

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**EL SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

CINDY STEFFANY QUITO MÉNDEZ

ASESORA

Patricia Susana Bárrig Jó

Lima, 2021

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo estudiar la relación entre el soporte social percibido e ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 276 estudiantes, 129 hombres (46.7%) y 147 mujeres (53.3%), entre los 18 y 28 años ($M=20.34$, $DE=1.80$). Los instrumentos utilizados fueron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI. Se encontró una relación significativa y moderada entre el soporte social y la ideación suicida. Asimismo, el soporte familiar tuvo una mayor fuerza en comparación con las otras fuentes de soporte. En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que hubo diferencias por sexo, edad, religión, pareja, enfermedad física, salud mental y vivir solo.

Palabras clave: soporte social, ideación suicida, adultos jóvenes, universitarios

Abstract

The present study aimed to study the relationship between perceived social support and suicidal ideation in university students of Metropolitan Lima. The sample consisted of 276 students, 129 men (46.7%) and 147 women (53.3%), between 18 and 28 years ($M = 20.34$, $SD = 1.80$). The instruments used were the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS) and the Inventory of Positive and Negative Suicidal Ideation - PANSI. A significant and moderate relationship was found between social support and suicidal ideation. Also, family support was stronger compared to other sources of support. Regarding the sociodemographic variables, it was found that there were differences by sex, age, religion, couple, physical illness, mental health and living alone.

Keywords: social support, suicidal ideation, young adults, university students

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 1 |
| Método..... | 9 |
| Participantes..... | 9 |
| Medición..... | 9 |
| Procedimiento..... | 12 |
| Análisis de datos..... | 13 |
| Resultados..... | 14 |
| Discusión..... | 19 |
| Referencias..... | 27 |
| Apéndices..... | 38 |
| Apéndice A: Consentimiento informado..... | 39 |
| Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos..... | 40 |
| Apéndice C: Ficha informativa..... | 42 |
| Apéndice D: Análisis de consistencia interna..... | 43 |
| Apéndice E: Pruebas de normalidad para las variables de estudio..... | 45 |
| Apéndice F: Contraste de grupos..... | 46 |

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), cada año se suicidan más de 800,000 personas, lo que equivale a un suicidio cada cuarenta segundos. Según el Observatorio Global de Salud de la OMS (2018), en el 2016 ocurrieron 4.9 suicidios por 100,000 habitantes en el Perú. En un estudio epidemiológico realizado por Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM, 2013) se reportó que en la población de Lima Metropolitana y Callao la prevalencia anual de pensamientos o ideación suicida fue más alta en adolescentes (6.1%) en comparación con adultos (2.2%) y adultos mayores (1.1%). De manera particular, el porcentaje de adolescentes entre 12 a 17 años que alguna vez en su vida han sentido deseos de morir es de 25.9% y de los que han pensado en quitarse la vida es de 11%. Así mismo un 4.9% señaló que ha tenido alguna vez en su vida planes suicidas mientras que el 3.6% ha intentado suicidarse. Por otro lado, se identificó que del total de estos adolescentes fueron las mujeres quienes mostraron mayor prevalencia en cada uno de dichos indicadores en comparación a los hombres (INSM, 2013).

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo que está compuesto por factores biológicos, psicológicos, personales, sociales, culturales y ambientales que a menudo interactúan entre sí (O'Connor & Nock, 2014; OMS, 2014; Windfuhr et al., 2016). La OMS (2014) define el suicidio como el acto de quitarse la vida deliberadamente. El suicidio se reporta con mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes constituyendo la segunda causa principal de defunción entre los 15 y 29 años de edad (OMS, 2014). En el periodo 2011-2014 el medio más usado en los casos de suicidio reportados en Lima fue la asfixia por ahorcamiento (INSM, 2014) el cual también se ha reportado como el más frecuente en adolescentes en otros países (Gerstner et al., 2018; Kólves & Leo, 2017).

La adolescencia constituye una etapa de tránsito hacia la vida adulta en donde se observan experiencias de desarrollo de la identidad, la independencia social y económica, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto (OMS, 2017). En conjunto, estos procesos requieren que la o el adolescente enfrente nuevos desafíos y vivencias lo cual podría generar considerable ambivalencia hacia las responsabilidades adultas (Buendía et al., 2004; Capuzzi & Golden, 2013). Por ejemplo, el desarrollo de la identidad puede asociarse a una sensación de inestabilidad, por lo que una experiencia negativa fácilmente podría convertirse en una fuente excesiva de malestar emocional, lo que en consecuencia podría desencadenar conductas desadaptativas tales como la conducta suicida (Pacheco & López, 2016). Además, según Girard (2017) la dificultad del control de impulsos relacionada a la inmadurez del lóbulo prefrontal en la adolescencia explicaría el menor tiempo de acción entre un factor

desencadenante y la acción de un comportamiento suicida a comparación de los adultos. Es así que debido a la vulnerabilidad, presiones y desafíos en la vida cotidiana, es posible que los adolescentes adopten diferentes comportamientos de riesgo para la salud (Sarchiapone et al., 2016).

Más aún, al ingresar a la universidad los jóvenes pueden experimentar distintos cambios como separarse de sus padres por un tiempo más prolongado, la generación de nuevas relaciones interpersonales que conlleva a cambios en la dinámica con los amigos de colegio y enfrentarse a la demanda universitaria con una mayor exigencia en el rendimiento académico (Kim et al., 2015; Vélez et al., 2017). El cambio conlleva un reto a nivel personal y, si no se cuenta con las herramientas o recursos, puede generar alteraciones en el estado de ánimo contribuyendo con el estrés y el deterioro de la salud mental, lo que junto con otros factores de riesgo podrían conllevar a la ideación suicida (Kim et al., 2015; López et al., 2020). Así, las condiciones propias de la educación superior universitaria podrían actuar como agravantes de las decisiones suicidas en situaciones de carencias o dificultades (Franco et al., 2017).

De manera particular, a nivel mundial se han encontrado altas tasas de ideación suicida en estudiantes universitarios. Por ejemplo, en China se encontró que la prevalencia de ideación suicida en universitarios fue del 9.2% (Zhai et al., 2015). En Colombia, el 16% de los universitarios inform haber tenido ideación suicida en el último año (Blandón et al., 2015). Asimismo, en un estudio similar realizado en Brasil el 9.9% de los estudiantes pensó en quitarse la vida en los últimos treinta días (Dos Santos et al., 2017). En Perú, en el departamento de Ucayali se encontró que el 15% de la población universitaria presentaba niveles medios y altos de ideación suicida (Astocondor et al., 2019). En Lima, en un estudio realizado en una universidad pública, se halló que el 22.4% de los estudiantes alguna vez en su vida había tenido ideación suicida y el 8.2% en el último año (Perales et al., 2019).

Debido a la complejidad del tema, existen distintos tipos de conceptos para referir al suicidio ya que no se cuenta con definiciones estandarizadas, o de consenso (Silverman, 2016). El comportamiento suicida se puede considerar como un continuo que va desde la cognición que incluye la ideación, intención, motivación y planificación suicida hasta el comportamiento expresado en amenazas, gestos, ensayos, intento de suicidio y finalmente el suicidio consumado (Nock et al., 2012; OMS, 2014; Silverman, 2016; Svetlicic & De Leo, 2012). Así, se sostiene que a medida que se avanza en el continuo, aumenta el riesgo suicida (Nock et al., 2012). No obstante, algunos autores (Svetlicic & De Leo, 2012) cuestionan la consideración del suicidio como un continuo, proponiendo que esto es solo aplicable en algunos casos. Asimismo, Vélez, Maldonado

y Rivera (2017) consideran que puede ocurrir suicidio sin ideación previa, así como ideaciones que no lleven a la muerte autoinfligida.

Para Beck y colaboradores (1979) la ideación suicida se define como los deseos y planes para cometer el suicidio, pero sin haber realizado un intento. Pérez (1999) por su parte, propuso que la ideación suicida abarca un campo de pensamientos que puede presentarse de distintas maneras: como un deseo de morir, representando mentalmente el suicidio (e.g. imaginarse muerto), teniendo una idea suicida, pero sin un plan, teniendo una idea suicida con plan impreciso y teniendo una idea suicida con un plan elaborado. Silverman (2016) manifiesta la problemática de la definición en la ideación suicida, dado que reconoce que algunos clínicos, no solo incluyen pensamientos suicidas sino también planificación, motivación e intención suicida bajo el catálogo de ideación suicida. Además, en cuanto a la frecuencia Pfeffer (2006) señala que la ideación suicida puede ser breve o tener una mayor duración.

El fenómeno suicida es complejo de predecir (Barnett & Porter, 1998). No obstante, para acercarse a su comprensión entre los modelos predominantes destaca la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005) y el modelo integrado de motivación y volición (O'Connor & Kirtley, 2018). El modelo de Joiner (2005) afirma que un individuo corre mayor riesgo de intento de suicidio durante la presencia simultánea de tres factores: carga percibida, percepción de que uno es ineficaz en la vida y una carga para los demás; pertenencia frustrada, enajenación y desconexión social; y capacidad adquirida, reducción del miedo y tolerancia al dolor físico. Además, considera que el deseo suicida, es una causa necesaria pero no suficiente para cometer un suicidio. Esta teoría muestra la importancia de la conexión social como factor protector para los comportamientos suicidas (Castro Osorio et al., 2020; Fredrick et al., 2018).

Por su parte, O'Connor y Kirtley (2018) integran los factores del proceso suicida desde la ideación hasta los actos de suicidio en su modelo biopsicosocial en el que se especifica los componentes de tres fases: pre-motivacional, motivacional y volitiva. La fase pre-motivacional incluye los factores de fondo y eventos desencadenantes como las diátesis, ambiente y eventos en la vida, lo cual explicaría el contexto antes del comienzo de formación de ideas suicidas. En la fase motivacional, el sentimiento de derrota y humillación conduciría al entrampamiento, es decir a la sensación de no poder escapar del contexto, lo que a su vez conduciría a la ideación suicida e intento. Por último, la fase volitiva es cuando se conduce de la ideación e intento suicida a la acción del comportamiento suicida. Estas fases estarían mediadas por moderadores amenazantes propios; como por ejemplo sesgos de memoria; motivacionales, como el soporte social; y volitivos, como el acceso a medios, que aumentarían o disminuirían la probabilidad de que se avance en el proceso suicida.

Para Beck, Kovacs y Weissman (1979) la ideación suicida se encuentra mayormente como un precursor del intento suicida y de los actos suicidas. Se han encontrado ciertas diferencias entre las personas con ideación y las personas con antecedentes de intento suicida, en donde las segundas presentaban mayor índice de trastornos de ansiedad, estrés postraumático, uso de drogas y antecedentes de abuso sexual (May & Klonsky, 2016). Aunque la mayoría de personas con ideación suicida no intenta suicidarse (May & Klonsky, 2016), se ha reportado que la ideación suicida en la adolescencia tiene relación con la ideación e intentos suicidas en la edad adulta (Reinherz et al., 2006), lo cual respalda la propuesta de Beck (1996) en donde las experiencias previas de comportamiento suicida pueden sensibilizar la futura experiencia. De esa manera, conocer la ideación suicida resulta importante como primer paso para la prevención y detección del proceso suicida desde su inicio, lo que contribuiría con la comprensión del suicidio y su detección temprana (Gallego, 2009).

Existen múltiples factores asociados a la ideación suicida. Normalmente la evidencia se ha centrado en aspectos psicosociales. Sin embargo, recientemente se ha encontrado una asociación entre el comportamiento suicida y mecanismos neurobiológicos con anomalías en el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, sistema serotoninérgico, vías de transducción de señales y marcadores inflamatorios (Sarchiapone et al., 2016). En cuanto a los factores psicológicos, estudios con adolescentes han encontrado que a mayor depresión, mayor riesgo de ideas suicidas (Ceballos-Ospino et al., 2015; Duarte Vélez et al., 2012). De igual manera, el ánimo negativo, la anhedonia (Siabato et al., 2017), pensamientos disfuncionales, bajo auto-concepto, pobres estrategias de manejo saludables (Duarte Vélez et al., 2012) y baja autoestima (Ceballos-Ospino et al., 2015; Siabato et al., 2017) se han asociado con la ideación suicida. Más recientemente, se ha encontrado que el uso patológico del internet podría incrementar la ideación suicida en la adolescencia (Serrano et al., 2017).

En el contexto universitario, entre las variables demográficas y socioeconómicas, se ha encontrado que menores niveles de clasificación económica presentan mayor ideación suicida (Dos Santos et al., 2017). En cuanto al sexo existen resultados inconsistentes. Por un lado, se encuentra que los varones tienen mayor ideación suicida (Mustaffa et al., 2014; Shaheen & Jahan, 2017) mientras que por otro lado, se reporta lo contrario (Blandón et al., 2015; Eskin, 2016; Vélez et al., 2017; Zhai et al., 2015). Se ha encontrado también que existe mayor ideación suicida en estudiantes que se declaran homosexuales o bisexuales en comparación con los estudiantes declarados heterosexuales (Dos Santos et al., 2017; Silva et al., 2015). En relación al consumo de sustancias, se encuentra que los universitarios con problemas de alcohol tienen más riesgo de ideación suicida (Dos Santos et al., 2017; Lamis et al., 2016). Más recientemente, se

encuentra una asociación entre no poner en práctica ninguna religión y la presencia de ideación suicida (Dos Santos et al., 2017).

Dentro de las variables psicológicas, una de las más importantes es la depresión (Astocondor et al., 2019, Dos Santos et al., 2017; Mustaffa et al., 2014; Siabato & Salamanca, 2015), hallándose también en universitarios del contexto peruano (Astocondor et al., 2019). Algunas otras variables asociadas a la ideación suicida en universitarios son el bajo rendimiento académico (Shaheen & Jahan, 2017), percibir que se tiene pocas posibilidades de ser feliz en el futuro, sentir que la muerte podría generar alivio (Astocondor et al., 2019), la impulsividad, eventos vitales estresantes, dependencia emocional (Siabato & Salamanca, 2015), no tener trabajo y conocer a alguien cercano que cometió suicidio (Blandón et al., 2015).

Por otro lado, se encuentra que también existen factores protectores de la ideación suicida, tales como sentido de autoeficacia, autoestima, bienestar subjetivo, habilidades sociales, y soporte social, siendo este último uno de las más estudiados y relevantes (Owusu-Ansah et al., 2020; Pereira et al., 2018).

En cuanto a las relaciones interpersonales, se encuentra que estas pueden desempeñar una doble función: como fuentes de estrés y como fuente de apoyo (Camara et al., 2017). Se encontró que para los universitarios en el último año, el no tener una buena relación con el padre se asocia significativamente con tener mayor ideación suicida (Blandón et al., 2015) como también sentir que no son tomados en cuenta por su familia (Astocondor et al., 2019), vivir lejos de casa y vivir solo (Gonçalves et al., 2014). De esta manera, las dificultades relacionadas a las relaciones interpersonales parecerían ser un factor de riesgo importante en la ideación suicida (Ploskonka & Servaty-Seib, 2015).

El soporte social también llamado apoyo social se puede definir como una red social que proporciona recursos psicológicos y materiales que contribuyen a sobrellevar el estrés (Cohen, 2004). Diversas teorías han postulado la interacción entre estrés y soporte social de las cuales resaltan dos. El modelo de amortiguación del estrés sugiere que el soporte social disminuye los efectos negativos de los eventos estresantes (Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985). Por su parte, el modelo del efecto principal también llamado el Modelo de Beneficios Generales de Apoyo Social (Rueger et al., 2016) sugiere que el soporte social provee efectos positivos en la salud psicológica y física indistintamente de la situación, sea estresante o no, a través de una mayor sensación de bienestar, afecto positivo y otras variables positivas (Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985). En conjunto, se considera que las relaciones cálidas y de cuidado están asociadas con una mayor salud y bienestar en todas las etapas de vida (Applebaum et al., 2014; Feeney & Collins, 2015).

Este constructo se ha analizado y medido de múltiples maneras (Chu et al., 2010; Tardy, 1985). Usualmente, se consideran tres tipos de soporte: instrumental, informativo y emocional. El instrumental, se basa en la ayuda material o tangible (e.g. asistencia financiera); el informativo, en brindar información con respecto a un problema que puede incluir ayudar a otro a comprender un evento estresante (Taylor, 2011); y el emocional que implica expresiones empáticas de confianza y cuidado (Cohen, 2004). Además, existen dos tipos principales de apoyo social, el recibido y el percibido. El apoyo recibido es la cantidad de comportamientos de apoyo, otorgados por otro (Haber et al., 2007) y el apoyo percibido es la satisfacción y conexión con el apoyo (Schwarzer et al., 1994). En particular, el tipo de apoyo que los adolescentes prefieren dar y recibir es el emocional y es importante para ellos que haya una coincidencia entre las necesidades y el apoyo recibido de la persona para que el apoyo sea satisfactorio (Camara et al., 2017).

En cuanto a las fuentes de apoyo, usualmente se conceptualizan dos tipos de redes: informal y formal. La red informal refiere a las interacciones cercanas en donde existe un lazo emocional, por ejemplo, familia y amistades. La red formal, se da mayormente en grupos más amplios; por ejemplo, en organizaciones y centros de salud, la duración varía en función del tiempo que una persona se quede en la red (Aranda & Pando, 2013; Thoits, 2011). En la adolescencia el apoyo social se ve modificado debido a la importante transición de las relaciones parentales a las de los pares (Cassidy, 2016). Además, a medida que se va avanzando hacia la adultez joven las relaciones románticas se vuelven importantes (Connolly et al., 2014).

En un meta-análisis realizado por Rueger et al. (2016) encontraron que el apoyo percibido de la familia y el apoyo del grupo general de compañeros de adolescentes, fueron las fuentes de soporte más relevantes para contrarrestar la depresión en la adolescencia en comparación con el apoyo de los maestros y el apoyo de amigos cercanos. Se halló ciertas particularidades entre los adolescentes tempranos y tardíos, en ambos grupos el soporte social familiar es un factor relevante. Sin embargo, en cuanto al apoyo del grupo general de compañeros y el de maestros, se encontró que es más importante en adolescentes tempranos que en tardíos probablemente debido al contexto escolar. En cuanto a los amigos cercanos, contrario a lo esperado, se da más importancia en la adolescencia temprana. Otras variables reportadas en adolescentes acerca del soporte social percibido como factor protector, incluyen la reducción de la probabilidad de autolesiones no suicidas (Christoffersen et al., 2015) y el menor estrés (Glozah & Pevalin, 2014).

En el contexto universitario, se encuentran discrepancias con respecto a los beneficios del soporte social de la familia. Se ha reportado que el soporte social de amigos, y no el de la pareja ni de la familia, amortiguó la asociación entre el estrés percibido y la soledad (Lee &

Goldstein, 2016). No obstante, cuando el estrés se mantuvo constante, se encuentra que el soporte social de amigos y de parejas románticas contribuyen a disminuir la percepción de soledad a diferencia del soporte social familiar (Lee & Goldstein, 2016). Sin embargo, Schnettler et al. (2015) encontraron que el apoyo familiar recibido a través de recursos económicos se relaciona con la satisfacción con la vida, mientras que el apoyo familiar de recursos sociales (e.g. soporte emocional) se relaciona con la felicidad de los estudiantes universitarios. Asimismo se ha reportado que en universitarios con altos niveles de apoyo social la relación entre estrés y depresión disminuye (Wang et al., 2014).

En cuanto a la asociación entre soporte social e ideación suicida en universitarios, el soporte social, es una necesidad básica que disminuiría los efectos de las tensiones psicológicas, actuando como moderador importante entre las tensiones resultantes de las presiones de la vida y el comportamiento suicida (Lew et al., 2020). Se ha encontrado que en universitarios las pobres estructuras y relaciones familiares están fuertemente relacionadas con ideas suicidas (Cortés et al., 2020; Zhai et al., 2015). Es así que Luna (2019), encontró que en esta población los factores de riesgo de la ideación suicida estaban relacionados con el control paterno, y por el contrario los factores protectores estaban relacionados con el cuidado parental. Por su parte, Hollingsworth et al. (2018) encontraron que la falta de soporte social en estudiantes universitarios podría llevar a la percepción de ser una carga para los demás, lo que a su vez podría llevar a la ideación suicida. Es así que los autores sugieren que no hay un efecto directo de la falta de apoyo social en la ideación suicida, sino más bien, tiene su efecto en la ideación suicida a través de la percepción de la carga. Por su parte, Shaheen y Jahan (2017) encontraron que, en universitarios, a menor apoyo social percibido de la familia, amigos y otros significativos, mayor ideación suicida. Sin embargo, al analizar las cargas predictivas en el modelo de regresión jerárquico, se encontró que es el soporte familiar, el que es un predictor significativo de la ideación suicida, tanto en general como en hombres y mujeres. Además, encontraron que la asociación entre el estrés y la ideación suicida variaba de acuerdo al soporte familiar. Lo cual coincide con la investigación de Gonçalves et al. (2014), en donde se encontró que estudiantes de educación superior con redes de apoyo social y familiar bajos reportan mayor severidad de ideación suicida. De igual manera, se ha encontrado que en universitarios con altos niveles de soporte social la relación entre síntomas depresivos y desesperanza se atenúa, y reduce la probabilidad de presentar ideación suicida (Lamis et al., 2016). Por último, Shenouda y Basha (2014) encontraron que para mujeres universitarias el estrés percibido es un predictor de la ideación suicida, mientras que para hombres tanto el estrés percibido como el bajo soporte social son predictores de la ideación suicida.

De todo lo visto anteriormente, se puede decir que el suicidio es una problemática de salud mental importante especialmente entre adolescentes tardíos y adultos jóvenes debido a que están en una etapa de tránsito hacia la vida adulta lo que los hace particularmente vulnerables a las expectativas del entorno (OMS, 2014, 2017; Turecki & Brent, 2016). Las nuevas experiencias junto con la presiones sociales, los desafíos propios de la adolescencia y las demandas del contexto universitario, abren la posibilidad de que el adolescente presente comportamientos de riesgo como la ideación suicida (Buendía et al., 2004; Capuzzi & Golden, 2013; Franco et al., 2017; Pacheco & López, 2016), habiéndose reportado altas tasas de ocurrencia en población universitaria (Blandón et al., 2015; Chai et al., 2015; Dos Santos et al., 2017; Estocando et al., 2019; Perales al., 2019). Por otro lado, estudios señalan que un factor relevante en la disminución del riesgo de la ideación suicida es el soporte social, tanto de la familia (Shaheen & Jahan, 2017), como de amigos o pares (Gonçalves et al., 2014; Hollingsworth et al., 2018; Lamis et al., 2016; Shenouda & Basha, 2014).

A pesar de la relevancia del tema, en el Perú no se ha realizado ninguna investigación específica sobre la asociación entre ambos constructos en población universitaria. Conocer si existe dicha relación será útil para la visibilización y comprensión de la problemática y para los esfuerzos de prevención de intento o conducta suicida en universitarios. Por lo tanto, el propósito principal de estudio es conocer la posible relación existente entre el soporte social percibido y la ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Además, como objetivo específico se plantea explorar la ideación suicida y el soporte social percibido en función del sexo, edad, religión, pareja, enfermedad física y salud mental.

Método

Participantes

La muestra de este estudio se realizó con 276 estudiantes de ambos sexos de una universidad privada de Lima Metropolitana. Se recolectó información personal con una ficha sociodemográfica (Apéndice A). Las edades oscilaron entre los 18 y 28 años, con una edad media de 20.34 ($DE=1.80$), de los cuales 147 (53.3%) fueron mujeres y 129 (46.7%) hombres. La mayoría de participantes se encuentra entre el primer y séptimo ciclo (70.3%) y el 28.3% pertenecen a la facultad de Psicología, y son la mayoría de los participantes. En cuanto a otros datos relevantes, el 73.2% nació en Lima y el resto en provincia. Asimismo, el 62.0% tiene alguna religión, el 15.2% trabaja, el 92.0% vive al menos con una persona, el 38.4% señala tener pareja, el 13.8% reportó tener alguna enfermedad física grave y el 15.6% indicó tener algún diagnóstico de salud mental. Por último, en cuanto al rendimiento, el 58.7% señala tener un rendimiento regular, 37.7% un buen rendimiento y 3.6% un mal rendimiento.

Cabe resaltar que, a los participantes se les entregó un consentimiento informado (Apéndice B) en donde se detalló las consideraciones éticas como el carácter anónimo y la confidencialidad. Asimismo, todos los participantes accedieron voluntariamente a participar del estudio. Al finalizar se entregó a cada participante una ficha informativa (Apéndice C y D) con centros disponibles encargados de brindar orientación psicológica. De la misma manera, se ofreció la disponibilidad de los servicios en la instancia de apoyo estudiantil del centro de estudios.

Medición

Para la medición del **soporte social** se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), creado por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) en su versión adaptada en Perú por Juárez (2018). La escala es un instrumento de auto-informe compuesta por 12 ítems, 4 ítems por dimensión, que evalúa la percepción del soporte social proveniente de tres fuentes: familia (e.g. “Mi familia realmente intenta ayudarme”), amigos (e.g. “Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías”) y otras personas significativas (e.g. “Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos”). Se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos en donde 1= “Nunca” y 5= “Siempre”. Los puntajes por cada escala oscilan entre 4 y 20, mientras que el puntaje total tiene un rango posible entre 12 y 60 en donde a más alto puntaje indica una mayor percepción del soporte social.

La versión original fue realizada en estudiantes universitarios cuyas edades oscilaron entre los 17 y 22 años de edad. A través del análisis factorial confirmatorio (AFC) se encontró una estructura de tres factores. Se reportó la consistencia interna obteniendo una adecuada

confiabilidad para la escala total y las sub-escalas. Además, se realizó el método test-retest obteniendo adecuada estabilidad a través del tiempo; y validez divergente, correlacionando negativamente las escalas del MSPSS con medidas de ansiedad y síntomas depresivos (Zimet et al., 1988).

Por su parte, Juárez (2018) realizó la adaptación del MSPSS en universitarios de San Juan de Lurigancho. La muestra contó con la participación de 214 universitarios cuyas edades oscilaban entre 18 y 44 años de edad. Se realizó una adaptación lingüística por 4 jueces expertos y 10 participantes en donde se optó por modificar dos ítems y las opciones de respuesta en donde 1= “Nunca” y 5= “Siempre”. Se utilizó el método de la estimación de máxima verosimilitud (MLE) y se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC). Como se esperaba, se encontró una estructura trifactorial. En relación al índice de confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente omega, .88 para el soporte familiar, .94 para el soporte de amigos y .86 para el soporte de otras personas significativas.

El MSPSS se ha reportado como un instrumento confiable en países como Estados Unidos (Canty-Mitchell & Zimet, 2000), Sudáfrica (Bruwer et al., 2008), Tailandia (Wongpakaran et al., 2011), Chile (Mosqueda et al., 2015) y Colombia (Trejos et al., 2018). En el Perú, Espinoza (2016) en su investigación sobre Facebook, soporte social y satisfacción en universitarios obtuvo una confiabilidad a través del alfa de Cronbach de 0.91. De la misma manera, Yupanqui (2016) en su estudio sobre las propiedades psicométricas de la escala MSPSS realizada en población geriátrica en Trujillo, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.92 para la escala total, .91 para las escalas de apoyo familiar y otros significativos, y .90 para el apoyo de amigos. Demostrando en todas las investigaciones un alto nivel de consistencia interna para el MSPSS.

En el presente estudio, se encontraron niveles adecuados de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .89 para la escala total, .84 para el soporte familiar, .91 para el soporte de amigos, y .88 para el soporte de otras personas significativas. (Apéndice G). Asimismo, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) obteniéndose un KMO de 0.88 y una prueba de esfericidad de Barlett significativa ($\chi^2=1948.08$, $p<.001$). Se especificaron 3 factores de extracción y se utilizó la rotación Varimax. La solución factorial resultante explicó el 74.10% de la varianza y, en general, los 3 factores albergaban la mayoría de cantidad de ítems propuestos para cada dimensión en la versión original.

Para la medición de la **ideación suicida** se utilizó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI (Osman et al., 1998) en la versión en español adaptada por Villalobos-Galvis (2009) en estudiantes colombianos. El PANSI es un instrumento de auto-reporte de 14 ítems que evalúa tanto los aspectos positivos de la ideación suicida ($n=6$) referidos

a los factores protectores (e.g. “¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?”) en los que se incluye el sentido de control, la autoconfianza, las expectativas positivas, la alegría y la satisfacción con la vida (Villalobos-Galvis, 2009), como los negativos ($n=8$) considerados como factores de riesgo (e.g. “¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?”). En las indicaciones se indica a la persona que brinde su respuesta de acuerdo a sus pensamientos en las últimas dos semanas incluyendo el día actual y que responda en una escala tipo Likert de 4 puntos en donde 1= “Nunca” y 4=“Siempre” (Cárdenas, 2016). Para la escala positiva los puntajes oscilan entre 6 y 24, mientras que para la escala negativa se encuentran entre 8 y 32. Cabe resaltar que los ítems positivos se invierten para el cálculo del puntaje global de ideación suicida, en donde a más alto puntaje mayor ideación. Además, como parte de la adaptación al contexto, en este estudio, se cambió la palabra “colegio” por “universidad”. Asimismo, se cambió la palabra “matarte” por “quitarte la vida” para evitar la sensibilización de los participantes. Este instrumento también podría ayudar a identificar a los adultos jóvenes en riesgo de intentos suicidas (Osman et al., 1998).

En la versión original del inventario PANSI, Osman et al. (1998) realizaron dos estudios con estudiantes universitarios para la elaboración de la escala. En el primero, se encontró una estructura bifactorial con 8 ítems para el factor de ideación negativa y 6 para el factor de ideación positiva. El segundo estudio, ratificó la estructura bifactorial y la adecuada confiabilidad. Además, para aumentar la validez, evaluó la validez concurrente con medidas de riesgo e ideación suicida de otros autores y la validez predictiva con medidas de desesperanza y malestar psicológico.

Villalobos-Galvis (2009) realizó la versión en español y adaptación con población colombiana. La muestra contó con la participación de 643 estudiantes de instituciones de educación secundaria y superior cuyas edades oscilaban entre los 10 y 30 años con una edad promedio de 16.8. Se realizó la medida de adecuación Kayser-Meyer-Olkin ($KMO=0.93$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 5581.48$, $gl = 91$, $p < .001$) comprobando la aplicación del análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación oblicua. El resultado del AFE comprueba la estructura bifactorial la cual se mantiene en mujeres, hombres, bachilleres y universitarios como para la muestra completa, en donde ambos componentes explican el 63.8% de la varianza. En relación al índice de confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de .90 para el total del inventario, .93 para ideación suicida negativa, siendo el primer factor y .84 para ideación suicida positiva.

Además, para la validez convergente los resultados mostraron que el inventario PANSI y sus sub-escalas se correlacionan positivamente con medidas de depresión, desesperanza e

ideación suicida. Mientras que, para la validez divergente se correlacionó negativamente con la autoestima.

El PANSI ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en población normativa (Osman et al., 2003) y en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Osman et al., 2002). Así también se ha reportado como un instrumento confiable en Colombia (Avendaño et al., 2018), Malasia (Sinniah et al., 2015), China (Chang et al., 2009) y Nigeria (Aloba et al., 2018). En el Perú, Cárdenas (2016) utilizó el inventario PANSI en su investigación sobre ideación suicida, afrontamiento y satisfacción familiar en adolescentes, obteniendo como resultado un alfa de Cronbach de .72 para la escala total. Más recientemente Luna (2019), en su investigación sobre el vínculo parental y factores de riesgo y protección de ideación suicida en universitarios, obtuvo también un alfa de Cronbach confiable de .92 para la escala total.

En el presente estudio, se encontró niveles adecuados de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de .93 para la escala total PANSI, .84 para la escala de ideación positiva y .95 para la escala de ideación negativa (Apéndice F). Asimismo, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) obteniéndose un KMO de 0.93 y una prueba de esfericidad de Barlett significativa ($\chi^2 = 2752.22, p < .001$). Se especificaron 2 factores de extracción y se utilizó la rotación Varimax. La solución factorial resultante explicó el 66.84% de la varianza y, los 2 factores albergaban todos los ítems propuestos para cada dimensión en la versión original.

Procedimiento

Se presentó el estudio a la comisión encargada de la aprobación de los proyectos de investigación en las facultades de letras y ciencias en donde se especificó el propósito del estudio y las consideraciones éticas. Se procedió a aplicar los protocolos en las aulas en los horarios de clase asignados, previo acuerdo con el docente. La invitación se realizó de manera verbal antes del comienzo de cada clase. Además, se enfatizó que la participación es voluntaria sin tener ninguna incidencia sobre el área académica. Cada protocolo constó del consentimiento informado, ficha de datos, el inventario de ideación suicida y finalmente la escala de soporte social. Al finalizar la aplicación se otorgó a cada participante una ficha informativa con los centros donde acudir en caso de necesitar ayuda psicológica (Apéndice C).

Como medida preventiva se realizó un plan de contención emocional en caso algún participante en el momento de la aplicación se sintiera sensibilizado por las preguntas en los cuestionarios y lo refiera a la tesista. Para ello, hubo la posibilidad de acudir al servicio de apoyo estudiantil del centro de estudios para que un profesional de salud pueda brindar soporte emocional. En el presente estudio, no se presentó ningún caso.

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS, versión 22, para analizar los datos obtenidos en el estudio. En primer lugar, se llevó a cabo los análisis descriptivos de tendencia central y dispersión de los datos sociodemográficos de los participantes y de las variables de estudio. Luego, se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk siendo las distribuciones no normales (ver Apéndice E).

En segundo lugar, para responder a los objetivos de estudio se llevó a cabo los análisis principales de asociación entre el soporte social y la ideación suicida. Siendo las distribuciones de las variables no normales, se utilizó el índice de correlación de Spearman. Para los análisis de contraste de grupos, se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney y para determinar la magnitud de diferencia de utilizó el *r* de Rosenthal.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos del estudio. En primer lugar, se muestran los datos descriptivos de la ideación suicida y soporte social, luego el análisis entre las variables de estudio y los datos sociodemográficos. Finalmente, se muestran las correlaciones entre la ideación suicida y soporte social.

En la tabla 1 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión para el soporte social, escala global y dimensiones.

Tabla 1

Datos Descriptivos para Soporte Social

| Soporte social | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|----------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| SS global | 3.93 | 4.00 | 0.66 | 1.50 | 5.00 |
| Familia | 3.78 | 4.00 | 0.83 | 1.50 | 5.00 |
| Amigos | 3.99 | 4.00 | 0.84 | 1.00 | 5.00 |
| Otros | 4.02 | 4.00 | 0.84 | 1.25 | 5.00 |

En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión para la ideación suicida, escala global y dimensiones.

Tabla 2

Datos Descriptivos para Ideación Suicida

| Ideación suicida | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| IS global | 1.60 | 1.43 | 0.50 | 1.00 | 3.93 |
| IS negativa | 1.37 | 1.06 | 0.60 | 1.00 | 4.00 |
| IS positiva | 3.08 | 3.17 | 0.50 | 1.00 | 4.00 |

En cuanto a los análisis con variables sociodemográficas, se encontró una diferencia significativa según sexo en soporte social de otros significativos, $U=8033$, $p = .03$, con las mujeres mostrando un mayor puntaje ($Mdn = 4.25$, $DE = 0.87$) que los hombres ($Mdn = 4.00$, $DE = 0.80$). La magnitud de esta diferencia fue pequeña ($r=.13$). Asimismo, se encontró una diferencia significativa en ideación suicida global, $U=7996$, $p = .02$, siendo nuevamente las mujeres quienes puntuaron más alto ($Mdn = 1.50$, $DE = 0.53$) que los varones ($Mdn = 1.36$, $DE = 0.45$) con un efecto pequeño ($r= .14$).

En cuanto a la edad, se encontró una correlación positiva significativa, aunque baja entre edad y soporte social de amigos ($r = .16$; $p < .01$). Con respecto a la religión, como se aprecia en la tabla 3, los que reportaron tener alguna religión tienen una mayor percepción de soporte social que aquellos que indicaron no tener ninguna religión, excepto en el soporte de amigos.

Tabla 3

Diferencias en Soporte Social según Religión

| Soporte social | Tiene religión | | U | Z | p | r |
|----------------|----------------|---------------|--------|-------|-------|-----|
| | No (n=105) | Sí (n=171) | | | | |
| | Mdn | Mdn | | | | |
| SS global | 3.92 | 4.08 | 7093.5 | -2.93 | <.001 | .18 |
| Familia | 3.50 | 4.00 | 6345.5 | -4.11 | <.001 | .25 |
| Amigos | 4.00 | 4.00 | 8722.0 | -0.40 | .70 | .02 |
| Otros | 4.00 | 4.25 | 7508.0 | -2.30 | .02 | .14 |

En cuanto a la relación de pareja, se encontró que los participantes que tenían una relación sentimental reportaron mayor puntaje en la escala global *de soporte social*, la dimensión de *soporte de otros significativos* y la dimensión de *ideación suicida positiva*. Por el contrario, los participantes que reportaron no tener pareja, tuvieron mayor puntaje en la *escala global de ideación suicida* y en la *dimensión de ideación suicida negativa* (ver tabla 4).

Tabla 4

Diferencias en Soporte Social e Ideación Suicida según Tener Pareja o No

| | Tiene pareja | | U | Z | p | r |
|-------------|---------------|---------------|--------|-------|-------|-----|
| | No (n=170) | Sí (n=106) | | | | |
| | Mdn | Mdn | | | | |
| SS global | 3.92 | 4.25 | 6971.0 | -3.17 | <.001 | .19 |
| Familia | 4.00 | 3.88 | 8989.5 | -0.32 | .98 | .02 |
| Amigos | 4.00 | 4.25 | 8342.5 | -1.04 | .29 | .06 |
| Otros | 4.00 | 4.50 | 5012.0 | -6.25 | <.001 | .38 |
| IS global | 1.50 | 1.36 | 7004.5 | -3.12 | <.001 | .19 |
| IS negativa | 1.13 | 1.00 | 7450.5 | -2.59 | .01 | .16 |
| IS positiva | 3.08 | 3.25 | 7263.0 | -2.73 | .01 | .16 |

Por otro lado, se encontró que, $U=3691$, $p < .05$ ($Z= -1.95$), los participantes que reportaron tener una enfermedad física ($Mdn = 1.25$, $DE = 0.61$) tuvieron una tendencia de efecto pequeño ($r= .12$) a tener un más puntaje más alto en la dimensión de *ideación suicida negativa* que los participantes que no reportaron enfermedad física ($Mdn = 1.00$, $DE = 0.60$).

Con respecto a la variable de salud mental, se encontró que los participantes que no reportaron tener algún diagnóstico puntuaron más alto en la escala global de soporte social y en sus dimensiones. Así como también en la dimensión de *ideación suicida positiva*, siendo este los factores protectores de la ideación suicida. Por el contrario, los que reportan tener algún diagnóstico, puntúan más alto en la escala global de ideación suicida y en la dimensión de *ideación suicida negativa* (ver tabla 5).

Tabla 5

Diferencias en Soporte Social e Ideación Suicida según Diagnóstico de Salud Mental

| | Diagnóstico de salud mental | | U | Z | p | r |
|-------------|-----------------------------|-----------|--------|-------|-----------------|-----|
| | No (n=233) | Sí (n=43) | | | | |
| | Mdn | Mdn | | | | |
| SS global | 4.08 | 3.50 | 3248.0 | -3.67 | <.001 | .22 |
| Familia | 4.00 | 3.25 | 2814.0 | -4.59 | <.001 | .28 |
| Amigos | 4.00 | 3.75 | 4065.0 | -1.98 | .048 | .12 |
| Otros | 4.25 | 3.75 | 3754.0 | -2.63 | .01 | .16 |
| IS global | 1.43 | 1.93 | 2177.5 | -5.91 | <.001 | .36 |
| IS negativa | 1.00 | 1.88 | 2762.0 | -5.00 | <.001 | .30 |
| IS positiva | 3.17 | 2.67 | 2688.0 | -4.86 | <.001 | .29 |

Según el rendimiento académico, se encuentran diferencias significativas en todas las variables de estudio, excepto en soporte social de amigos (Apéndice F). Se encontró que los participantes que reportaron tener un buen rendimiento tienen mayor percepción de soporte global, de otros significativos e ideación suicida positiva que los participantes que reportaron tener regular y mal rendimiento. Por el contrario, los participantes que reportaron tener un mal rendimiento tuvieron mayor nivel de ideación suicida que los participantes con regular y buen rendimiento. Además, puntúan menos en soporte familiar que los de buen y regular rendimiento (ver tabla 6).

Tabla 6

Diferencias en Soporte Social e Ideación Suicida según Rendimiento Académico

| | Rendimiento | | | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|-------------|
| | Bueno | Regular | Malo | | | | | | |
| | (<i>n</i> =104) <i>Mdn</i> | (<i>n</i> =162) <i>Mdn</i> | (<i>n</i> =10) <i>Mdn</i> | | | | | | |
| SS global | 4.08 | 4.00 | 3.58 | 7071.5 | .03 | 161.0 | <.001 | 384.5 | .01 |
| Familia | 4.00 | 4.00 | 3.00 | 7466.0 | .12 | 222.0 | <.001 | 402.0 | .01 |
| Amigos | 4.25 | 4.00 | 3.88 | 7612.0 | .18 | 398.0 | .22 | 695.5 | .45 |
| Otros | 4.50 | 4.00 | 3.50 | 6818.0 | .01 | 199.0 | <.001 | 468.0 | .02 |
| IS global | 1.36 | 1.50 | 2.14 | 5931.5 | <.001 | 175.5 | <.001 | 392.0 | .01 |
| IS negativa | 1.00 | 1.13 | 1.81 | 7227.5 | .04 | 235.5 | <.001 | 474.5 | .02 |
| IS positiva | 3.33 | 3.00 | 2.25 | 5852.5 | .001 | 156.0 | <.001 | 350.0 | .001 |

Por añadidura, se encontró que los participantes que vivían al menos con una persona tenían una mayor puntuación en la escala global y dimensiones *de soporte social*, y en la dimensión de *ideación suicida positiva*. Por el contrario, los que reportaron vivir solos, puntúan más en la escala global de ideación suicida (ver tabla 7).

Tabla 7

Diferencias en Soporte Social e Ideación Suicida según se Vive con Alguien o No

| | Vive con alguien | | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>P</i> | <i>r</i> |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------|----------|----------|-------------|----------|
| | No | Sí | | | | |
| | (<i>n</i> =22) <i>Mdn</i> | (<i>n</i> =254) <i>Mdn</i> | | | | |
| SS global | 3.54 | 4.08 | 1520.5 | -3.55 | .00 | .21 |
| Familia | 3.38 | 4.00 | 2089.0 | -1.97 | .049 | .12 |
| Amigos | 3.50 | 4.00 | 1695.5 | -3.08 | .00 | .19 |
| Otros | 3.25 | 4.25 | 1557.0 | -3.47 | .00 | .21 |
| IS global | 1.68 | 1.43 | 1867.0 | -2.59 | .01 | .16 |
| IS negativa | 1.31 | 1.00 | 2240.5 | -1.65 | .10 | .10 |
| IS positiva | 2.75 | 3.17 | 1838.0 | -2.68 | .01 | .16 |

En cuanto al ciclo, se halló que los participantes que estaban entre el quinto y onceavo ciclo ($Mdn = 4.08$, $DE = 0.64$) tenían mayor puntuación en la escala global de soporte social $U=5429$, $p= 0.02$ ($Z= -2.42$) que los participantes de los primeros cuatro ciclos ($Mdn = 3.83$, $DE = 0.68$). Para el lugar de nacimiento y trabajo, no se encontraron resultados significativos entre las variables de estudios.

Finalmente, con respecto al objetivo general, la tabla 8 muestra los resultados de la correlación entre soporte social e ideación suicida. Como se aprecia se encontró que para la escala total de ideación suicida hay una correlación inversa y moderada con la escala total de soporte social y soporte familiar, además, de correlaciones inversas y bajas con el soporte de amigos y de otros significativos. Por el contrario, se hallaron correlaciones directas y bajas entre la ideación suicida positiva y la escala total de soporte social. Por último, se encontró una correlación directa y baja entre la ideación suicida positiva y el soporte social de amigos, familia y de otros significativos.

Tabla 8

Correlaciones entre Soporte Social e Ideación Suicida

| | IS global | IS negativa | IS positiva |
|----------------------|----------------|----------------|---------------|
| SS global | -.44*** | -.35*** | .42*** |
| Familia | -.40*** | -.31*** | .35*** |
| Amigos | -.31*** | -.24*** | .31*** |
| Otros significativos | -.36*** | -.28*** | .36*** |

*** $p < .001$

Discusión

A continuación, se discutirán los resultados obtenidos en el presente estudio. En primer lugar, se analizarán las variables de estudio y los datos sociodemográficos correspondientes a los objetivos específicos. Luego, la relación entre el soporte social percibido e ideación suicida en universitarios de Lima Metropolitana correspondiente al objetivo principal. Por último, se señalarán las limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones.

De manera general, en el presente estudio se encontró que el 15.6% de los participantes habían tenido pensamientos suicidas alguna vez en su vida, 10.5% en el último año y 7.6% en el último mes. Ello va en concordancia con las altas tasas de ideación suicida encontradas a nivel mundial en universitarios y en adolescentes y adultos jóvenes (Blandón et al., 2015; Dos Santos et al., 2017; OMS, 2014; Zhai et al., 2015). De manera particular en Lima, en el estudio realizado por Perales et al. (2019), se encontró un mayor nivel de prevalencia con 22.4%, pero una menor cifra en la prevalencia del último año con 8.2%. Esto puede deberse a diferencias en la recolección muestra; no obstante, ambas revelan altos índices de ideación.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres tenían una diferencia significativa en el soporte de otros significativos en comparación con los hombres. Esta dimensión tiene relación con percibir que existe una persona especial que está disponible y con la que se puede expresar las preocupaciones personales (e.g. “existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos”). Una posible explicación es que desde edades tempranas se forman diferencias entre hombres y mujeres en la forma relacionarse, siendo parte de esta socialización que las mujeres muestren mayor expresión emocional (Chaplin, 2015). Es decir, los varones no expresarían abiertamente sus sentimientos y no permitirían la expresión de vulnerabilidad y dolor; sin embargo, se ha encontrado que este pensamiento actualmente no es tan rígido y los varones adolescentes serían más reflexivos y críticos respecto a la masculinidad (Way et al., 2014), lo cual podría explicar el efecto pequeño, siendo un resultado que no se puede generalizar.

Asimismo, se encontró que las mujeres puntuaban más en la ideación suicida global, con una diferencia significativa pero pequeña. Lo cual coincide con el estudio epidemiológico realizado por Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM, 2013) en donde la población adolescente y adulta femenina mostraban mayores indicadores de ideación suicida en comparación con los hombres. En universitarios, la literatura muestra resultados inconsistentes, por un lado algunos autores (Blandón et al., 2015; Eskin, 2016; Vélez et al., 2017; Zhai et al., 2015) coinciden con los resultados del presente estudio. No obstante, otros señalan que los hombres tendrían mayor ideación suicida (Mustaffa et al., 2014; Shaheen

& Jahan, 2017). Cabe resaltar que, si bien en la ideación suicida existen discrepancias, en el suicidio consumado son los hombres quienes tienen mayor índice (OMS, 2014).

Con respecto a la edad, se encontró que a mayor edad aumentaba la percepción de soporte de amigos. Igualmente se halló que los participantes que estaban entre el quinto y onceavo ciclo tenían mayor puntuación en soporte social que los participantes de los primeros cuatro. Carstensen (1987) dentro de su teoría de la selectividad socio-emocional, refiere que a medida que se va aumentando la edad y en particular cuando se avanza de la adolescencia hacia la adultez, las personas suelen darle más importancia a las relaciones sociales significativas e íntimas. Es decir, se irían consolidando relaciones más duraderas y con mayor significado emocional. Por lo que, hacia principios de la vida adulta, coincidentemente cuando los jóvenes están en la universidad, se esperaría que vayan formando redes más sólidas mediante la socialización en el campus o grupo de trabajos (Bronkema & Bowman, 2017).

En cuanto a la religión, se encontró que aquellos que tenían alguna percibían mayor soporte de la familia y de otros significativos que aquellos que no reportaron alguna creencia religiosa. La religión y espiritualidad forman parte de la experiencia humana y ha estado presente a lo largo de toda la historia (Zinnbauer & Pargamento, 2005). Dentro de sus beneficios se encuentran que promueven la salud mental a través de las creencias y estrategias de afrontamiento positivas, así como también brindando mayor sensación de bienestar y calidad. Lo que se asocia con menores niveles de estrés, depresión, ansiedad y suicidio (AbdAleati et al., 2016; Galek et al., 2015; Weber & Pargament, 2014). Además, de manera particular, la religión le brinda a los creyentes sentido de pertenencia a la comunidad y percepción de apoyo social (Weber & Pargament, 2014). En ese sentido, las congregaciones religiosas tienen el objetivo de integrar a sus miembros en una comunidad sólida. Sin embargo, los estudios también demuestran que más allá del ámbito religioso, la participación religiosa tiene un impacto en las redes sociales de apoyo en general (Hayward & Krause, 2014). Esto se explicaría ya que la religión impactaría de manera positiva como factor protector y promotor de la salud frente a la vida de las personas afectando así a sus relaciones familiares, de pareja, entre otras (Salgado, 2014).

No obstante, en el presente estudio, independientemente de la creencia religiosa o no, no existirían diferencias en la percepción del soporte de amigos. Esto se podría explicar debido a que la amistad podría ser un aspecto significativo de la vida de los jóvenes independientemente de las preferencias religiosas. En ese sentido, los amigos podrían ser fuente importante de soporte siendo cruciales en distintas temáticas para los jóvenes (Rawlins, 2017). Lo cual también coincide con el estudio de Lee y Goldstein (2016) en donde solo el soporte de amigos

amortiguaba la asociación entre el estrés percibido y la soledad, no siendo el caso del soporte familiar y de parejas románticas.

Además, se encontró que los participantes que tenían una relación de pareja tenían mayor puntaje en soporte social global y soporte de otros significativos, con un efecto mediano. Por el contrario, los participantes que reportaron no tener pareja, tuvieron mayor puntaje la ideación suicida global y negativa con un efecto pequeño. Desde los inicios de la adolescencia hacia la edad adulta, las relaciones de pareja empiezan a tener más relevancia (Qualter et al., 2015). Por lo que, los otros significativos podrían estar referidos a la pareja, debido a la etapa de vida en la que se encuentran los participantes. Las personas que están en una relación romántica perciben tener mayor compañía y tener con quien compartir aspectos personales, presentando menor soledad (Adamczyk & Segrin, 2015; Lee & Goldstein, 2016).

Además, la evidencia señala que las relaciones románticas aumentan la red de contactos debido a los amigos de la pareja, lo que podría contribuir con una percepción de mayor soporte social, así como también existiría un soporte de los amigos de la pareja cuando habría dificultades en la relación (Adamczyk, 2015; Etcheverry, Le, & Charania, 2008). Adamczyk (2015), en su estudio con universitarios, también encontró que los estudiantes que mantienen una relación romántica percibían un mayor soporte de otros significativos en comparación con los universitarios solteros. En relación a los participantes que no tienen relación amorosa y reportan significativamente mayor ideación suicida global y negativa, esto podría explicarse debido a la importancia que tendrían las relaciones románticas a medida que se va avanzando hacia la adultez joven (Connolly et al., 2014). Como se mencionó anteriormente la pareja brinda soporte emocional, por lo que, los adultos jóvenes, al no tener un compañero íntimo, y siendo importante en la etapa en la que se encuentran consolidar relaciones amorosas, ello en conjunto podría ponerlos en riesgo para ideas suicidas.

Además, se encontró que los participantes que estaban en una relación de pareja, mostraban mayor puntaje en la dimensión de ideación suicida positiva, escala que involucra percibir mayor sensación de control, autoconfianza, esperanza, alegría y satisfacción con la vida. (Villalobos-Galvis, 2009). Esto va acorde a lo mencionado anteriormente, ya que las parejas románticas pueden ser fuente de bienestar, si en estas priman adecuados niveles de calidad en donde la pareja pueda desarrollarse y tener un apego seguro (Gómez-López et al., 2019; Yu et al., 2015). No obstante, es importante mencionar la ruptura o baja calidad de las relaciones románticas pueden ser también un factor de riesgo para la ideación suicida y comportamiento suicida en general (Kazan et al., 2016). Lo cual es respaldado por diversos autores (Price et al.,

2016; Till et al., 2017). En ese sentido, parecería que en la presente población priman los aspectos positivos de la relación de pareja.

Por otro lado, los participantes que reportaron tener una enfermedad física tuvieron una tendencia de efecto pequeño a puntuar más en la ideación suicida negativa. Existe literatura que respalda la asociación entre las condiciones médicas y tendencias suicidas, siendo estas un factor de riesgo (Druss & Pincus, 2000). De manera particular, esto sucede frecuentemente con las enfermedades físicas crónicas ya que las personas percibirían futuras pérdidas (Karasouli et al., 2014). En el caso de la presente muestra, se encuentra que la mayoría de los participantes reportan enfermedades no letales. No obstante, la relación entre la ideación suicida y la presencia de alguna enfermedad física se mantiene. Ello probablemente debido a que según Druss y Pincus (2000) tener una condición médica involucra factores intermedios como discapacidad temporal y/o funcional, interrupción del soporte social por la propia enfermedad o el dolor percibido.

En cuanto a la salud mental, los participantes que no reportaron tener algún diagnóstico tuvieron más puntaje en la escala global de soporte social, en sus dimensiones y en la dimensión de ideación suicida positiva. Por el contrario, los que reportan tener algún diagnóstico, puntúan más alto en la escala global de ideación suicida y en la dimensión de ideación suicida negativa, ambos con un efecto mediano. En la presente muestra se encuentra que el problema de salud mental con mayor prevalencia reportado por los participantes son los síntomas en conjunto de ansiedad y depresión, seguido por síntomas depresivos y ansiosos por separado. Ello coincide con diversos estudios en donde se destaca a la depresión como una de las variables psicológicas más importantes relacionadas a la ideación suicida en universitarios (Astoccondor et al., 2019, Dos Santos et al., 2017; Mustaffa et al., 2014; Siabato & Salamanca, 2015).

Igualmente, en relación a la ansiedad, se encuentra que esta constituye un factor que incrementa el riesgo suicida, más allá de que no exista comorbilidad con la depresión. No obstante, diagnósticos mixtos como la depresión y ansiedad, proporcionan un riesgo adicional y resulta más problemático (García & Aroca, 2014; Norton et al., 2008). Asimismo, aunque la depresión y ansiedad suelen ser los problemas de salud mental más vinculados, existe en general una comorbilidad psiquiátrica que actúa como un factor de riesgo para la ideación suicida y el comportamiento suicida en general. No obstante, es importante tener en cuenta que este varía de acuerdo al tipo de trastorno (OMS, 2014). Cabe resaltar, que los participantes del presente estudio no constituyen una población en riesgo. Además, según Bedoya y Montaña (2016) el 90% de los suicidios consumados tuvieron un trastorno de salud mental asociado, demostrando el importante factor de riesgo que podría ser tener un problema de salud mental. En ese sentido, resulta alarmante e importante abordar este tema desde un problema de salud pública.

En cuanto al desempeño académico, se encontró que los participantes que reportaron tener un buen rendimiento tienen mayor percepción de soporte global, de otros significativos e ideación suicida positiva que los participantes que reportaron tener regular y mal rendimiento. Por el contrario, los participantes que reportaron tener un mal rendimiento tuvieron mayor nivel de ideación suicida global y negativa que los participantes con regular y buen rendimiento. Así como también menor percepción de soporte familiar que los de buen y regular rendimiento.

Esto coincide con el estudio realizado por Shaheen y Jahan (2017) en donde el bajo rendimiento académico estaba relacionado con mayores niveles de ideación suicida (Shaheen & Jahan, 2017). De igual manera en estudios posteriores se ha encontrado que el burnout académico es un factor de riesgo para la ideación suicida en universitarios (Jimenez & Caballero, 2021). En cuanto al soporte social y rendimiento, existe literatura que respalda al soporte social como moderador de los efectos del estrés que podría existir en el ámbito académico (Feldman et al., 2008).

Por añadidura, se encontró que los participantes que vivían al menos con una persona puntuaron más en soporte social y sus fuentes y en la ideación suicida positiva. Por el contrario, los que reportaron vivir solos, puntuaron más ideación suicida global. El vivir solo hace referencia a la ausencia de miembros en el hogar, existe amplia literatura que manifiesta la importante asociación entre la soledad y vivir solo, aunque no suceda ello en todos casos (Victor et al., 2000). Se ha encontrado evidencia de que adultos jóvenes que viven solos tienen menos niveles de bienestar que los que viven con alguien (Raymo, 2015). Los resultados de este estudio coinciden con los de Gonçalves, Sequeira, Duarte y Freitas (2014) en donde universitarios que vivían solos tenían mayor ideación suicida.

Con respecto al objetivo general, se encontró que el soporte social correlacionaba inversamente con la ideación suicida con una fuerza mediana. Es decir, se propone que el apoyo social actuaría como factor protector frente a la ideación suicida. Cabe resaltar que existen múltiples causas relacionadas al comportamiento suicida, así como también es importante tener en cuenta que estas no explican la totalidad del comportamiento suicida; sin embargo, existe una asociación significativa que resulta importante tomar en cuenta (INSM, 2013).

Los resultados coinciden con la teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2005) que plantea la conexión social como un factor protector para los comportamientos suicidas. Las relaciones interpersonales otorgan aspectos positivos mejorando el bienestar mental y físico (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985). Asimismo, proporcionan recursos psicológicos que contribuyen a sobrellevar el estrés (Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985). En general las relaciones cálidas y de cuidado están asociadas con una mayor salud y

bienestar en todas las etapas de vida (Applebaum et al., 2014; Feeney & Collins, 2015). De manera particular en la etapa de transición de la adolescencia tardía hacia la adultez joven, estas tienen un rol fundamental y una relación importante con su bienestar (Lee et al., 2018).

El nuevo desafío de entrar en un contexto universitario, factores estresantes de índole personal, académico y/o económico pueden convertirse en contexto para desarrollar un comportamiento suicida, y es el soporte social quien contribuye como amortiguador del estrés (Buendía et al., 2004; Capuzzi, & Golden, 2013; Franco et al., 2017; Pacheco & López, 2016; Çivitci, 2015; Lee, & Goldstein, 2016).

En ese sentido, lo encontrado en este estudio va acorde con la evidencia sostenida por diversos autores. Shaheen y Jahan (2017) en un estudio similar, encontraron que los universitarios que percibían menor soporte percibido de la familia, amigos y otros significativos tenían mayor ideación suicida. Más aún, en el modelo de regresión jerárquica, los autores encontraron que estudiantes que perciben mayor apoyo social manejan mejor el estrés y reportan menor ideación suicida. De la misma manera, Lamis et al. (2016) hallaron que en universitarios con altos niveles de soporte social la relación entre síntomas depresivos y desesperanza se atenúa, y reduce la probabilidad de presentar ideación suicida.

De manera particular, se encontró que la asociación entre el soporte familiar y la ideación suicida tuvo una correlación inversa con una fuerza mediana en comparación con las otras fuentes de soporte, quienes tuvieron una fuerza pequeña. Además, tuvo una correlación positiva y mediana con los factores protectores de la ideación suicida. Esto se podría explicar debido a que si las relaciones con la familia son estables y duraderas, y además, si estas son de alta calidad mostrarían disponibilidad permanente, lo cual ayudaría a los jóvenes a sobrellevar los momentos de tensión (Thomas et al., 2017). Además, se ha asociado el alto apoyo familiar percibido con el bienestar (Brooks, 2015; Schnettler et al., 2015). Sin embargo, si las relaciones familiares se muestran problemáticas, ello podría generar situaciones estresantes (Thomas et al., 2017).

Estudios en universitarios han encontrado que estudiantes que no tienen una buena relación con el padre, tienen pobres relaciones familiares o perciben bajo apoyo familiar tienen mayor ideación suicida (Blandón et al., 2015; Shaheen & Jahan, 2017; Zhai et al., 2015). Más aún, se encontró que, bajo el modelo de amortiguación del estrés, Shaheen y Jahan (2017) específicamente el bajo apoyo familiar exagera la asociación entre estrés e ideación suicida (Astocondor et al., 2019; Shaheen & Jahan, 2017).

En ese sentido, estos resultados en el contexto universitario resultan importantes de abordar e investigar ya que las estructuras familiares y la percepción de apoyo, influyen también en el afrontamiento de las experiencias universitarias en general (Brooks, 2015).

Además, dentro de las fuentes de soporte, el apoyo de otros significativos también correlacionó inversamente con la ideación suicida y, por el contrario, correlacionó positivamente con los factores protectores de la ideación suicida. Se hipotetiza que estos en su mayoría corresponden a las relaciones de pareja, ya que conforme se avanza hacia la adultez joven las relaciones románticas se vuelven importantes, constituyendo un rol fundamental (Connolly et al., 2014; Lee, & Goldstein, 2016). De esa forma se ha encontrado que los adultos jóvenes que establecen relaciones satisfactorias y de alta calidad están asociadas a un desarrollo saludable (Gómez-López et al., 2019; Yu et al., 2015).

En cuanto al apoyo de amigos, se halló que correlacionó inversamente con la ideación suicida y de manera positiva con los factores protectores de ideación. Durante el transcurso de la adolescencia las relaciones sociales empiezan a tener una particularidad ya que se da la transición de las relaciones parentales a las de los pares (Cassidy, 2016). En adultos jóvenes, las relaciones con los amigos parecen tener efectos positivos en el bienestar general (Mental Health Foundation, 2016). La amistad se ha relacionado con la validación, el apoyo y la felicidad (Demir et al., 2014). Particularmente las investigaciones se han centrado en el soporte de amigos en la adolescencia, teniendo estas como resultados que tener un amigo cercano actúa como factor protector frente a las ideas suicidas (Ahmad et al., 2014). En el contexto universitario, Lee y Goldstein (2016) proponen que el soporte de amigos en la etapa universitaria actuaría como amortiguador de situaciones estresantes. Por lo tanto, fomentar la formación de nuevos amigos que brinden apoyo emocional cuando lo necesiten, resulta importante para adaptarse al contexto universitario, aspecto que se recomendaría promover, de manera particular durante los primeros años de transición debido al cambio de colegio a universidad (Buote, 2007).

En conclusión, el soporte social actuaría como un factor protector en relación a la ideación suicida. Por el contrario, una falta de soporte social se asocia al aumento de ideación suicida (Fredrick et al., 2018; Ploskonka & Servaty-Seib, 2015). Cabe resaltar que, debido a la complejidad del comportamiento suicida no se puede afirmar que este vaya en un continuo desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado ya que dependen de múltiples factores (Vélez et al., 2017). Así mismo, se ha encontrado que la mayoría de personas con ideación suicida no comete el suicidio (May & Klonsky, 2016). No obstante, sí se puede afirmar que el estudio del soporte social como factor protector de la ideación suicida, ofrece mayor conocimiento sobre aspectos preventivos antes que se forme la ideación o para disminuir su impacto una vez ya instalada (INSM, 2013).

En cuanto a las limitaciones, se encuentra que en este estudio si bien se contempla la percepción de soporte social de tipo emocional, no incluye otros tipos de apoyo como

instrumental e informativo (Taylor, 2011), por lo que se recomendaría realizar una investigación con un instrumento más amplio, que incluya los tres tipos de soporte, emocional, instrumental e informativo (Taylor, 2011), para evaluar la relevancia y diferencias en asociación con la ideación suicida.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, se encuentra que las teorías más aceptadas actualmente incluyen el modelo de amortiguación del estrés en la ideación suicida (Cohen, 2004; Cohen & Wills, 1985), por lo que es importante que en una investigación futura se incluya esta propuesta. Asimismo, en cuanto al soporte social las investigaciones presentadas en este estudio proponen que no tiene un efecto directo sobre la ideación suicida sino más bien este se da a través de otras variables como por ejemplo síntomas depresivos o estrés, actuando, así como un moderador importante (Lew et al., 2020). En ese sentido, se recomendaría también incluir este modelo en futuros estudios. Por último, el soporte social hoy en día tiene diferentes formas de efectuarse, con el uso de las tecnologías las relaciones sociales han ido cambiando. Por lo que, sería relevante incluir este aspecto en futuros estudios para ver de qué forma se relaciona con la ideación suicida.

Como sugerencias se podría plantear que en el contexto universitario se fomenten espacios de socialización en donde se puedan crear vínculos, como por ejemplo espacios de esparcimiento o actividades de integración. Asimismo, hacer del suicidio una temática de la que se pueda discutir en espacios propuestos por la universidad tales como conversatorios, ya que el tabú en torno a la temática del suicidio impide que se comente abiertamente sobre este (OMS, 2012). A partir de este estudio, se pretende contribuir a la literatura sobre la ideación suicida en el soporte social en universitarios.

Referencias

- Adamczyk, K., & Segrin, C. (2015). Perceived social support and mental health among single vs. partnered Polish young adults. *Current Psychology*, 34(1), 82-96.
- Ahmad, N., Cheong, S. M., Ibrahim, N., & Rosman, A. (2014). Suicidal ideation among Malaysian adolescents. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 26, 63S-69S.
- Aloba, O., Adefemi, S., & Aloba, T. (2018). Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Initial psychometric properties as a suicide risk screening tool among Nigerian university students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.1177/1179557317751910>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299-306.
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245.
- Astocondor, J. V., Ruiz, L. E., & Mejía, C. R. (2019). Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(1), 53-58.
- Avendaño, B., Pérez, M., Vianchi, M., Martínez, L., & Toro, R. (2018). Propiedades psicométricas del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1), 27-39.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). The Guilford Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicide intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*, 9(2), 179-201.
- Blandón, O. M., Carmona, J. A., Mendoza, M. Z., & Medina, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Bronkema, R. H., & Bowman, N. A. (2017). Close campus friendships and college student success. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 21(3), 270-285.
- Brooks, J. E. (2015). The impact of family structure, relationships, and support on African American students' collegiate experiences. *Journal of Black Studies*, 46(8), 817-836.

- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Buendía, J., Vidal, J. B., & Riquelme, A. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.
- Buote, V. M., Pancer, S. M., Pratt, M. W., Adams, G., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., & Wintre, M. G. (2007). The importance of friends: Friendship and adjustment among 1st-year university students. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 665-689.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58-72.
- Camara, M., Bacigalupe, G., & Padilla, P. (2017). The role of social support in adolescents: Are you helping me or stressing me out? *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(2), 123-136.
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391-400.
- Capuzzi, D., & Golden, L. (2013). *Preventing adolescent suicide*. Routledge.
- Cárdenas, R. M. (2016). *Ideación suicida, afrontamiento y satisfacción familiar en adolescentes de instituciones educativas* [Tesis de doctorado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2444>
- Carstensen, L. L. (1987). Age-related changes in social activity. En L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 222-237). Pergamon.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Castro Osorio, R., Maldonado Avendaño, N., & Cardona Gómez, P. (2020). Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de medicina en Colombia: Un estudio de simulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.001>
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Chang, H. J., Lin, C. C., Chou, K. R., Ma, W. F., & Yang, C. Y. (2009). Chinese version of the positive and negative suicide ideation: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1485-1496. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05005.x>

- Chaplin, T. M. (2015). Gender and emotion expression: A developmental contextual perspective. *Emotion Review*, 7(1), 14-21.
- Christoffersen, M., Mohl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. (2015). Non-suicidal self-injury. Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106-116.
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645.
- Çivitci, A. (2015). The moderating role of positive and negative affect on the relationship between perceived social support and stress in college students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 15(3), 565-573.
- Cohen, S. (2004). Social relationship and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Connolly, J., McIsaac, C., Shulman, S., Wincentak, K., Joly, L., Heifetz, M., & Bravo, V. (2014). Development of romantic relationships in adolescence and emerging adulthood: Implications for community mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(1), 7-19.
- Cortés Aguirre, D., Muñoz Alarcón, J. L., & Ardila Duarte, J. O. (2020). *Principales causas de ideación suicida en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18105>
- Demir, M., Özen, A., & Procsal, A. D. (2014). Friendship and happiness. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 2359-2364.
- Dos Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & de Paulo, P. M. C. (2017). Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2878.
- Druss, B., & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives of Internal Medicine*, 160(10), 1522-1526.
- Duarte Vélez, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2), 1-16.

- Eskin, M., Sun, J. M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., ... Hamdan, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Archives of Suicide Research, 20*(3), 369-388.
- Espinoza, N. (2016). *Uso de Facebook, soporte social y satisfacción con la vida en universitarios limeños* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7438>
- Etcheverry, P. E., Le, B., & Charania, M. R. (2008). Perceived versus reported social referent approval and romantic relationship commitment and persistence. *Personal Relationships, 15*(3), 281-295. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00199.x>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review, 19*(2), 113-147.
- Feldman, L., Goncalves, L., Puignau, G. C. C., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Paulo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica, 7*(3), 739-752.
- Franco, S. A., Gutiérrez, M. L., Sarmiento, J., Cuspoca, D., Tatis, J., Castillejo, A., ... Rodríguez, C. I. (2017). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004-2014. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*, 269-278.
- Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K., & Dorio, N. B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools, 55*(5), 490-505.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Siltan, N. R., & Jankowski, K. R. (2015). Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality, 7*(1), 1.
- Gallego, L. V. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia* (Vol. 4). Universidad de Deusto.
- García, E. B., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental, 37*, 373-380.
- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública, 42*, e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, 10*(2), 22-31.

- Glozah, F. N., & Pevalin, D. J. (2014). Social support, stress, health, and academic success in Ghanaian adolescents: A path analysis. *Journal of Adolescence*, 37(4), 451-460.
- Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2415.
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Duarte, J., & Freitas, P. (2014). Suicide ideation in higher education students: Influence of social support. *Atención Primaria*, 46, 88-91.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.
- Hayward, R. D., & Krause, N. (2014). Religion, mental health, and well-being: Social aspects. En V. Saroglou (Ed.), *Religion, personality, and social behavior* (pp. 255-280). Psychology Press.
- Hollingsworth, D. W., Shish, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., Rasmussen, K. A., O'Keefe, V. M., ... Grant, D. M. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American College Health*, 66(1), 9-16.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao: Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-397. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/>
- Jimenez, M., & Caballero, C. (2021). La salud general percibida y su asociación al síndrome de burnout académico e ideación suicida en universitarios colombianos. *Psicogente* 24(45), 1-16. <https://doi.org/10.17081/psico.24.45.3878>
- Joiner T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Juarez, J. A. (2018). *Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en universitarios de San Juan de Lurigancho, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/30398>
- Kazan, D., Caezar, A. L., & Batterham, P. J. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 585-598.
- Kim, Y. H., Yang, M. S., & Park, H. R. (2015). A study on a relationship between university students life stress and suicidal ideation: Mediating effect of mental health. *Journal of Digital Convergence*, 13(11), 291-301.
- Kõlves, K., & Leo, D. (2017). Suicide methods in children and adolescents. *European Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 26(2), 155-164. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0865-y>
- Lamis, D., Ballard, E., May, A., & Dvorak, R. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: The mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 919-932.
- Lee, C. Y. S., & Goldstein, S. E. (2016). Loneliness, stress, and social support in young adulthood: Does the source of support matter? *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 568-580.
- Lew, B., Chistopolskaya, K., Liu, Y., Talib, M. A., Mitina, O., & Zhang, J. (2020). Testing the strain theory of suicide—The moderating role of social support. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(2), 82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000604>
- López Guzmán, C. I., Mendivelso Díaz, J. S., & Narvaez Junca, Y. (2020). *Ideación suicida en estudiantes universitarios*. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Luna, F. (2019). Vínculo parental y factores de riesgo y protección de ideación suicida en universitarios [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/17234>
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5-20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12136>
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5-20.
- Mental Health Foundation (May 2016) *Relationships in the 21st century*. Mental Health Foundation
- Mosqueda, A., Mendoza, S., Jofré, V., & Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(3), 125-136.
- Mustaffa, S., Aziz, R., Mahmood, M. N., & Shuib, S. (2014). Depression and suicidal ideation among university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 4205-4208.
- Nock, M. K., Borges, G., & Ono, Y. (Eds.). (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press.
- Norton, P. J., Temple, S. R., & Pettit, J. W. (2008). Suicidal ideation and anxiety disorders: elevated risk or artifact of comorbid depression? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 515-525.

- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Desarrollo en la adolescencia: Un periodo de transición de crucial importancia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global health estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. OMS.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S., & Linden, S. C. (2002). The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 512-530.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 493-512.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 983–793. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>
- Owusu-Ansah, F. E., Addae, A. A., Peasah, B. O., Oppong Asante, K., & Osafo, J. (2020). Suicide among university students: Prevalence, risks and protective factors. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 220-233.
- Pacheco, B. E., & Lopez, P. P. (2016). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47-55.
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., ... Padillah, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 28-33.

- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. D. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciencia & Saude Coletiva*, *23*, 3767-3777.
- Pérez, J., Osnaya, M., & Clatempa, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: Un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, *22*(1), 63-74.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15*(2), 196-217.
- Pfeffer, C. R. (2006). Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En J. M. Wiener & M. K. Dulcan (Eds.), *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 901-913). Masson.
- Ploskonka, R. A., & Servaty-Seib, H. L. (2015). Belongingness and suicidal ideation in college students. *Journal of American College Health*, *63*(2), 81-87. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.983928>.
- Price, M., Hides, L., Cockshaw, W., Staneva, A., & Stoyanov, S. (2016). Young love: Romantic concerns and associated mental health issues among adolescent help-seekers. *Behavioral Sciences*, *6*(2), 9.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., ... Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>.
- Rawlins, W. (2017). *Friendship matters*. Routledge.
- Raymo, J. M. (2015). Living alone in Japan: Relationships with happiness and health. *Demographic Research*, *32*, 1267.
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1226-1232.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *142*(10), 1017-1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, *2*(1), 121-159.

- Salirrosas, C., & Saavedra, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 160-167.
- Sarchiapone, M., D'Aulerio, M., & Iosue, M. (2016). Suicidal ideation, suicide attempts and completed suicide in adolescents: Neurobiological aspects. En W.P. Kaschka & D. Rujescu (Eds.), *Biological aspects of suicidal behavior* (Vol. 30, pp. 11-20). Karger.
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G., & Grunert, K. G. (2015). Family support and subjective well-being: An exploratory study of university students in southern Chile. *Social Indicators Research*, 122(3), 833-864.
- Schwarzer, R., Hahn, A., & Schröder, H. (1994). Social integration and social support in a life in crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 685-706.
- Serrano, M. B., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... Wasserman, D. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104.
- Shaheen, H., & Jahan M. (2017). Student stress and suicidal ideation: The role of social support from family, friends, and significant others. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 6(9), 21-32.
- Shenouda, E., & Basha, S. (2014). Resilience, social support, and stress as predictors of suicide ideation among public universities students in Egypt. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 7(8), 37-66.
- Siabato Macías, E. F., & Salamanca Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81.
- Silva, C., Chu, C., Monahan, K. R., & Joiner, T. E. (2015). Suicide risk among sexual minority college students: A mediated moderation model of sex and perceived burdensomeness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 22.
- Silverman, M. M. (2016). Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviors. En R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (pp. 11-35). John Wiley & Sons.
- Sinniah, A., Oei, T. P., Chinna, K., Shah, S. A., Maniam, T., & Subramaniam, P. (2015). Psychometric properties and validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, 6, 1934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01934>
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4(2), e15.

<https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>

- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202. <https://doi.org/10.1007/BF00905728>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. En H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189-214). Oxford University Press.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging*, 1(3), 1-11. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>
- Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*, 38(1), 7-16. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000407>
- Trejos, A. M., Bahamón, M. J., Alarcón, Y., Vélez, J. I., & Vinaccia, S. (2018). Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support in Colombian adolescents. *Psychosocial Intervention*, 27(1), 56-63. <https://doi.org/10.5093/pi2018a1>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227-1239.
- Valdivia-Pareja, Á. E. (2007). Vacío existencial y riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad borderline. *Persona*, 10, 179-197. <https://doi.org/10.26439/persona2007.n010.918>
- Vélez Pérez, D., Maldonado Santiago, N., & Rivera Lugo, C. I. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 34-44.
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Validity and reliability of the Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory, in Colombian students. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 41.
- Way, N., Cressen, J., Bodian, S., Preston, J., Nelson, J., & Hughes, D. (2014). "It might be nice to be a girl... Then you wouldn't have to be emotionless": Boys' resistance to norms of masculinity during adolescence. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 241.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363
- Windfuhr K., Steeg, S., Hunt, I. M., & Kapur, N. (2016). International perspectives on the epidemiology and etiology of suicide and self-harm. En R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (pp. 36-60). John Wiley & Sons.

<https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch2>

- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 7, 161.
- Yu, R., Branje, S., Keijsers, L., & Meeus, W. (2015). Associations between young adult romantic relationship quality and problem behaviors: An examination of personality–environment interactions. *Journal of Research in Personality*, 57, 1-10.
- Yupanqui, M. (2016). *Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet en una población geriátrica de un Centro de Adulto Mayor en Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional de la UPN. <http://hdl.handle.net/11537/13168>
- Zhai, H., Bai, B., Chen, L., Han, D., Wang, L., Qiao, Z., ... Yang, Y. (2015). Correlation between family environment and suicidal ideation in university students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1412-1424. <https://doi.org/10.3390/ijerph120201412>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). The Guilford Press.



Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

El presente estudio es realizado por Cindy Quito, estudiante de último año de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, quien está llevando a cabo un proyecto de tesis. El objetivo del estudio es conocer la relación entre las razones para vivir y el soporte social en estudiantes universitarios.

Si accedes a participar, se te pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios cuya duración es entre 15 y 20 minutos. La información que se recoja será estrictamente confidencial y será tratada de manera anónima. De la misma manera, la información no podrá ser analizada para ningún otro propósito que no sea la del presente estudio. Existe la posibilidad de que reacciones emocionalmente a alguno de los ítems de los cuestionarios. En ese caso, **comunicalo a la persona encargada para conocer las alternativas de recibir apoyo psicológico luego de la participación.**

De estar interesado/a podrá haber una devolución de resultados de manera oral y en grupo. No obstante, no se podrá brindar ningún tipo de información individual ya que los datos serán analizados de manera grupal y anónima.

Si tuvieras alguna duda con relación a los cuestionarios, tienes la libertad de formular las preguntas que consideres pertinentes. Además, puedes finalizar tu participación en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para ti.

Para cualquier información sobre el estudio o sobre la devolución de resultados, puedes contactarse con la tesista a través del correo: cindy.quito@pucp.pe Si tienes alguna consulta general sobre ética en la investigación, puede comunicarte con el Comité de Ética de la Investigación, etica.investigacion@pucp.edu.pe

Firma del / de la participante

Firma de la investigadora

Apéndice B
Ficha de datos

Datos personales

1. Edad: _____ años

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Lugar de nacimiento:

Lima Provincia: (especificar) _____

Extranjero *En caso de haber nacido en provincia o extranjero,
indicar el tiempo de residencia en Lima en años:

4. ¿Tienes alguna creencia religiosa? Sí No

Si marcaste "S" en la pregunta anterior, especificar religión:

Católica Evangélica Otra _____

5. ¿Actualmente trabajas? Sí No

Si marcaste "S" en la pregunta anterior, especificar el tipo de actividad u oficio que realizas y las horas trabajadas a la semana

Trabajo a medio tiempo Independiente Horas semanales _____

6. ¿Con quiénes vives actualmente? (puedes marcar más de una opción)

Con madre Con padre Con hermano(a) (s)

Abuelos/as Solo Con amigo(a) (s)

Otros (especificar) _____

7. ¿Te encuentras actualmente en una relación de pareja? Sí No

Si marcaste "S" en la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo llevas con la pareja? _____ meses

8. ¿Alguna vez has sufrido una enfermedad física grave? Sí No

Si marcaste "S" en la pregunta anterior, especificar: _____

9. En el último año, ¿has sido diagnosticado con un problema de salud mental?

Sí No

Si marcaste "S" en la pregunta anterior, especificar: _____

Datos académicos

10. ¿En qué ciclo te encuentras actualmente? _____

11. ¿En qué facultad te encuentras?

Estudios Generales Letras

Estudios Generales Ciencias

Facultad de Derecho

Facultad de Gestión y Alta Dirección

Facultad de Psicología

Facultad de Ciencias e Ingeniería

Otras (especificar) _____

12. Consideras que tu rendimiento en la universidad hasta el momento es:

Bueno

Regular

Malo

Apéndice C

Ficha informativa

Si desea contactarse con profesionales de la salud que brinden orientación psicológica puede comunicarse con los siguientes centros:

1. Oficina de Servicio de Orientación al Estudiante (OSOE)

Brinda atención psicológica a través de la orientación y acompañamiento. Los alumnos pueden conversar acerca de los temas que les generan preocupación (emocionales, académicos y sociales).

Correo: psicoped@pucep.edu.pe



2. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”

Atención especializada a las personas que estén atravesando por una situación de crisis en relación a su salud mental.

Teléfono: 01-614-9205



3. Ministerio de Salud del Perú (MINSA) – Infosalud

Línea que brinda orientación sobre dudas psicológicas y médicas las 24 horas del día. Según lo que la persona necesite se derivará con un profesional especializado.

Teléfono: 0800-1-0828

WhatsApp: 952842623



4. La voz amiga

Asociación encargada de escuchar, acoger y orientar en responder necesidades de sufrimientos, situaciones de crisis, soledad, angustia, entre otras dificultades a todas las personas 24 horas del día de forma anónima y confidencial.

Teléfono: 0800-4-1212



Apéndice D
Análisis de confiabilidad

Tabla D1

Análisis de Confiabilidad del Puntaje Global de la Escala de Soporte Social

| | Alfa de Cronbach | Número de ítems |
|-------|------------------|-----------------|
| MSPSS | .89 | 12 |

Tabla D2

Análisis de Confiabilidad de las Áreas de la Escala de Soporte Social

| | Número de ítem | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|----------------------------|----------------|--|---|
| Familia (.84) | Ítem 3 | .67 | .81 |
| | Ítem 4 | .75 | .77 |
| | Ítem 8 | .64 | .82 |
| | Ítem 11 | .67 | .81 |
| Amigos (.91) | Ítem 6 | .78 | .89 |
| | Ítem 7 | .82 | .87 |
| | Ítem 9 | .82 | .87 |
| | Ítem 12 | .76 | .89 |
| Otros significativos (.88) | Ítem 1 | .73 | .86 |
| | Ítem 2 | .75 | .85 |
| | Ítem 5 | .76 | .85 |
| | Ítem 10 | .76 | .85 |

Tabla D3

Análisis de Confiabilidad del Puntaje Global de la Escala de Ideación Suicida

| | Alfa de Cronbach | Número de ítems |
|------------------|------------------|-----------------|
| Ideación suicida | .93 | 14 |

Tabla D4

Análisis de Confiabilidad de las Dimensiones de la Escala de Ideación Suicida

| | Número de ítem | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|-------------------|----------------|--|---|
| IS Negativa (.95) | Ítem 7 | .82 | .94 |
| | Ítem 11 | .82 | .94 |
| | Ítem 10 | .83 | .94 |
| | Ítem 5 | .83 | .94 |
| | Ítem 3 | .83 | .94 |
| | Ítem 9 | .85 | .94 |
| | Ítem 1 | .81 | .94 |
| | Ítem 4 | .66 | .95 |

| | | | |
|-------------------|---------|-----|-----|
| | Ítem 14 | .69 | .81 |
| | Ítem 12 | .70 | .81 |
| IS Positiva (.85) | Ítem 6 | .65 | .81 |
| | Ítem 8 | .49 | .84 |
| | Ítem 2 | .59 | .83 |
| | Ítem 13 | .63 | .82 |



Apéndice E
Pruebas de normalidad

Tabla E1

Prueba Shapiro-Wilk de Normalidad

| Escalas | Shapiro-Wilk | | |
|----------------------|--------------|-----|----------|
| | Estadístico | gl | <i>p</i> |
| SS global | .96 | 276 | <.001 |
| Amigos | .92 | 276 | <.001 |
| Familia | .95 | 276 | <.001 |
| Otros significativos | .92 | 276 | <.001 |
| IS global | .83 | 276 | <.001 |
| IS Negativa | .68 | 276 | <.001 |
| IS Positiva | .95 | 276 | <.001 |



Apéndice F
Contraste de grupos

Tabla 6

Prueba Kruskal-Wallis según Rendimiento Académico

| | H de Kruskal- Wallis | gl | <i>p</i> |
|----------------------|-------------------------|----|----------|
| SS global | 14.94 | 2 | <.001 |
| Familia | 10.60 | 2 | .01 |
| Amigos | 2.70 | 2 | .26 |
| Otros significativos | 14.27 | 2 | <.001 |
| IS global | 25.61 | 2 | <.001 |
| IS negativa | 11.53 | 2 | <.001 |
| IS positiva | 28.35 | 2 | <.001 |

