



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Trabajo de fin de carrera titulado:**

Ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo: un estudio comparativo entre menores y mayores de 30 años en Ecuador

**Realizado por:**

Paola Carolina Chacón Yépez

**Director Metodológico:**

Msc. Aitor Larzabal

**Director Disciplinar:**

Msc. Patricia Pitta

**Como requisito para la obtención del título:**

Magister en Psicología Mención en Psicoterapia

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, **Paola Carolina Chacón Yépez**, con cédula de identidad 1716395015, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, no ha sido previamente presentado por ningún grado a calificación profesional y que se ha procesado debidamente la información utilizada en las referencias bibliográficas incluidas en el presente documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo a la **UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK**, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



Paola Carolina Chacón Yépez

C.C. 1716395015

## DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

“Ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo: un estudio comparativo entre  
menores y mayores de 30 años en Ecuador”

Realizado por:

Paola Carolina Chacón Yépez

Como un requisito para la Obtención del Título de: Magister en Psicología Mención en  
Psicoterapia

Ha sido orientado por el docente

Msc. Patricia Pitta

Quien considera que forma parte de un trabajo original de su autor



FORMA MARCADA POR:  
PATRICIA JANETH  
PITTA VARGAS

---

M.S.c.

## **Docentes Informantes:**

Después de revisar el trabajo de investigación presentado. Los docentes informantes lo han calificado como apto para su defensa oral frente a un tribunal examinador.



---

**Mayra Castillo**



---

**Gabriel Osorio**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.



Firmado electrónicamente por:  
PAOLA CAROLINA  
CHACON YEPEZ

---

Paola Carolina Chacón Yépez

C.C. 1716395015

---

Artículo de tesis

# Ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo: un estudio comparativo entre menores y mayores de 30 años en Ecuador, Trabajo final de Master

Paola Chacón <sup>1</sup>, Patricia Pitta<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maestría en Psicología con mención en psicoterapia, Fac Ciencias de la Salud, UISEK; paola.chacon@uisek.edu.ec

<sup>2</sup> Magister en neuropsicología, Patricia Pitta; patricia.pitta@uisek.edu.ec

**Resumen:** El objetivo del presente artículo es analizar la correlación entre la ideación suicida, malestar subjetivo y esperanza y realizar una comparación entre adultos ecuatorianos menores y mayores de 30 años para observar si existen diferencias entre estas poblaciones. En cuanto a la metodología se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal. El número de participantes en el estudio en total es de 1626, con una frecuencia de 689 hombres y 937 mujeres. Se aplicaron algunos cuestionarios de autoinforme como la Escala de Ideación Suicida de Paykel, La Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10) y la Escala de Esperanza Relacionada con la Salud (HERTH). Se realizó estadística descriptiva e inferencial, utilizando el programa estadístico de SPSS 30.0. En cuanto a los resultados se encontró que: existe una correlación significativa entre las variables. Además, existe una diferencia significativa entre medias de los participantes menores y mayores de 30 años. Los participantes de 30 años en adelante presentaron menos ideación suicida y malestar subjetivo y mayor esperanza. Estos hallazgos son similares a lo que se ha encontrado en la literatura, que menciona principalmente que los adultos tienen en general mejor salud mental debido a su estabilidad económica y social en comparación con los jóvenes. En conclusión, es importante tomar en cuenta la edad para las variables de ideación suicida, malestar subjetivo y esperanza ya que esto permitirá crear programas preventivos y que los índices de salud mental mejoren en los jóvenes, ya que son una población vulnerable y expuesta a algunos factores de riesgo.

**Palabras clave:** esperanza, edad, factores de riesgo, ideación suicida, malestar subjetivo.

**Abstract:** The objective of this article is to analyze the correlation between suicidal ideation, subjective discomfort and hope and to make a comparison between Ecuadorian adults those under and over 30 years of age to observe if there are differences between these populations. Regarding the methodology, a quantitative, descriptive and correlational, cross-sectional study was carried out. The number of participants in the study in total is 1626, with a frequency of 689 men and 937 women. Some self-report questionnaires were applied such as the Paykel Suicidal Ideation Scale, the Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the Health-Related Hope Scale (HERTH). Descriptive and inferential statistics were made using the SPSS statistical program 30.0. Regarding the results, it was found that: there is a significant correlation between the variables. Furthermore, there is a significant difference between the means of participants under and over 30 years of age. Participants aged 30 years and older presented less suicidal ideation and subjective distress and greater hope. These findings are similar to what has been found in the literature, which mainly mentions that adults generally have better mental health due to their economic and social stability compared to young people. In conclusion, it is important to take age into account for the variables of suicidal ideation, subjective discomfort and hope since this will allow preventive programs to be created and mental health indices to improve in young people, since they are a vulnerable population and exposed to some risk factors.

**Keywords:** hope, age, risk factors, suicidal ideation, subjective discomfort.

## **1. Introducción**

La preocupación por la salud mental en la población joven ha ido incrementado significativamente a nivel mundial. Cada vez se observan más casos de trastornos mentales y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), las tasas de suicidio han aumentado drásticamente en América Latina, siendo esta una de las principales causas de muerte. Las consecuencias de estos problemas de salud mental son graves ya que tienen un impacto tanto en la sociedad como en la economía por la falta de productividad y costos hospitalarios (Nock et al. 2008). Varios estudios han reflejado que los índices de bienestar y calidad de vida han disminuido significativamente, lo que representa un riesgo para el desarrollo social, académico y laboral de los jóvenes (Cuenca, Robladillo, Meneses & Suyo 2020). Por otro lado, existe un creciente malestar subjetivo en dicha población que suele estar acompañado por desmotivación e ideación suicida (Klonsky, May & Saffer, 2016). La ideación suicida es definida como pensamientos, contemplaciones o deseos que se relacionan con la muerte o el suicidio (Klonsky et al., 2016). Cabe mencionar que este es un fenómeno complejo ya que tiene influencia de varios aspectos tanto sociales como psicológicos, por esto es relevante estudiarla más a profundidad con el objetivo de entenderla, prevenirla y tratarla a futuro.

Las cifras sobre ideación suicida en los últimos años han sido alarmantes especialmente en la población joven. Un metaanálisis halló que en América Latina en el 2021 el 80% de los adolescentes habían tenido ideación suicida por lo menos una vez (Chacaliaza & Manrique, 2022). Otro factor muy importante para tomar en cuenta es que algunos estudios mencionan que existe mayor prevalencia de ideación suicida en jóvenes en comparación a adultos y se exponen algunos factores de riesgo, se citaran estos estudios a continuación. En un estudio poblacional realizado en Chile, se observa la disminución de la prevalencia de ideación suicida de un 35.5% en adolescentes de 15 años a un 9.7% en adultos de 25 a 34 años (Salvo & Castro, 2013). De manera similar, un estudio comparativo realizado en México entre adolescentes y adultos reportó que existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes (6.5%) en comparación a los adultos (3.5%), atribuyendo este fenómeno posiblemente a que en la población joven existe el factor de riesgo de un mayor índice de ideación suicida (Valdez et al., 2023). Otro estudio realizado en México reporta hallazgos bastante similares, en los que se menciona que la conducta suicida es mayor en este país en el rango de edad de 15 a 19 años y que la ideación suicida aumenta 12 veces la probabilidad de tener un intento alguna vez en la vida (Luna & Dávila, 2020). En México, una investigación reportó que la mayor incidencia de suicidio se observa en jóvenes adultos de entre 15 y 30 años; sin embargo, la prevalencia de este fenómeno disminuye progresivamente con el aumento de la edad (Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994 en Caldera et al., 2018). Dentro de este rango etario, el grupo de mayor vulnerabilidad corresponde a personas de entre 20 y 24 años (Rosovsky et al., 1994 en Caldera et al., 2018). Estos datos son alarmantes y recalcan la importancia de realizar más estudios específicos en Ecuador, para analizar si estas prevalencias son similares a las de algunos países de América Latina y si existen diferencias según las edades o el sexo.

Se presentarán algunos datos estadísticos sobre prevalencias de ideación suicida e intentos de suicidio en el Ecuador. En el año 2023 se registraron 1179 suicidios, siendo la tercera causa de muerte en jóvenes de 18 a 29 años, con un total de 362 fallecimientos por esta causa, que representan un 4.9% del total de defunciones para esta población (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021). Es decir, más de 1000 personas mueren al año por autolesiones y en adolescentes es una de las principales causas de fallecimiento (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021). Cabe recalcar que, el Ecuador está entre los 10 países a nivel mundial con los mayores índices de suicidio en adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2024). Según Aldaz y colegas (2021) el estado de salud mental en la población ecuatoriana es inadecuado, por condiciones socio estructurales y la falta de acceso a servicios, información y programas de promoción y prevención.

A continuación, se mencionarán algunas intervenciones y políticas públicas relacionadas con salud mental en Ecuador. La Ley Orgánica de Salud [LOS] (2006), en su artículo 14, estipula que se debe abordar la salud mental de una manera integral tomando en cuenta a las familias y comunidades. De acuerdo con la Constitución de Ecuador [Const.] (2008) artículo 85, las políticas públicas deberán garantizar los derechos de las personas y el buen vivir. Según la Constitución de la República del Ecuador [Const.] (2008), artículo 32 la salud es un derecho, por lo tanto, esta debe estar respaldada por políticas públicas económicas, sociales, ambientales y educativas, que permitan el acceso a servicios de prevención, promoción y tratamiento para toda la población. Este derecho debe estar garantizado por las autoridades tanto locales como estatales y estas deben ofrecer servicios regularizados, efectivos y de calidad (Román, 2023). Como se puede observar, a pesar de que desde el 2006 ya existían documentos normativos que promuevan la salud mental; los índices de suicidios seguían siendo elevados en el año 2023, ya que no existían proyectos o políticas públicas específicas que los respalden.

A raíz de este fenómeno social, en los últimos años se han creado políticas públicas para mejorar la salud mental de la población. A partir del 5 de enero del 2024 se oficializó la Ley de Salud mental en el Ecuador, que tiene los principales objetivos: crear lineamientos de prevención, regular la práctica profesional y fomentar el bienestar e inclusión social (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024). Uno de los principales temas de interés ha sido que los seguros deberán ofrecer cobertura para trastornos mentales. Adicionalmente, se han planteado algunas estrategias, por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública (2024) proporciona información para profesionales de salud para abordar casos de ideación suicida o en riesgo. También crearon una línea telefónica de apoyo psicológico, 171, opción 6 para casos de riesgo suicida o crisis. Por otro lado, Unicef Ecuador (2022) realizó un programa de prevención y promoción de la salud mental en adolescentes y jóvenes. Este programa tuvo el objetivo específico de brindar estrategias de prevención para conductas autolíticas y de riesgo suicida, dirigido a adolescentes y sus familiares.

Aunque el Ecuador tiene políticas públicas para abordar la salud mental todavía existen algunos inconvenientes en su aplicación. Muchos programas todavía están en etapas de planificación y desarrollo, como el programa de Política Nacional de

Salud Mental 2024-2030 del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2024). De acuerdo con un informe de la OMS y la OPS (2018) aunque se están realizando esfuerzos para aumentar el presupuesto en salud mental, en Suramérica se ha destinado únicamente el 2% del presupuesto de salud a esta área. No hay datos estadísticos aún que corroboren si los seguros se están apegando a la ley de salud mental y están ofreciendo cobertura para trastornos mentales. En el 2021 había poco acceso a servicios de salud mental debido a la falta de recursos económicos y la desinformación (Aldaz et al., 2021). Se desconoce el impacto y alcance de los programas propuestos a partir de la Ley de Salud Mental en el año 2024, ya que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos no ha publicado datos sobre el suicidio en dicho año. Las entidades públicas tampoco han publicado un reporte formal con datos sobre el alcance de estos programas. Adicionalmente, no existen muchos estudios en Ecuador sobre factores de riesgo y de protección a nivel de salud mental y tampoco hay datos específicos sobre prevalencias de algunos trastornos mentales y sus implicaciones. A pesar de que el Ecuador cuenta con normativas vigentes que se acoplan a las políticas públicas que promueven el bienestar y la prevención, los recursos, planes y estrategias priorizan el diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales, apegándose al modelo biomédico (Henaó et al, 2016). Es decir, existe una incongruencia entre los objetivos de las políticas públicas y las estrategias para llevarlas a cabo (Henaó et al, 2016). Además, estos programas tienen objetivos bastante amplios y generales como fomentar el bienestar y la inclusión social, pero no está claro el cómo lo van a realizar y si los programas satisfacen necesidades específicas sustentadas en estudios sobre factores protectores o de riesgo en el Ecuador.

Esto lleva a pensar que existe un problema en salud mental que es importante entender y abordar. Para esto es importante tomar en cuenta estudios sobre factores de riesgo, específicamente asociados con la ideación suicida e intentos que pueden llevar a la muerte. La ideación suicida se relaciona con algunos problemas de salud mental y existe alta comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión (Ropaj, 2023). Igualmente se ha asociado con problemas de salud pública, al no existir suficientes servicios de atención, diagnóstico y tratamiento tanto psicológico o farmacológico para personas en riesgo y con ideación suicida (Chacaliza & Manrique, 2022). Adicionalmente, un estudio halló que existe una mayor prevalencia de ideación suicida en adolescentes, relacionado a estructuras familiares inestables y violentas que contribuyen a un aumento de la desesperanza (Garza, Castro & Calderón, 2019). Los autores Cañón & Carmona (2018) recalcan que los jóvenes son más susceptibles a presentar ideación suicida, debido a que tienen menos herramientas de afrontamiento y menor tolerancia al malestar.

Cabe recalcar que un estudio de Botega y colegas (2005) menciona que no todas las personas con depresión tienen ideación suicida y que no necesariamente este es una variable causal, sin embargo, se ha encontrado un factor común en la ideación suicida que es la falta de esperanza o propósito de vida. La falta de esperanza es un factor de alto riesgo, ya que al alcanzar esta etapa hay una resistencia al cambio y a pedir ayuda por lo que también está bastante relacionada con comportamientos e intentos de suicidio (Botega et al., 2005). La desesperanza está ligada a ideación suicida y a un pobre estado de salud mental general (Dogra y colegas, 2011). Esta variable está asociada con una falta de recursos tanto cognitivos, sociales o emocionales para buscar opciones y

soluciones, lo que conlleva a un estado emocional depresivo y de malestar subjetivo intenso (Huen et al., 2018). Esta desesperanza es considerada un factor de riesgo no solo para la ideación suicida sino también para planificación e intentos, ya que la persona no cree que hay algo que le puede ayudar o servir para mejorar, cambiar o salir del estado en el que se encuentra (Huen et al., 2018).

Para poder hablar de prevención no solo se debe tomar en cuenta factores de riesgo, sino factores de protección para la ideación suicida. La esperanza se define como una visión positiva hacia el futuro y es un factor predictor tanto cognitivo como emocional para la salud y el bienestar integral (Conchas et al., 2024). Una investigación encontró que existe una correlación inversa significativa entre la esperanza y la ideación suicida en jóvenes hondureños universitarios; concluyendo que la esperanza es un factor protector para la ideación suicida (Landa, Urtecho & Aguilar, 2022). Landa y colegas (2022) mencionan que los adultos tienen más nivel de esperanza y menor ideación suicida y esto puede deberse a que establecen redes de apoyo más sólidas y encuentran un propósito de vida. Adicionalmente, se encontró que las personas que reportan tener una buena calidad de vida y que refieren tener emociones como alegría, curiosidad y felicidad, por lo general también reportan tener esperanza y un propósito de vida (Dogra, Basu & Das, 2011). Por lo tanto, la exploración de la esperanza es clave para la prevención de la ideación suicida.

Se ha encontrado que un aspecto que promueve la resiliencia es el apoyo social, cuando las personas tienen una red de apoyo tienen más índices de esperanza y logran afrontar mejor sus dificultades (Teruel & Bello, 2014). Adicionalmente, se encontró que ejercitarse y mantenerse activo es beneficioso para la salud mental, ya que permite segregar ciertos neurotransmisores como la endorfina y la serotonina, que fomentan el bienestar (Ruiz et al., 2024). El ejercicio permite desarrollar habilidades de disciplina, constancia y compañerismo y también contribuyen a crear herramientas de afrontamiento como la gratificación tardía y la tolerancia al malestar (Oliveira., 2023). Por otro lado, un estudio encontró que la terapia familiar es eficaz para prevenir conductas suicidas en adolescentes (Espinosa, 2024). Estas investigaciones permiten sustentar un abordaje que fomente la esperanza y resiliencia basado en la promoción de factores protectores para disminuir la ideación suicida y el malestar subjetivo.

Por otro lado, dentro de este trabajo de investigación, es importante mencionar la razón por la que se escogió para este estudio la edad de 30 años como punto de referencia para observar diferencias y realizar comparaciones entre menores y mayores de esta edad, con respecto a las variables de ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo. Los principales factores que llevaron a tomar esta decisión fueron resultados estadísticos encontrados en la revisión bibliográfica y en este trabajo de investigación y a aspectos neuropsicológicos relacionados con factores de protección. En cuanto a la estadística de algunos estudios, se encontró que existe una mayor prevalencia de ideación suicida y malestar subjetivo en una población que va aproximadamente de los 15 a los 30 años (Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994 en Caldera et al., 2018). La salud mental tiende a ser mejor en adultos debido a la estabilidad económica y social en comparación con los jóvenes (Garca et al., 2019).

Por otro lado, en esta investigación en el análisis de resultados, se encontró que a esta edad existe una diferencia significativa con respecto a las tres variables estudiadas. Además, según la estadística descriptiva la muestra está mayormente compuesta por

adultos jóvenes entre 18 a 24 años, por lo que se seleccionó la edad de 30 años de referencia para obtener suficientes datos para realizar los respectivos análisis, ya que a partir de esta edad el porcentaje de participantes que contestaron las escalas de Paykel de ideación suicida, HERTH de esperanza y Kessler 10 de malestar subjetivo, va disminuyendo considerablemente.

En cuanto al aspecto neuropsicológico, un factor protector para la ideación suicida y el suicidio es un desarrollo de funciones ejecutivas como: la regulación emocional, control inhibitorio y resolución de problemas (Teruel & Bello, 2014). Cabe señalar que el fin del proceso de maduración del lóbulo frontal y de las funciones ejecutivas se da aproximadamente entre los 25 a los 30 años, por lo que pasados los 20 años aumenta progresivamente la capacidad de inhibir respuestas y autorregular la conducta (Rosselli & Matute, 2012). El desarrollo de las funciones ejecutivas en la adultez puede ser una explicación de por qué las personas a mayor edad presentan mayores indicadores de salud mental como la esperanza y menores indicadores de malestar psicológico como la ideación suicida, ya que tienen mayores habilidades de afrontamiento y control de impulsos. Por esta razón, lo que se espera encontrar en el presente estudio es que exista una diferencia significativa entre los participantes menores y mayores de 30 años con respecto a la ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo.

A continuación, se expondrán los objetivos del presente trabajo de investigación.

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la ideación suicida, la esperanza y el malestar subjetivo, así como las diferencias en estas variables según la edad (menores y mayores de 30 años), en una muestra de adultos ecuatorianos, con el objetivo de identificar la población que presenta mayor nivel de riesgo y facilitar futuras intervenciones, a través de la identificación de posibles factores protectores y de riesgo.

Específico:

- Revisar los referentes teóricos con respecto a ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo.
- Analizar la correlación entre ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo.
- Analizar la diferencia de medias entre ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo entre personas menores o mayores de 30 años.

## 2. Materiales y Métodos

*Diseño:* El presente trabajo de investigación es de tipo empírico, ya que para dar respuesta al problema planteado se aplicaron cuestionarios o herramientas de investigación a los participantes del estudio y se analizaron las respuestas obtenidas (Ato, López y Benavente, 2013). Dentro del marco empírico se utilizó la estrategia asociativa y de diferencia de medias, es decir que se estudió la relación funcional que existe entre las variables de ideación suicida, esperanza, y malestar subjetivo. En cuanto al enfoque, se utilizó el método cuantitativo que permitió medir las variables mencionadas anteriormente y analizarlas al comprobar las relaciones que existen entre ellas, por lo que el alcance fue correlacional, utilizando la estadística inferencial (Hernández, 2000). Se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson con el programa SPSS, 30.0. Adicionalmente, se realizará un estudio descriptivo, con una prueba t para muestras independientes, utilizando así mismo el programa SPSS, 30.0. El corte del estudio fue transversal, es decir que se da en un momento único y específico en el tiempo (Hernández, 2000).

*Participantes:* El número de participantes en el estudio en total es de 1626, con una frecuencia de 689 hombres y 937 mujeres. Los participantes son personas de todas las provincias de Ecuador. La edad de los participantes es de un mínimo de 13 años y un máximo de 96 años, con una media de 24.28 y una desviación estándar de 7.65. En variables sociodemográficas se encuentra que en estado civil el 87.4% de los participantes son solteros, 7.9% son casados, 2,9% están en unión libre, 1.5% son divorciados y 0.2% son viudos. En nivel de estudios el 0.2% no tienen estudios. El 2.1% tienen un nivel de secundaria, el 54.6% tienen un nivel de bachillerato el 7.7% un tecnólogo, el 29.5% una licenciatura, el 4.9% una maestría y el 0.9% un doctorado. Correspondiente al número de hijos, el 85.4% no tiene hijos, el 8.1% tienen 1 hijo, el 3.7% tienen 2 hijos el 1.8% tienen 3 hijos, el 0.9% tienen 4 hijos y el 0.1% tienen 5 hijos. En situación socioeconómica, la mayoría de los participantes se encuentran en el grado 5, con un 22.9% de representación, solo el 1.2% se encuentran en el primer grado que hace referencia a la situación socioeconómica más baja y el 3.3% en el grado 10, que representa la situación socioeconómica más alta.

El muestreo que se realizó fue no probabilístico, y los criterios de inclusión fueron que: sean mayores de edad, deseen participar voluntariamente, que no sean parte de ninguna población vulnerable por parte de la comisión de ética y finalmente leer y firmar un consentimiento informado.

*Instrumentos:* Escala de Paykel. En la versión al castellano y adaptada en población peruana de Jorge Baños-Chaparro y César Ramos-Vera, 2020. Esta escala contiene 5 ítems. Su objetivo es medir específicamente la presencia, frecuencia e intensidad de pensamientos y comportamientos relacionados con la ideación suicida para evaluar el riesgo y poder ofrecer una intervención clínica. El constructo que se evalúa es ideación suicida. Las dimensiones que se toma en cuenta son: pensamientos sobre la muerte, deseos de morir, planificación suicida e intentos previos de suicidio. La escala que se utiliza es de tipo Likert, con 4 niveles siendo (0) nunca, (1) ocasionalmente, (2) frecuentemente y (3) muy frecuente. La Escala de Ideación Suicida de Paykel en la versión adaptada a población peruana muestra un Alfa de Cronbach de  $\alpha = .81$  es decir una fiabilidad adecuada. Las adaptaciones en países

de habla hispana reportan índices similares. Se encontró en los resultados de este estudio un Alfa de Cronbach de  $\alpha = .85$  lo que indica una fiabilidad adecuada.

La Escala de Esperanza Relacionada con la Salud (HERTH). los autores Martínez, Cassareto y Herth, (2012) realizaron su versión adaptada al castellano para población peruana. Esta escala contiene 10 ítems. Su objetivo es medir el nivel de esperanza en personas que enfrentan problemas de salud, evaluando su impacto en el bienestar emocional y físico. El constructo que evalúa es la esperanza relacionada con la salud. Las dimensiones consideradas son: expectativas positivas, percepción de control y optimismo ante el futuro. La escala emplea un formato tipo Likert con 5 niveles, donde (1) es totalmente en desacuerdo y (5) totalmente de acuerdo. El estudio reporta una fiabilidad con un Alfa de Cronbach de  $\alpha = .85$ , lo que garantiza consistencia interna. En este trabajo de investigación se obtuvo un valor de  $\alpha = .94$ , lo que indica una elevada consistencia interna.

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). En adaptaciones realizadas en América Latina, incluyendo México, ha mostrado resultados satisfactorios en poblaciones clínicas y generales (Vargas et al., 2011). Un estudio obtuvo las propiedades psicométricas de esta escala en una población ecuatoriana y se encontró que, si existe confiabilidad y validez en su aplicación, sin embargo, se sugiere eliminar el ítem 8, en Ecuador (Larzabal et al., 2020). La escala original contiene 10 ítems. Su finalidad es medir el grado de malestar psicológico experimentado por una persona en las últimas 4 semanas. El constructo evaluado es el malestar psicológico. Sus dimensiones incluyen síntomas de ansiedad y depresión. El formato es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde (1) es nunca y (5) todo el tiempo. El estudio de Larzabal y colegas (2020) reporta un Alfa de Cronbach  $\alpha = .91$ , si se elimina el ítem 8, lo que indica una excelente consistencia interna. En esta investigación se obtuvo un Alfa de Cronbach de  $\alpha = .93$ , es decir existe una alta fiabilidad.

*Procedimiento y análisis de resultados:* En primer lugar, se realizó una presentación del proyecto al comité de ética (CEISH-UISEK) y se obtuvo su respectiva aprobación. Se solicitaron y obtuvieron los permisos pertinentes por las respectivas autoridades. Posteriormente se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado de los participantes y se realizó reuniones explicativas sobre la aplicación de las pruebas, los riesgos y beneficios. Se aplicó las escalas psicométricas a los participantes de forma online mediante la Plataforma de Qualtrics. El tiempo de aplicación de las pruebas fue aproximadamente entre 30 a 40 minutos. El periodo de tiempo en el que se realizó el proyecto fue entre diciembre del 2023 y enero del 2024. Después se realizó una depuración de datos para proseguir con el análisis de estos mismos mediante el programa SPSS 27.

### 3. Resultados

#### 3.1. Estadística descriptiva.

**Tabla 1.** <sup>1</sup>

*Estadísticas descriptivas: Malestar subjetivo, esperanza, e ideación suicida.*

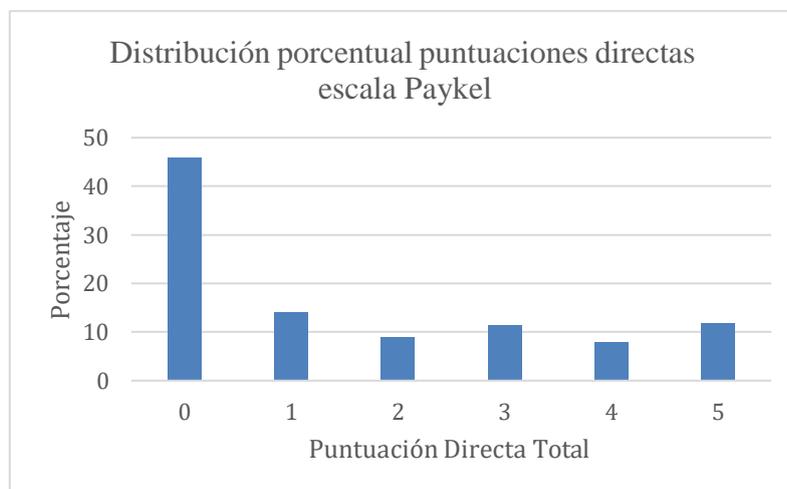
	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b>Malestar Subjetivo</b>	1479	10	50	23.87	8.94
<b>Esperanza</b>	1479	12	60	43.97	10.28
<b>Ideación Suicida</b>	1459	0	5	1.57	1.82
<b>Total</b>	1373				

De acuerdo con la Tabla 1. La percepción del malestar subjetivo ( $M = 23.87$ ,  $DE = 8.94$ ) tiene una media que no está cerca del valor mínimo de 10 o del valor máximo de 50. Por lo que la mayoría de la población no tiene altos índices de malestar subjetivo. Estos descubrimientos concuerdan con investigaciones anteriores que señalan que la mayoría de la población general no presenta niveles severos de malestar subjetivo (Kessler et al., 2002). Sin embargo, la existencia de un grupo, a pesar de ser minoritario, con niveles altos de malestar sugiere la necesidad de seguimiento y apoyo psicológico específico. Por otro lado, la esperanza evidenció un promedio superior ( $M = 43.97$ ,  $DE = 10.28$ ) en un rango de 12 a 60, lo que indica una mayor tendencia en la muestra hacia altos niveles de esperanza. Finalmente, la ideación suicida registró ( $M, 1.57$ ,  $DE = 1.82$ ) en un rango de puntuación de 0 a 5. Esto indica que, aunque sí hay personas que reportan ideación suicida, en general el valor es bajo.

<sup>1</sup> Tabla 1. *Estadísticas descriptivas: Malestar subjetivo, esperanza, e ideación suicida.*

**Tabla 2.** <sup>2</sup>*Porcentajes y frecuencias de las puntuaciones directas de la escala de ideación suicida Paykel.*

		<b>F</b>	<b>P</b>	<b>PV</b>	<b>PA</b>
Valid	<b>0</b>	670	40.1	45.9	45.9
	<b>1</b>	205	12.3	14.1	60
	<b>2</b>	129	7.7	8.8	68.8
	<b>3</b>	167	10	11.4	80.3
	<b>4</b>	114	6.8	7.8	88.1
	<b>5</b>	174	10.4	11.9	100
	Total	1459	87.3	100	
Missing	System	212	12.7		
Total		1671	100		

**Gráfico 1.***Distribución porcentual de puntuaciones directas de la escala de ideación suicida de Paykel.*

En la Tabla 2, se obtuvo que la mayoría de los participantes obtienen una puntuación de 0 (40.1%,  $n = 670$ ), lo que indica ausencia de ideación suicida. Sin embargo, el (12.3%,  $n = 205$ ) obtuvo una puntuación de 1. El (7.7%,  $n = 129$ ) de la población reportó un puntaje de 2. El (10%,  $n = 167$ ) de la población reportó una puntuación de 3. El (6.8%,  $n = 205$ ) de la población obtuvo

<sup>2</sup> Tabla 2. *Porcentajes y frecuencias de las puntuaciones directas de la escala de ideación suicida Paykel*

un puntaje de 4. El (10.4%,  $n = 174$ ) de la población obtuvo un puntaje de 5. En conjunto, el 87.3% de los participantes tienen puntuaciones entre 0 y 2, lo que sugiere que la mayoría no presenta ideación suicida significativa.

El Gráfico 1 refuerza estos hallazgos, mostrando una mayor concentración de puntuaciones en 0 y una disminución progresiva en puntuaciones más elevadas. Estos resultados coinciden con anteriores investigaciones que indican que la ideación suicida en la población general tiende a ser baja, aunque la presencia de puntuaciones elevadas resalta la necesidad de identificar y asistir a individuos que puedan estar en situación de riesgo (Paykel et al., 1974).

**Tabla 3.** <sup>3</sup>

*Estadística descriptiva de la edad de la población de estudio: valor mínimo, máximo, media y desviación estándar.*

Participantes	Min	Max	M	DE
1670	13	96	24.28	7.65

Según la Tabla 3. Se puede observar que de los 1670 participantes del estudio el valor mínimo fue de 13 y el máximo de 96 años, ( $M = 24.28$ ,  $DE = 7.65$ ). Esto quiere decir, que la mayoría de la muestra es joven. Esto podría ser una limitación ya que existen pocos datos para adolescencia temprana y adultez tardía.

### 3.1.1. Estadística inferencial

**Tabla 4.** <sup>4</sup>

*Comparación de medias entre menores y mayores de 30 años*

	<i>E</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Ideación Suicida</b>	$\geq 30$	185	0.96	1.51		
	$< 30$	1273	1.66	1.84	-4.90	<.001
<b>Esperanza</b>	$\geq 30$	197	48.39	9.14		
	$< 30$	1281	43.30	10.28	6.56	<.001
<b>Malestar subjetivo</b>	$\geq 30$	197	18.85	7.53		
	$< 30$	1281	24.63	8.89	-8.67	<.001

<sup>3</sup> Tabla 3. *Estadística descriptiva de la edad de la población de estudio: valor mínimo, máximo, media y desviación estándar.*

<sup>4</sup> Tabla 4. *Comparación de medias entre menores y mayores de 30 años*

Cómo se puede observar en la Tabla 4, existen diferencias estadísticamente significativas entre Ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo entre personas menores y mayores a 30 años. En ideación suicida ( $t = -4.90$ ;  $p < .001$ ), los mayores a 30 puntúan más bajo. En Esperanza ( $t = 6.56$ ;  $p < .001$ ), los mayores a 30 puntúan más alto. En Malestar Subjetivo ( $t = -8.$ ;  $p < .001$ ), los mayores a 30 puntúan más bajo.

**Tabla 5.**

*Matriz de correlaciones entre malestar subjetivo, esperanza e ideación suicida*<sup>5</sup>

	Esperanza	Ideación Suicida
Malestar Subjetivo	-.334**	.485**
Esperanza		-.325**

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como se puede observar en la Tabla 5, el malestar subjetivo se relaciona negativa y significativamente con la esperanza ( $r = -.334$ ;  $p < .01$ ) esto significa que los participantes que puntúan alto en malestar subjetivo puntúan bajo en esperanza y viceversa.

Por otro lado, la variable de malestar subjetivo se relaciona positiva y significativamente con la ideación suicida ( $r = .485$ ;  $p < .01$ ) lo que quiere decir que a mayores puntuaciones en malestar subjetivo, también se verá mayores puntuaciones en ideación suicida.

La variable de esperanza se relaciona negativa y significativamente con la ideación suicida ( $r = -.325$ ;  $p < .01$ ). Esto quiere decir que a mayores puntuaciones de esperanza habrá menores puntuaciones de ideación suicida y viceversa.

<sup>5</sup> Tabla 5. *Matriz de correlaciones entre malestar subjetivo, esperanza e ideación suicida*

#### 4. Discusión

El objetivo del presente estudio era encontrar si existe una diferencia significativa entre adolescentes y adultos en relación con las variables de ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo. Adicionalmente, se buscaba encontrar si existe una correlación con respecto a estas variables. Los resultados reportan que los participantes de este estudio de 30 años en adelante tenían menor ideación suicida, más esperanza, y menor malestar subjetivo. Según los resultados se encontró que estas variables sí están relacionadas. Esto quiere decir que la edad sí incide sobre estas variables y es un aspecto importante para tomar en cuenta en un futuro para realizar intervenciones a poblaciones específicas. Otros resultados que se obtuvieron es que los niveles de ideación suicida y malestar subjetivo tienden a ser bajos y los de esperanza tienen una tendencia leve hacia niveles más elevados.

Los resultados en cuanto a la edad son consistentes con el estudio de Valdez et al., (2023) que señala que la prevalencia de ideación y conducta suicida es mayor en adolescentes en comparación a los adultos. Algunas de las razones para explicar esta diferencia es la estabilidad económica y social, que está más presente en población adulta a partir de los 30 años (Garca et al., 2019). Otro factor que podría explicar este fenómeno es la estructura familiar, ya que adolescentes que viven en entornos violentos tiene mayores niveles de desesperanza e ideación suicida, en comparación con adultos que salieron de sus hogares disfuncionales (Garca et al., 2019). Asimismo, los resultados de correlación son consistentes con lo que se halló en la literatura, por ejemplo, con los resultados de la investigación de Landa et al., (2022) que encontraron que existe una relación inversa y significativa entre la esperanza y el riesgo suicida. Adicionalmente, los hallazgos de esta investigación coinciden con resultados de estudios previos que indican que el malestar subjetivo en población no clínica suele ser bajo (Kessler et al., 2002). Aunque el porcentaje de individuos que reportó alto nivel de ideación suicida en este estudio fue bajo, existe un número significativo de individuos, especialmente jóvenes que está en riesgo, por lo que sería importante realizar intervenciones preventivas para esta población.

Una de las discrepancias que se encontró, es que la investigación de Botega et al., (2005), mostró una correlación altamente significativa entre las variables de ideación suicida y malestar psicológico, mientras que este estudio mostró correlaciones entre bajas a moderadas entre ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo. Esto puede deberse a que las pruebas aplicadas no estaban estandarizadas o validadas para la población ecuatoriana. También pueden existir errores en la muestra ya que la mayoría de los participantes eran jóvenes. Algunos aspectos para tomar en cuenta son que, las pruebas fueron de autorreporte y esto puede afectar los resultados por la influencia de la deseabilidad social. El diseño no fue experimental, por lo que no se tiene control sobre las variables y no se realizaron análisis causales.

Para futuras investigaciones se sugieren muestras más diversas y representativas. Adicionalmente, se recomienda analizar factores causales o predictivos de las variables de esperanza, malestar subjetivo e ideación suicida y sus implicaciones en el bienestar y la salud tanto física como mental de los participantes. Además, sería relevante investigar factores de protección, especialmente para la ideación suicida, por el nivel de riesgo que representa y el malestar subjetivo psicológico que implica, reduciendo la calidad

de vida de los sujetos. Se recomienda realizar estudios longitudinales, para verificar si realmente el malestar subjetivo es un factor de riesgo y la esperanza un factor protector a largo plazo. Al no contar con suficientes investigaciones de análisis causal y análisis estadísticos sobre prevalencias de trastornos mentales en Ecuador, es difícil determinar factores de protección y de riesgo para la población específica de jóvenes. Por esta razón, existe un limitante al crear programas de prevención o políticas públicas, ya que éstas son muy generales y no abordan necesidades concretas de la población de riesgo anteriormente mencionada. Otra variable preocupante en este estudio fue el malestar subjetivo, ya que hubo participantes que, si reportaron niveles altos, lo que significa que cuentan con sintomatología ansiosa y depresiva. Por esta razón, sería indispensable crear estrategias de detección temprana y programas de apoyo psicológico accesible, con un foco primordial en población joven que está en mayor riesgo.

Los resultados de este estudio nos indican que la edad es un factor clave en cuanto a variables psicológicas como la ideación suicida, malestar subjetivo y esperanza. Por esto, sería importante crear programas preventivos para jóvenes que consten de algunas estrategias de tolerancia al malestar, regulación emocional, adaptación al cambio y reducción de estrés. También sería importante realizar intervenciones preventivas con las familias e instituciones educativas para abordar temas disfuncionales de adicciones o violencia, con el objetivo de reducir estos factores de riesgo. Se sugiere dar importancia a espacios recreativos, para que las personas puedan socializar y ejercitarse. Adicionalmente, se propone crear programas en instituciones educativas y espacios públicos para fomentar la socialización y la creación de redes de apoyo. Lo que se espera conseguir a largo plazo es que los jóvenes puedan mejorar su salud mental al disminuir la ideación suicida y malestar subjetivo para que cuenten con una calidad de vida óptima y bienestar que les permita ser funcionales en la sociedad.

Con el objetivo de que las políticas públicas propuestas por el Estado ecuatoriano garanticen los derechos de adquirir servicios de salud de calidad se sugiere realizar proyectos enfocados en las áreas de promoción, prevención y tratamiento para mejorar la salud mental. Es importante que estos programas no sean abordados únicamente desde el modelo biomédico, sino que se tome en cuenta la promoción del bienestar y la salud, entendiéndose a esta no únicamente como un bienestar físico sino también emocional y psicológico. Por ende, es indispensable tomar en cuenta factores protectores para realizar intervenciones de prevención en población adolescente.

Se propone que se realicen evaluaciones, controles y seguimiento de los programas y proyectos propuestos y realizados, para corroborar que se esté cumpliendo una correcta ejecución y que estos sean efectivos. Es necesario obtener datos estadísticos de la efectividad de los proyectos propuestos por entidades estatales, para analizar la posibilidad de realizar cambios o mejoras en dichas intervenciones. Adicionalmente, se debería realizar controles para asegurar que la normativa se esté cumpliendo, por ejemplo, con la cobertura de los seguros en temas de salud mental, ya que es indispensable que estos servicios sean más accesibles.

En cuanto a políticas económicas, se sugiere elevar el presupuesto destinado a salud mental, para que los proyectos propuestos por las autoridades puedan cumplirse satisfactoriamente y sigan incrementando. Esto representaría un beneficio, ya que al mejorar la salud mental se podría reducir el gasto público en salud (Nock et al., 2008). En políticas sociales se propone realizar campañas de concientización por redes sociales para realizar una adecuada difusión de la información y que esta tenga un alcance a los adolescentes, que son una población de riesgo. En políticas ambientales se recomienda contar con espacios recreativos, culturales y artísticos ya que se ha encontrado que el ejercicio y la actividad social son factores protectores de trastornos mentales e ideación suicida (Oliveira et al., 2023). Finalmente, se propone realizar distintas capacitaciones a psicólogos y otros profesionales de la salud en primeros auxilios psicológicos, estrategias preventivas, de contención y tratamiento en caso de ideación o riesgo suicida. También se recomienda realizar convenios con instituciones y Universidades para impartir talleres, charlas, terapias grupales, individuales y familiares para abordar la salud mental de una manera integral y promover así el bienestar físico, psicológico y emocional y una vida digna.

## 5. Conclusiones

Se evidencia que existe una correlación entre las variables de ideación suicida, malestar subjetivo y esperanza. La ideación suicida tiene una correlación negativa con la esperanza y el malestar subjetivo tiene una relación positiva con la ideación suicida. Por lo que la esperanza podría ser un factor de protección y el malestar subjetivo un factor de riesgo para el suicidio, sin embargo, para determinar esto se deberían realizar más estudios causales. Adicionalmente, se encontró que existe una diferencia significativa entre menores y mayores de 30 años con respecto a las variables mencionadas anteriormente. Los participantes de 30 años y mayores presentan niveles más bajos de ideación suicida y malestar significativo y mayores niveles de esperanza. Lo cual supone que la edad influye sobre estas variables psicológicas. Esto permite entender de mejor manera la situación en Ecuador con respecto a la ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo y a la vez abre las posibilidades para crear programas de promoción, prevención y tratamiento para mejorar la salud mental, bienestar y calidad de vida de los jóvenes en el país. Debido a que si existe una parte de la población que reporta niveles elevados de malestar subjetivo e ideación suicida sería indispensable desarrollar estrategias de detección temprana y herramientas de evaluación. Es importante diseñar y planificar programas de prevención y apoyo psicológico para aumentar el bienestar y reducir el riesgo en los jóvenes. Lo que se busca es desarrollar la capacidad de resiliencia y de afrontamiento en adolescentes, ya que atraviesan por una época de cambios significativos y algunos podrían estar expuestos a factores de riesgo como estructuras y dinámicas familiares disfuncionales que impactan negativamente en su salud mental. Sin embargo, los factores de riesgo para adolescentes ecuatorianos aún no son claros, por lo que se sugiere para futuros estudios realizar estudios causales de detección de factores de protección y de riesgo, para que las leyes que promueven la salud mental estén sustentadas en políticas públicas con estrategias específicas y enfocadas a necesidades puntuales de los jóvenes ecuatorianos. Esto con el objetivo de

garantizar una participación de autoridades estatales y locales para reducir los índices de suicidio y malestar subjetivo en el país y garantizar el derecho a la salud mental e incrementar la calidad de vida de la población ecuatoriana.

## Referencias citadas

1. Aldaz, V. E. S., Albán, P. D. C. L., Almache, J. P. P., Ortiz, L. F. A., & Figueroa, W. A. L. (2021). Perspectivas y garantía de atención de salud mental en Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), 1-15.
2. Arias Gallegos, W., Velásquez Ramos, D., Huamani Cahua, J. C., Clark, M., Galdos Jiménez, A., & Huertas Solís, V. (2024). La esperanza en pobladores de Arequipa (Perú): Propiedades psicométricas del Índice de Esperanza de Herth y comparaciones en función del sexo y la edad. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad.*, 24(1), 21-34.
3. Asamblea Nacional del Ecuador. (2024, 5 de enero). *Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial Suplemento 471.
4. Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
5. Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059.
6. Botega, N. J., Barros, M. B. D. A., Oliveira, H. B. D., Dalgalarondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 45-53.
7. Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., Martín del Campo Rayas, P., Gregorio León, Y. J., Martín Alcalá, Y. A., & Arredondo Hernández, D. L. (2018). Ideación suicida e insatisfacción con la imagen corporal en jóvenes escolarizados de la región Altos Sur de Jalisco. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(2), 109-119.
8. Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
9. Chacaliaza, K. P. T., & Manrique, J. D. (2022). Depresión e ideación suicida en adolescentes: una revisión narrativa. *PsiqueMag*, 11(2), 108-116.
10. Conchas, D. E., Palacios, A. G., Bravo, J. F. F., Gómez, M. A. G., de Sandi, V. I. R. D., González, O. U. R., & Sierra, M. D. L. D. V. (2024). Bienestar Psicológico, esperanza-desesperanza de estudiantes de pregrado a un año de confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 15(2), 69-83.
11. Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 423. <https://www.salud.gob.ec/ley-organica-de-salud/>
12. Cuenca Robles, N. E., Robladillo Bravo, L. M., Meneses La Riva, M. E., & Suyo Vega, J. A. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(6), 689-705.

13. Dogra, A. K., Basu, S., & Das, S. (2011). Impact of meaning in life and reasons for living to hope and suicidal ideation: A study among college students. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(1), 89-102
14. Espinosa Ribadeneira, J. M. (2024). Eficacia de la terapia familiar para la prevención de las conductas suicidas en adolescentes. (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
15. Garza Sánchez, R. I., Castro Saucedo, L. K., & Calderón García, S. A. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247.
16. Henao, S, Quintero, S, Echeverri, J, Hernández, J, Rivera, E, & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
17. Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 144-154.
18. Huen, J. M., Ip, B. Y., Ho, S. M., & Yip, P. S. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLoS one*, 10(6), 1-18.
19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Recuperado el 19 de febrero de 2025, de Defunciones generales: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYmM4NWZjNTktNGRlZi00NDkxLWZlZmEwUWU4MjYwMjI1IiwidCI6ImYxNTthMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMiJ9>
20. Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
21. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12(1), 307-330.
22. Landa-Blanco, M., Urtecho-Osorto, Ó. R., & Aguilar-Chávez, M. M. Á. (2022). Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(1), 1-17.
23. Larzabal-Fernandez, A., Ramos-Noboa, M. I., Jaramillo-Zambrano, A., & Hong-Hong, A. E. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Subjetivo de Kessler (K10) en adultos Ecuatorianos. *CienciAmérica*, 9(3), 27-40.
24. Ley Orgánica de Salud [LOS], 2006. Registro Oficial No. 423.
25. Luna-Contreras, M., & Dávila-Cervantes, C. A. (2020). Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de población*, 26(106), 75-103.

26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023). *MSP fortalece la Salud Mental Comunitaria e implementa estrategias para prevención del suicidio*. Recuerdo de: <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-la-salud-mental-comunitaria-e-implementa-estrategias-para-prevencion-del-suicidio>
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Candlelight una luz de esperanza por la prevención del suicidio, en Quito*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/candlelight-una-luz-de-esperanza-por-la-prevencion-del-suicidio-en-quito>
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024-2030*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado de <https://intranet.msp.gob.ec>
29. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry*, 192 (10) 98-105.
30. Oliveira, L. M., da Silva, A. O., Farah, B. Q., Leão, I. C. S., Souza, F. T. C., Santiago, F. L., ... & Diniz, P. R. B. (2023). El deporte colectivo como factor protector ante problemas de salud mental e ideación suicida en adolescentes. *Salud mental*, 46(4), 177-184.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Suicidio: una preocupación de salud pública mundial*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
32. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington D.C. Recuperado el 19 de febrero de 2025, de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?s\\_equence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?s_equence=9&isAllowed=y)
33. Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
34. Román Aguinda, K. M. (2023). *Políticas públicas para fortalecer la atención de salud mental en el Ecuador* (Bachelor's thesis, *Universidad Estatal de Bolívar*. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas. Carrera de Derecho. Abogada de los Tribunales de la República).
35. Ropaj, E. (2023). Hope and suicidal ideation and behaviour. *Current opinion in psychology*, 49, 101491.
36. Rosselli, M., & Matute, E. (2012). Desarrollo neuropsicológico y maduración cerebral. *Matute E. Tendencias actuales de las Neurociencias cognitivas. 2nd ed. México DF: Editorial El Manual Moderno*, 87-100.
37. Ruiz-Ranz, E., & Asín-Izquierdo, I. (2024). Physical Activity, Exercise, and Mental Health of Healthy Adolescents: A Review of the last 5 Years. *Sports Medicine and Health Science*.
38. Salvo, L., & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434.

39. Teruel, D. S., & Bello, M. A. R. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192.
40. Unicef Ecuador. (2022). *Promoción y prevención de la salud mental de adolescentes y jóvenes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2023-07/CFE%20ECU%20010%20Promocion%20y%20prevencion%20de%20la%20salud%20mental.pdf>
41. Valdez-Santiago, R., Hernández, A. V., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & García, A. V. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *salud pública de méxico*, 65, s110-s116.
42. Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J., & Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud mental*, 34(4), 323-331.
43. Vargas-Terrez, B. E., Villamil-Serrano, M., Rodríguez-Estrada, C., & Escamilla-Ocampo, M. (2011). *Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en población de atención primaria*. *Salud Mental*, 34(4), 323-331.