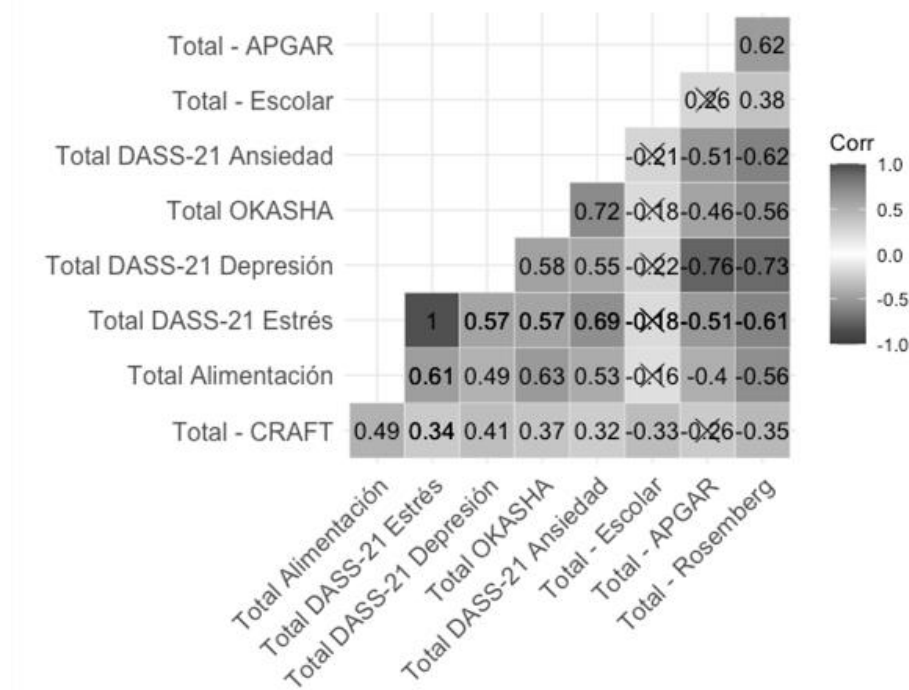
Son de especial interés las correlaciones con la variable ideación suicida (Figura 2). Se observó una correlación alta y significativa entre la ideación suicida con la ansiedad (.72), seguida de la correlación con la variable riesgo de trastorno de conducta alimentaria (.63).

Por otro lado, las variables que no resultaron significativas en el modelo de regresión, pero sí correlacionaron significativamente con la ideación suicida fueron las siguientes:

1. Correlación moderada y positiva entre ideación suicida con depresión:  $r(48) = .58$ ,  $p < .001$ .
2. Correlación moderada y positiva entre ideación suicida con estrés:  $r(48) = .57$ ,  $p < .001$ .
3. Correlación moderada y negativa entre ideación suicida con autoestima:  $r(48) = -.56$ ,  $p < .001$ .
4. Correlación baja y positiva entre ideación suicida y funcionamiento familiar =  $r(48) = .46$ ,  $p < .001$ .
5. Correlación baja y positiva entre ideación suicida con consumo de sustancias =  $r(48) = .37$ ,  $p = .008$ .

## Figura 2

Matriz de correlación entre variables incluidas en el estudio



Nota: Se presenta una "x" sobre las correlaciones que no resultaron significativas.

## Factores de riesgo

Habiendo reconocido la presencia de ideación suicida en los estudiantes y tomando en cuenta la evaluación de los supuestos del modelo, fue importante identificar los factores de riesgo de ideación suicida en los adolescentes. Para ello se llevó a cabo un modelo de regresión simple para determinar las variables que más aportan en la predicción de la ideación suicida, con el objetivo de interpretarlas como factores de riesgo.

El modelo de regresión realizado arrojó los siguientes resultados significativos:  $F(1,41) = 8.78$ ,  $p < .001$ , lo que demuestra una fuerte relación estadística. El coeficiente de determinación ( $R^2$ ) fue de .63, indicando que el modelo explica el 63% de la variación en la ideación suicida. Además, la pequeña diferencia entre el  $R^2$  ajustado (.56) y el  $R^2$  sugiere que el proceso de muestreo fue adecuado, fortaleciendo la confianza en la precisión del modelo.

En la Tabla 6 se puede identificar los valores de los predictores del modelo de regresión lineal que toma las distintas variables de los instrumentos para explicar la ideación suicida.



**Tabla 6**

*Modelo de regresión lineal para explicar la variable ideación suicida*

Predictor	Estimador	EE	Intervalo de Confianza al 95%		t	p
			Inferior	Superior		
Constante	-2.6331	3.9177	-10.5451	5.279	-0.6721	0.505
Depresión	0.1956	0.1399	-0.0869	0.478	1.3986	0.169
Ansiedad	0.3630	0.0975	0.1662	0.560	3.7251	< .001
Estrés	-0.0531	0.1063	-0.2678	0.162	-0.4996	0.620
Conductas de riesgo Alimenticias	0.2508	0.1031	0.0426	0.459	2.4325	0.019
Autoestima	0.0306	0.0854	-0.1419	0.203	0.3584	0.722
Riesgo de consumo de sustancias	-0.0276	0.3659	-0.7665	0.711	-0.0754	0.940
Funcionamiento familiar	0.0344	0.0946	-0.1566	0.225	0.3638	0.718
Ajuste Escolar	-0.0137	0.1021	-0.2200	0.192	-0.1346	0.894

El estimador correspondiente a la medición de ansiedad ( $B = .36$ , 95% CI [0.17, 0.56]) indica que el aumento de un punto en la escala de ansiedad, manteniendo todas las variables del modelo constantes, representa un aumento de 0.36 puntos en la ideación suicida; y el estimador del trastorno de conducta alimentaria ( $B = .25$ , 95% CI [0.04, 0.45]) señala que un aumento de un punto en la escala de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, manteniendo todas las variables del modelo constantes, representa un aumento de .25 en la escala de ideación suicida.

Según la evidencia anterior, ambas variables fueron las únicas que resultaron significativas (< .001 y .019 respectivamente) dentro del modelo, por lo que se interpretan como factores de riesgo. Ninguna de las demás variables evaluadas resultó significativa, así que se descartan para la presente muestra como factores de riesgo directos para la ideación suicida. Sin embargo, los resultados necesitan seguir evaluándose para confirmar esta evidencia y establecer nuevos planteamientos.

*Prevalencia de los factores de riesgo en los adolescentes.*

En la Tabla 7 se puede observar la prevalencia de los factores de riesgo principales identificados en el modelo de regresión según el sexo de los participantes.

**Tabla 7**

*Prevalencia de los factores de riesgo de ideación suicida según el modelo de regresión lineal desagregados por sexo*

Variable y nivel de riesgo	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ansiedad						
Normal	3	6%	8	16%	11	22%
Ansiedad leve	3	6%	3	6%	6	12%
Ansiedad moderada	6	12%	3	6%	9	18%
Ansiedad severa	4	8%	4	8%	8	16%
Ansiedad extremadamente severa	14	28%	2	4%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Riesgo de TCA						
Muy bajo riesgo	6	12%	7	14%	13	26%
Bajo riesgo	20	40%	12	24%	32	64%
Mediano riesgo	4	8%	1	2%	5	10%
Alto riesgo	-	-	-	-	-	-
Total	30	60%	20	40%	50	100%

La suma de la prevalencia de ansiedad moderada (18%), severa (16%) y extremadamente severa (32%) correspondieron al 48% de la muestra, sin embargo, la prevalencia del riesgo de TCA es de 10% para mediano riesgo y no hay estudiante alguno con alto riesgo. Si bien la prevalencia de riesgo de TCA es baja y por sí sola no representa algún peligro, la relación que comparte con la ideación suicida es lo que sí representa riesgo.

En la Tabla 8 se muestran las prevalencias de otros factores que podrían representar riesgo para la ideación suicida que, si bien no resultaron significativos en el modelo de regresión lineal, tienen correlación directa con la ideación suicida de manera individual.

# Revista de Investigación

Escuela de Ciencias Psicológicas

**Tabla 8**
*Prevalencia de otros factores que podrían representar riesgo de ideación suicida desagregados por sexo*

Variable y categorías de interpretación	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Depresión						
Normal	7	14%	11	22%	18	36%
Depresión leve	2	4%	2	4%	4	8%
Depresión moderada	10	20%	3	6%	13	26%
Depresión severa	7	14%	2	4%	9	18%
Depresión extremadamente severa	4	8%	2	4%	6	12%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Estrés						
Normal	11	22%	10	20%	21	42%
Estrés leve	4	8%	6	12%	10	20%
Estrés moderado	10	20%	2	4%	12	24%
Estrés severo	4	8%	1	2%	5	10%
Estrés extremadamente severo	1	2%	1	2%	2	4%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Autoestima						
Autoestima baja	15	30%	3	6%	18	36%
Autoestima media	3	6%	5	10%	8	16%
Autoestima elevada	12	24%	12	24%	24	48%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Funcionamiento familiar						
Funcionamiento normal	6	12%	6	12%	12	24%
Disfunción leve	5	10%	7	14%	12	24%
Disfunción moderada	8	16%	2	4%	10	20%
Disfunción severa	11	22%	5	10%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Consumo de sustancias						
Se recomienda no consumo	25	50%	17	34%	42	84%
Derivación para evaluación más profunda	5	10%	3	6%	8	16%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Como se observa en la Tabla 8, el 30% de los participantes se encuentran en depresión severa y extremadamente severa (18% y 12% respectivamente); el 14% refleja estrés severo y extremadamente severo; 36% autoestima baja; el 52% de la muestra se incluye en disfunción familiar moderada y severa (lo que se profundiza en la Tabla 9 y 10); y el 16% requiere ser derivado para otro tipo de evaluación sobre el consumo de sustancias. Sin embargo, debido al anonimato durante la recopilación de datos no fue posible realizar la canalización.

Cabe mencionar que los resultados de ajuste escolar se encontraron en un 96% (48 estudiantes) en mediano ajuste escolar y el 4% (2 estudiantes) obtuvieron por resultado el bajo ajuste escolar, lo que no tuvo correlación significativa para la variable estudiada (ver Figura 2).

*Las redes de apoyo y su relación con los factores de riesgo para la ideación suicida.*

Otro punto que puede enlazarse a los factores de riesgo es el de las redes de apoyo de los adolescentes, tal y como se observa en la Tabla 9.

**Tabla 9**

*Percepción del funcionamiento familiar*

Grado del funcionamiento familiar	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Funcionamiento normal	6	12%	6	12%	12	24%
Disfunción leve	5	10%	7	14%	12	24%
Disfunción moderada	8	16%	2	4%	10	20%
Disfunción severa	11	22%	5	10%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Los resultados de la tabla corresponden a la percepción del funcionamiento familiar, en la que el 76% representa disfunción familiar en distintos grados. Tanto para hombres como para mujeres, la disfunción familiar predomina. También el funcionamiento familiar puede influir en la aparición de sintomatología depresiva y que esta sintomatología, como factor de posible riesgo, conlleve a ideación suicida.

En la Tabla 10, se observa que el 40% de la muestra que percibe disfuncionalidad familiar se encuentra con algún grado de depresión y presenta ideación suicida entre moderada, alta o muy alta. La prevalencia más alta en las tres variables se encuentra en la intersección del disfuncionamiento familiar severo, la depresión severa, extremadamente severa y la presencia de ideación suicida.

# Revista de Investigación

Escuela de Ciencias Psicológicas

**Tabla 10**
*Prevalencia de disfuncionalidad familiar según depresión e ideación suicida*

Grado de disfuncionalidad familiar con relación al nivel de depresión	Mujeres con ideación suicida moderada, alta o muy alta		Hombres con ideación suicida moderada, alta o muy alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
	Disfunción familiar leve					
Depresión leve	-	-	1	2%	1	2%
Depresión moderada	1	2%	-	-	1	2%
Depresión severa	-	-	-	-	-	-
Depresión extremadamente severa	1	2%	-	-	1	2%
Disfunción familiar moderada						
Depresión leve	1	2%	-	-	1	2%
Depresión moderada	1	2%	-	-	1	2%
Depresión severa	3	6%	-	-	3	6%
Depresión extremadamente severa	-	-	1	2%	1	2%
Disfunción familiar severa						
Depresión leve	-	-	-	-	-	-
Depresión moderada	3	6%	-	-	3	6%
Depresión severa	2	4%	2	4%	4	8%
Depresión extremadamente severa	3	6%	1	2%	4	8%
Total	15	30%	5	10%	20	40%

### *Redes de apoyo identificadas en amigos*

Las redes de apoyo en amigos también fueron evaluadas tal como se muestra en la Tabla 11 y 12, lo que permite observar que una minoría de adolescentes (12% de la muestra) perciben no tener algún amigo cercano. Además, para un 14% la frecuencia en la que se siente satisfechos con este soporte llega a ser nunca o casi nunca.

**Tabla 11**

*Percepción de haber algún amigo/a cercano*

Frecuencia de la disponibilidad de amistades	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	4	8%	2	4%	6	12%
Casi nunca	3	4%	5	10%	8	16%
Algunas veces	6	14%	2	4%	8	16%
Casi siempre	5	10%	3	6%	8	16%
Siempre	12	24%	8	16%	20	40%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

**Tabla 12**

*Frecuencia de la satisfacción del soporte recibido por amigos/as*

Nivel de satisfacción	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	1	2%	2	4%	3	6%
Casi nunca	3	6%	1	2%	4	8%
Algunas veces	5	10%	6	12%	11	22%
Casi siempre	10	20%	5	10%	15	30%
Siempre	11	22%	6	12%	17	34%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

También en la Tabla 13 puede observarse la prevalencia de ideación suicida y su relación con la percepción de las redes de apoyo en amistades.

En esa misma tabla se puede apreciar que del 44% de adolescentes con ideación suicida moderada (24%), alta (16%) y muy alta (4%), un 22% considera que cuentan con alguien cercano casi siempre o siempre y que del soporte que reciben, el 28% se encuentra casi siempre o siempre satisfechos con ello. Esto podría indicar que el apoyo de los pares percibido puede contemplarse de beneficio para los adolescentes con ideación suicida.

**Tabla 13**
*Prevalencia de ideación suicida y percepción de las redes de apoyo con amigos/as*

Frecuencia de disponibilidad de amistades y satisfacción del apoyo recibido	Mujeres con ideación suicida moderada, alta y muy alta		Hombres con ideación suicida moderada, alta y muy alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Percepción de haber algún amigo/a cercano</b>						
Nunca	3	6%	1	2%	4	8%
Casi nunca	1	2%	1	2%	2	4%
Algunas veces	4	8%	1	2%	5	10%
Casi siempre	2	4%	-	-	2	4%
Siempre	6	12%	3	6%	9	18%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32%</b>	<b>6</b>	<b>12%</b>	<b>22</b>	<b>44%</b>
<b>Frecuencia de la satisfacción del soporte recibido por amigos/as</b>						
Nunca	1	2%	1	2%	2	4%
Casi nunca	2	4%	-	-	2	4%
Algunas veces	3	6%	1	2%	4	8%
Casi siempre	6	12%	2	4%	8	16%
Siempre	4	8%	2	4%	6	12%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32%</b>	<b>6</b>	<b>12%</b>	<b>22</b>	<b>44%</b>

## Discusión

### *Prevalencia de ideación suicida*

Mediante los resultados ha sido posible identificar que el promedio de ideación suicida, con 12 la puntuación máxima, se encuentra en 3.48 al momento de la aplicación de instrumentos (ver Tabla 2), Ardiles-Irarrázabal et al. (2018) utilizando el mismo instrumento con adolescentes obtuvieron una media de 2.56 y Campo-Arias et al. (2019) obtuvieron con adolescentes un 3.30, lo cual no se aleja del resultado obtenido en el presente estudio.

El promedio obtenido podría deberse a que un 54% de la muestra de estudiantes no ha tenido ideación o la ha tenido, pero en un porcentaje bajo (ver Tabla 3). Por tanto, hace sentido que el promedio sea bajo. Estos resultados coinciden con que el 74.5% en la muestra de Ardiles-Irarrázabal et al. (2018) tampoco mostraron estar en riesgo, lo que permite observar que en la mayoría de los participantes en las investigaciones, el promedio no se considera alarmante ya que o no han tenido ideación suicida o ha sido muy baja. Sin embargo, requiere de atención que el 24% haya presentado ideación suicida moderada, el 16% alta y el 4% muy alta.

Según el criterio utilizado para esta investigación, el promedio (3.48) para la ideación suicida en los estudiantes se encuentra en baja ideación, lo que no significa que no presenten riesgo. Aunque el promedio es bajo, hubo adolescentes que sí presentaron ideación al momento de la realización de este estudio (ver Tabla 2 y 3). Estos resultados pueden implicar más adelante, si se mantiene constante esta ideación, un aumento en intentos de suicidio en adolescentes y, por lo tanto, podría haber más cantidad de suicidios consumados, lo que apoya la importancia de la prevención primaria y conocimiento de derivaciones.

En la muestra, la mayor prevalencia de ideación suicida en los adolescentes según sexo se dio en el grupo de mujeres con el 32% (ver Tabla 3). En Ardiles-Irarrázabal et al. (2018), Salvo y Melipillán (2008), y Álvarez et al. (2019) también las mujeres fueron el grupo con mayor riesgo, lo que puede estar relacionado a que se encuentran más expuestas a posturas de vulnerabilidad y que tienen mayor predisposición a sintomatología depresiva (Luna & Dávila, 2018). Sin embargo, en esta investigación la variable con mayor prevalencia fue la ansiedad (ver Tabla 7). Con relación a la temporalidad, es posible observar según las investigaciones mencionadas, que las mujeres son quienes presentan mayor riesgo.

También las mujeres fueron quienes han tenido más intentos de suicidio en el último año representando el 18% de la muestra de este estudio, mientras que para los hombres fue de un 8% (ver Tabla 4). Sin embargo, se reconoce que son los hombres quienes consuman más el suicidio debido a los métodos utilizados (Hernández & Rodríguez-Peralta, 2021). Este resultado refleja la importancia del abordaje de la salud mental en los adolescentes y del conocimiento de qué hacer con los docentes para ayudar acertadamente y hacer derivaciones.

De los adolescentes que participaron en este estudio y que han presentado ideación suicida en el último año, comparando las edades sin distinción de sexo, los resultados se asemejan: con promedio de 3.24 para los estudiantes con 16 y de 3.72 para aquellos con 17 años. Sin embargo, al volver a distribuir los resultados por sexo y edad vuelven a ser las mujeres quienes tienen mayor prevalencia en el grupo de 16 y 17 años, siendo mayor para aquellas con 16 años (ver Tabla 2) lo que coincide con Álvarez et al. (2019) referente al sexo y edad de los participantes con quienes realizaron su investigación. Es posible que se relacione a una etapa de cambios, tanto internos como externos, en los que la búsqueda de identidad y sentido de pertenencia influyen en su desempeño.

Retomando los intentos de suicidio durante el último año, es de mencionar que, respecto del total de adolescentes de la muestra, el 26% ha tenido al menos un intento de suicidio al momento de la aplicación de instrumentos (ver Tabla 4). Este porcentaje de estudiantes se encuentran con ideación suicida moderada, alta y muy alta. Tomando en cuenta únicamente a estos tres grupos de ideación suicida, el 59% de los 22 estudiantes han tenido al menos un intento en el último año.



Es importante enfatizar en mecanismos que favorezcan la salud mental de los estudiantes, tales como programas de prevención e intervención de ideación e intentos suicidas, reconociendo que es un problema de salud pública que debe abordarse integralmente (Sánchez-Sosa et al. 2010; Silva et al. 2017; Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017; Ardiles-Irarrázabal et al. 2018), incluyendo a familiares y docentes, ya que los programas de prevención escolar son estrategias que muestran evidencia por su efectividad (Campo-Arias & Suárez-Colorado, 2019). También hay que dirigir espacios de expresión con distintas temáticas acordes a las necesidades de los estudiantes y plantear qué hacer en la institución en caso de que haya algún intento de suicidio o suicidio consumado (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017).

### *Factores de riesgo de ideación suicida*

Los principales factores de riesgo corresponden al grado de ansiedad y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) según el modelo de regresión lineal. Para la variable de ansiedad los estudiantes presentan en grado moderado (18%), severo (16%) y extremadamente severo (32%), lo que en conjunto suma el 66% de la muestra y el 10% de los adolescentes se encuentran en mediano riesgo de TCA (ver Tabla 5 y 7). Como se mencionó con anterioridad, el último porcentaje no es alto, pero la relación que comparte con la ideación suicida representa riesgo según el modelo.

Vigara et al. (2019) realizaron un prototipo como parte de su investigación con adolescentes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital, especialmente con aquellos que fueron dados de alta por psiquiatría y ya habían presentado algún episodio previo similar o asistieron por daño autoinducido e ideación suicida. En este prototipo identificaron que en la esfera psico-psiquiátrica era frecuente que presentaran algún trastorno como ansiedad, depresión, hiperactividad o TCA, sobre todo trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria lo que coincide con los resultados del presente estudio.

Para Baños (2022), la depresión y la ansiedad arrojaron datos importantes con respecto a la ideación suicida, lo que permite relacionar ambas variables y plantear la posibilidad de correlación en algún tipo de comorbilidad, aunque no necesariamente como regla de un trastorno como tal: "la evidencia empírica muestra que los síntomas de depresión y ansiedad se asocian con la IS de manera individual o en conjunto, y es probable que ambos desórdenes emocionales puedan avizorar el desarrollo de IS en la etapa adulta" (p.676). Esto debería contemplarse como prioritario para su abordaje.

Por otro lado, Vega et al. (2018) encontraron que la ansiedad tenía mayor prevalencia con la ideación suicida, siendo 67,7% quienes cumplían con esta relación de variables en su estudio, reconociendo que la ideación suicida es más probable si se presenta algún grado de ansiedad, tal como sucedió con el modelo de regresión lineal presentado anteriormente. A su vez, agregan que el diagnóstico del trastorno de pánico, fobia social, ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático se asocian aún más con mayor riesgo.

Respecto a la ansiedad Varela-Besteiro et al. (2017) infieren que la intensidad con que se manifieste puede ser un determinante para que la ideación suicida conlleve a los adolescentes que tienen un diagnóstico de TCA a presentar comportamientos autolesivos, lo que refuerza los hallazgos de la presente investigación, según el modelo de regresión lineal (ver Tabla 5). Tanto la ansiedad como el riesgo de TCA fueron considerados factores de riesgo directos para la ideación suicida, lo que puede implicar que si ambos factores aumentan en gravedad, los adolescentes puedan llegar a manifestar comportamientos autolesivos y, a futuro, pueden presentar comportamientos desadaptativos al vivir adversidades, por lo que en otros estudios debería tomarse en cuenta la interrelación específica de las variables.

El Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] (s.f.) de Estados Unidos, distingue que cuando una persona tiene algún TCA no solo presenta complicaciones médicas, sino que también tienden a tener un mayor riesgo de suicidio, mientras que las redes de apoyo son fundamentales a lo largo del tratamiento. Para Martínez *et al.* (2017) también es evidente que existe una relación con rasgos de TCA y TCA diagnosticado, ideación e intento suicida, por lo que no solo lo consideran como un factor de riesgo, sino que influye en las conductas autolesivas directas o indirectas. Por su parte, Varela-Besteiro et al. (2017) encontraron que los adolescentes con TCA presentan un perfil más grave para presentar ideación suicida y comportamientos autolesivos, lo que refuerza los hallazgos de este estudio.

Existe otros factores que podrían representar riesgo de ideación suicida como el grado de estrés, depresión, nivel de autoestima, funcionalidad familiar y el consumo de sustancias, que sí tienen correlación directa con la ideación suicida en la muestra (ver Figura 2 y Tabla 8), pero que no son los factores más significativos. Sin embargo, al integrarse son variables que pueden influir a que la ideación suicida surja y se mantenga, creando una dinámica disfuncional y desadaptativa en la que estas variables pueden llegar a agruparse como personales, contextuales, sociales y familiares (Sánchez-Sosa *et al.*, 2010; Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017). Sería interesante considerar variables como la presencia de violencia, desesperanza, eventos vitales estresantes, si ha existido ideación suicida con anterioridad e intentos de suicidio en la familia (Luna & Dávila, 2017; Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017; Silva *et al.*, 2017).

A pesar que las variables anteriores no aportan al modelo de regresión lineal para la muestra de estudiantes, es importante prestarles atención, enfatizando en que la detección temprana permite crear estrategias preventivas desde el reconocimiento de los factores de riesgo (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017).

### *Redes de apoyo familiares y sociales*

La familia es considerada una red de apoyo, lo que implica que la dinámica y la funcionalidad que exista en ella puede ser un factor de riesgo o un factor protector (Sánchez-Sosa *et al.*, 2010; Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017). Sin embargo, el 76% de la muestra de adolescentes (ver Tabla 10) viven en familias con disfuncionalidad, poca satisfacción de la dinámica y la validación de sí mismos o sus emociones. Sánchez-Sosa *et al.* (2010) en el MEPIS,

mencionan que el funcionamiento familiar negativo puede relacionarse con sintomatología depresiva. Para la muestra de este estudio, el 56% presentó depresión moderada, severa o extremadamente severa (ver Tabla 10). Junto con otros factores puede influir en la vulnerabilidad del grupo y conllevar a la ideación suicida (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017). La percepción de escasez de apoyo familiar influye en la vulnerabilidad para presentar conductas suicidas, sobre todo en población depresiva.

Para Loba y Morales (2016) la vulnerabilidad familiar es un indicador con impacto individual y social que tiene efecto en la calidad de vida y la salud. El 52% de la muestra de estudiantes se encuentra con disfunción familiar moderada y severa (ver Tabla 9) por lo que puede ser que la familia no sea un recurso de apoyo, sino que influya en el malestar. Si bien, el funcionamiento familiar no apareció en el modelo de regresión lineal como factor de riesgo, no significa que sea una variable que esté ayudando a que los adolescentes del estudio tengan menos ideación suicida. Es conveniente mejorarlo, aún más en las mujeres que, en comparación con los hombres, muestran una prevalencia mayor de ideación suicida. Respecto a la disfunción familiar, el 38% es representado por dicho grupo (ver Tabla 9).

Para este estudio, considerar a la familia como una red de apoyo no es lo más viable debido a su grado de disfuncionalidad. Por ello otra red de apoyo considerada fue la social (los pares). En los resultados, el 56% consideran que sí hay alguien al que casi siempre o siempre pueden recurrir, el 64% se encuentra satisfecho con el apoyo recibido y únicamente el 8% considera que nunca o casi nunca esto sucede (ver Tabla 11 y 12). Es interesante que, en comparación con el soporte brindado por la familia, existe preferencia por los pares. Esta dinámica puede tener relación con las teorías propuestas por Erikson (1950) y Maslow (1943) tanto por la búsqueda de identidad como por las necesidades de seguridad y afiliación dentro de un grupo social.

Serrano-Ruiz y Olave-Chaves (2017) mencionan que la ausencia de redes de apoyo social contribuye a que los adolescentes sean más vulnerables, así como a la sensación que no son relevantes dentro de un grupo, por lo que puede darse el aislamiento y es menos probable recibir alguna ayuda. Mientras que un factor protector es que las adolescentes tengan mayor acercamiento con sus pares. De hecho, del 44% de adolescentes de este estudio con ideación suicida moderada (12), alta (8) y muy alta (2), el 22% perciben que casi siempre o siempre hay alguno de sus amigos/as cercanos. De este 44% de estudiantes mencionados, el 28% casi siempre o siempre están satisfechos con el soporte recibido por sus pares (ver Tabla 13), lo que refleja que llegan a considerar a sus amigos/as como una red de apoyo.

Por último, Oliva et al. (2002) señalan que el rol entre iguales como figuras de apoyo facilitan el ajuste psicológico del adolescente. Señalan que mientras las relaciones entre los iguales son recíprocas, las relaciones entre padres e hijos están caracterizadas en su mayoría por un sistema autoritario. Según los autores, las buenas relaciones con los compañeros tendrían más consecuencias positivas que los adolescentes con relaciones familiares disfuncionales. Esto podría verse reflejado en el estudio, ya que 56% indicaron tener un amigo

cercano a quien acudir casi siempre o siempre, en contraposición con el apoyo o la percepción acerca de las redes de apoyo familiar, que se vio reflejado en dinámicas disfuncionales en un 76% (ver Tabla 9 y 11). Si bien es adecuado que los adolescentes reconozcan a sus pares como red de apoyo, también es preocupante que sea con los pares a quienes acudan en situaciones que impliquen ideación suicida y crisis emocionales agudas, debido a que no cuentan con herramientas para brindar una mejor contención y saber de qué manera actuar o referir con su par para que pueda recibir un acompañamiento profesional.

## Conclusiones

Debe reconocerse la presencia de ideación suicida como una problemática de salud mental que puede prevenirse tanto en hombres como mujeres, tomando en consideración que las mujeres se encuentran en posiciones de mayor vulnerabilidad, según los resultados obtenidos. En la escala de suicidalidad de Okasha el promedio fue de 3.48 y se interpreta como un nivel bajo de ideación suicida (e incluso la ausencia de la misma para el grupo), pero el 44% (22) sí ha tenido ideación suicida distribuida en los siguientes rangos: moderada ideación suicida 24%, alta ideación suicida 16% y muy alta ideación suicida 4%. A su vez, del 44% de adolescentes, el 32% corresponde a las mujeres y el 12% a los hombres.

Hay variables que se consideran factores de riesgo por la regresión lineal para la ideación suicida en la muestra: la ansiedad con un 48% representado por ansiedad moderada, severa y extremadamente severa y el riesgo de TCA con un 10% en mediano riesgo. Si bien el porcentaje de riesgo de TCA es bajo, junto con la ansiedad representa riesgo por la relación que comparte con la ideación suicida.

Depresión y estrés tuvieron una correlación moderada y positiva con la ideación suicida. El patrón indica que, en estudiantes con mayor ideación suicida, de manera moderada, también presentaron mayor depresión y estrés. Se encontró una correlación moderada y negativa entre ideación suicida y la autoestima, es decir, el patrón mostró que, a mayor ideación suicida, menor autoestima y viceversa. Se identificó una correlación baja y positiva entre funcionamiento familiar y consumo de sustancia con la ideación suicida. De manera poco fuerte a mayor ideación suicida, mayor disfuncionalidad familiar y consumo de sustancias.

Por último, las redes de apoyo evaluadas fueron compuestas por redes familiares y sociales. Del total de participantes, el 78% percibe que su familia se encuentra en algún grado de disfuncionalidad, mientras en relación con los amigos el 56% considera que casi siempre o siempre puede haber alguna amistad para ellos y que el 64% se encuentra satisfecho casi siempre o siempre con el soporte que reciben por sus pares. En comparación a las redes familiares, en la muestra de estudiantes existe preferencia por las redes de apoyo sociales.

## Agradecimientos

Esta investigación fue apoyada por la Unidad de Investigación Profesional (UIP). Como tesis a nivel de licenciatura, fue asesorada y revisada por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se agradece al Centro Educativo en zona 7 de la Ciudad de Guatemala que permitió la investigación y a los estudiantes que participaron en ella.

## Referencias

- Aguirre, Y. (2020). *Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en personal de serenazgo de una Municipalidad de Lima Norte, 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Universidad Cesar Vallejo. Repositorio digital institucional.
- Álvarez, L., Ayala, N., & Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos; un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 1-22. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Ardiles-Irarrázabal, R., Alfaro-Robles, P., Díaz-Mancilla, I., & Martínez-Guzmán, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Revista Científica de la Facultad de enfermería y rehabilitación de la Universidad de la Sabana*, 18(2), 160-170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Baños, J. (2022). Síntomas depresivos y ansiedad como predictores de ideación suicida en adultos. *Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos MediSur*, 675-682.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Campo-Arias, A. & Suárez-Colorado, Y. (2019) ¿Es el suicidio un evento prevenible? *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 51(3), 197-199. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019002>
- Campo-Arias, A., Zuñiga-Díaz, Z., Mercado-Marón, A., & García-Tovar, A. (2019). Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-11.
- Colica, D., Campana, V., Vázquez, F., Baran, P., & Vietto, V. (2019). Propiedades psicométricas y características operativas de la versión adaptada al castellano del cuestionario CRAFFT en adolescentes del conurbano bonaerense. *Archivos argentinos de pediatría* 117(5), 301-305. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.301>
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. (2017). *Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*. Argentina.
- Durkheim, E. (2003). *El suicidio, estudio de sociología*. Akal.
- Erikson, E. (1993) *Infancia y sociedad* (Doceava ed.) LUMÉN-HORMÉ
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido* (Duodécima ed.). Herder
- Hernández, A., & Rodríguez-Peralta, L. (2021). El riesgo de suicidio en el adolescente, ¿se puede evitar con la formación integral? *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 5(5). [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i5.981](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.981)

- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., y Gesink, D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), 921. <https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303088>
- Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala [INACIF]. (2022). *Necropsias realizadas en las sedes periciales de INACIF a nivel nacional, por causa de muerte según grupo quinquenal de edad y sexo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2021*. INACIF. [AnualQM2021.pdf](http://AnualQM2021.pdf) ([inacif.gob.gt](http://inacif.gob.gt))
- Instituto Nacional de Salud Mental [NIHM]. (s.f.). *Los problemas de alimentación: un problema que va más allá de la comida*. [Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida - National Institute of Mental Health \(NIMH\) \(nih.gov\)](http://Los%20trastornos%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n%20-%20National%20Institute%20of%20Mental%20Health%20(NIMH)%20(nih.gov))
- Lobo, N., & Morales, D. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 94-102. [https://doi.org/DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12](https://doi.org/DOI:10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12)
- Luna, M., & Dávila, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1-14. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgsp17-34.arfa>
- Martínez, L., Vianchá, M., Pérez, M., & Avedaño, B. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 178-188. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>
- Mayorga, C., Gallardo, L., & Gálvez, J. (2019, 11). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista médica de Chile*, 147(10). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS]. (2020) SEMEPI NO.26. Centro Nacional de Epidemiología. <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/boletin-semana-epidemiologica/Semepi-26.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS]. (2018). *Protocolo de vigilancia epidemiológica intoxicaciones por plaguicidas lesiones de causa externa y conducta suicida*. [VS\\_010.pdf](http://VS_010.pdf) ([usac.edu.gt](http://usac.edu.gt))
- Observatorio de Bioética y Derecho [OBD]. (1979). *Informe Belmont*. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Oliva, A., Parra, J & Sánchez, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictores del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Revista Apuntes de Psicología* 20
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) *Resumen ejecutivo, vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. [9789240029668-spa.pdf](http://9789240029668-spa.pdf) ([who.int](http://who.int))
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2) 196-117.

- Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido: reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Salvo, L. (2009). Confiabilidad, Validez y punto de corte para escala de Screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 10. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 115-123. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000200005>
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Revista Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a8>
- Santocini, C., De León, C., & Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de validación. (3ra edición ed.). *Universidad Autónoma Metropolitana*.
- Serrano-Ruiz, C., & Olave-Chaves, J. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147. <http://doi.org/10.28375/01237047.2272>
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(1), 33-42. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Vega, R., León, M., & Gonzáles, L. (2018). Depresión y ansiedad en relación a ideas suicidas en adolescentes del distrito de Ayacucho 2017. *Revistas de investigación Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga*, 133-138. <https://doi.org/10.51440/unsch.revistainvestigacion.2018.2.91>
- Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, Carulla-Roig, M., Matalí-Costa, J.& Dolz-Abadia, M. (2017). Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 157-166.
- Vigara, L., Pérez-Serrano, P., Gómez, J., Ruiz, S., & Fernández, A. (2019). Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 12-19.

Derechos de Autor (c) 2024 Diana Rodriguez-Escobar, Sigrid Janina Guevara-Morales, Daniel Sojuel

Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)