



**Universidad  
Europea** MADRID

# La desesperanza y el apoyo social como predictores del riesgo suicida

---

Máster en Psicología General Sanitaria

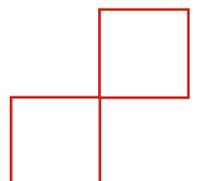
---

Autor/a: M<sup>a</sup> Luz Contreras Lucendo  
Tutor/a: Andrea Álvarez San Millán

2021/2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



## RESUMEN

El suicidio supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. De forma específica, en España, ocupa la principal causa de muerte externa tanto en población adulta como joven. El suicidio se puede prevenir, siendo una de las principales formas la evaluación, detección e intervención en los factores de riesgo y de protección. En este trabajo se pretende investigar la relación existente entre las variables desesperanza, principal factor de riesgo, y el apoyo social, principal factor de protección, con respecto al riesgo suicida. Se quiere determinar el valor predictivo de estas variables, así como obtener información descriptiva más específica sobre las personas que presentan riesgo y observar el impacto del COVID-19. El método de evaluación de las variables ha sido mediante tres instrumentos: el cuestionario de desesperanza de Beck, la escala de apoyo social funcional DUKE-UNK 11 y el cuestionario de riesgo suicida de Plutchik. Como resultado principal, se establece que la desesperanza y el apoyo social podrían considerarse posibles predictores del riesgo de suicidio. Se considera necesario que la investigación continúe, y que se siga trabajando en la evaluación, intervención y prevención de la conducta suicida.

**Palabras clave:** apoyo social, COVID-19, desesperanza, riesgo suicida, predictor, prevención y suicidio.

## ABSTRACT

Suicide is a major public health problem worldwide. Specifically, in Spain, it is the leading cause of external death, both in adults and young people. Suicide can be prevented, being one of the main ways the evaluation, detection and intervention in risk and protective factors. This study seeks to investigate the relationship between the variables hopelessness, the main risk factor, and social support, the main protective factor, in relation to suicide risk. The aim is to determine the predictive value of these variables, as well as to obtain more specific descriptive information about people at risk and to observe the impact of COVID-19. The variables were assessed using three instruments: the Beck Hopelessness Questionnaire, the DUKE-UNK 11 Functional Social Support Scale and the Plutchik Suicide Risk Questionnaire. As a main result, it is established that hopelessness and social support could be considered as possible predictors of suicide risk. Further research and work on assessment, intervention and prevention of suicidal behaviour is considered necessary.

**Key words:** social support, COVID-19, hopelessness, suicidal risk, predictor, prevention and suicide.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....  | 5  |
| 1.2 Desesperanza.....   | 9  |
| 1.3 Apoyo Social.....   | 10 |
| 1.4 COVID.....  | 11 |
| 1.5 Prevención.....   | 12 |
| <b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....   | 13 |
| <b>3. METODOLOGÍA</b> .....   | 15 |
| 3.1 Diseño .....  | 15 |
| 3.2 Muestra.....  | 15 |
| 3.3 Instrumentos y materiales.....  | 17 |
| <i>Cuestionario de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale [BHS]).</i> .... | 17 |
| <i>Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK 11</i> .....                   | 18 |
| <i>Cuestionario de riesgo suicida de Plutchik.</i> .....                          | 19 |
| 3.4 Procedimiento .....   | 20 |
| 3.5 Análisis estadísticos .....   | 20 |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....  | 21 |
| <b>5. DISCUSIÓN</b> .....   | 30 |
| <b>6. REFERENCIAS</b> .....   | 39 |
| <b>7. ANEXOS</b> .....  | 43 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabla 1.</b> Defunciones por suicidio en función de los grupos de edad en el año 2020.....                                     | <b>7</b>  |
| <b>Tabla 2.</b> Franjas de edad de la muestra.....  | <b>16</b> |
| <b>Tabla 3.</b> Descriptivos de la muestra: nivel de estudios y personas dependientes a cargo.....                                | <b>16</b> |
| <b>Tabla 4.</b> Puntuaciones de la variable Desesperanza.....   | <b>22</b> |
| <b>Tabla 5.</b> Correlacion de Pearson entre las variables Desesperanza, Apoyo Social y Riesgo Suicida.....                       | <b>23</b> |
| <b>Tabla 6.</b> Coeficientes de regresión lineal múltiple para variables desesperanza y apoyo social....                          | <b>24</b> |
| <b>Tabla 7.</b> Influencia del COVID-19 en desesperanza y apoyo social.....   | <b>25</b> |
| <b>Tabla 8.</b> Correlación de Pearson entre el impacto del COVID-19 y las variables desesperanza y apoyo social.....             | <b>25</b> |
| <b>Tabla 9.</b> Diferencias de género en las variables desesperanza, apoyo social y riesgo suicida...                             | <b>26</b> |
| <b>Tabla 10.</b> Diferencias entre los rangos de edad en función del riesgo suicida.....  | <b>26</b> |
| <b>Tabla 11.</b> Género y edad de los individuos que presentan riesgo.....  | <b>27</b> |
| <b>Tabla 12.</b> Datos sociodemográficos de las personas que presentan riesgo.....  | <b>28</b> |
| <b>Tabla 13.</b> Comparativa de las puntuaciones medias en las variables entre participantes con riesgo y sin riesgo suicida..... | <b>28</b> |
| <b>Tabla 14.</b> Descriptivos de ítems de personas que presentan riesgo.....  | <b>29</b> |

## 1. INTRODUCCIÓN

El origen de la palabra suicidio proviene del latín, *sui* que significa “a sí mismo”, y *caedere* que significar “matar”; por lo que se entiende como matarse a sí mismo (Rocamora, 2012). Al hablar del suicidio en un sentido amplio, podemos referirnos a multitud de fenómenos diversos, en donde la realidad es bastante más compleja (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018). En la literatura científica es definido como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo que o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Rocamora, 2012, p. 58). Este se debe a un fenómeno multicausal, y se encuentra influenciado por diversos factores, entre ellos psicológicos, sociales, morales, existenciales... y todos estos pueden afectar en la toma de decisión sobre la muerte voluntaria. Además, cabe destacar que las causas de suicidio pueden variar completamente en función de la historia de aprendizaje de cada individuo y de su contexto (de la Torre, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se sabe que más de 700.000 personas se quitaron la vida en el 2019 (último año con registros). Además, este mismo informe señala que el número de muertes han crecido un 65% en los último 45 años, y se estima que estas cifras se incrementen en los próximos años. Una media de 10,2 millones de personas realiza algún comportamiento autolítico, y alrededor de 30 millones se encuentra en riesgo de llevarlo a cabo. Como consecuencia, el suicidio continúa siendo una de las principales causas de muerte en toda la población, y a nivel mundial es considerado una importante problemática de salud. Específicamente, en la población joven de 15 a 29 años, es la cuarta causa de muerte en todo el mundo (Nizama, 2011).

En España el suicidio ocupa la primera causa de muerte externa o no natural, superando incluso a las muertes por accidentes de tráfico (Giner y Guija, 2014). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021), 3941 personas acabaron con su vida en el año 2020 (siendo este el último año con registros), con una diferencia de 270 muertes con respecto al 2019, registrándose en este 3671.

Además, se calcula que las cifras de muertes por suicidio son mucho mayores que las publicadas, ya que muchas muertes por suicidio no pueden ser siempre identificables. Esto se puede deber a que con frecuencia se oculta esta causa de muerte debido al estigma que la rodea, a que muchas veces se registra como accidente, y que incluso en muchos países esta se considere delito y pueda estar penalizada (Giner y Guija, 2014).

De las 3.941 personas que se suicidaron en el 2020 en España, 2.930 corresponden a hombres y 1.011 a mujeres. Se observa que existe una gran diferencia entre el número de suicidios realizados por hombres y mujeres, siendo la proporción entre estos de 4:1 respectivamente (INE, 2021). Son las mujeres las que realizan mayor número de intentos, pero los llevados a cabo por los hombres tienen una letalidad superior (Barroso, 2019).

Para poder comprender esta disparidad, es necesario analizar el suicidio tomando una perspectiva de género, entendiendo lo masculino y femenino como procesos de construcción social, vividos de forma individual y contextualizados culturalmente. Es por esta razón por la que los valores, expectativas, roles y cualidades asumidas y castigadas socialmente, afectan en cómo se definen y se viven problemas asociados nuestro cuerpo, a nuestras relaciones interpersonales y a la propia búsqueda de apoyo en un determinado contexto (Barroso, 2019).

También existen diferencias entre los métodos empleados, siendo más frecuentes en mujeres el consumo de químicos como fármacos o venenos, mientras que en los hombres es más común el uso de objetos cortantes, el ahorcamiento o la defenestración. Además, un factor de protección importante en las mujeres es el hecho de buscar y pedir ayuda con mayor frecuencia (Barroso, 2019, Rosado et al., 2014).

En relación al número de suicidios y los rangos de edad, se observa que existen diferencias. Según el Instituto Nacional de Estadística (2021), el grupo en donde las cifras son más elevadas es el que representa al rango de 50 a 59 años, con 854 muertes; seguido del grupo de 40 a 49 años, presentando 754. Las cifras del resto de grupos en orden descendente son: de 60 a 69 años 572, de 70 a 79 años 488, de 80 a 89 años 425, de 30 a 39 años 411, de 15 a 29 años 300, más de 90 años 123, y menos de 15 años 14. Importante destacar también que en la población joven (15 a 30 años) el suicidio es la primera causa de muerte externa, y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte a nivel general (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018; INE, 2021). Para ofrecer una mayor claridad, las cifras de suicidio de los distintos grupos se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Defunciones por suicidio en función de los grupos de edad en el año 2020*

| Grupos de edad   | Número de suicidios |
|------------------|---------------------|
| Menos de 15 años | 14                  |
| 15 a 29 años     | 300                 |
| 30 a 39 años     | 411                 |
| 40 a 49 años     | 754                 |
| 50 a 59 años     | 854                 |
| 60 a 69 años     | 572                 |
| 70 a 79 años     | 488                 |

|                |     |
|----------------|-----|
| 80 a 89 años   | 425 |
| Más de 90 años | 123 |

---

### **1.1 Conducta suicida**

La conceptualización de la conducta suicida puede ser compleja. Esta se establece como cualquier acción realizada por un sujeto en donde se realiza daño a sí mismo, sin importar el método empleado, su letalidad o intención (Nizama, 2011). Multitud de estudios coinciden en explicar que funciona como un continuum en función de su nivel de gravedad, y que abarca desde la presencia de ideación o ideas de muerte, hasta la tentativa o suicidio consumado (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018; Fonseca-Pedrero y de Albéniz, 2020). Así mismo, es importante puntualizar que las causas de cualquier conducta suicida son particulares de cada individuo, y responden a su historia de aprendizaje (de la Torre, 2013).

El riesgo de suicidio hace referencia a la probabilidad existente que presenta un individuo en llevar a cabo algún tipo de conducta suicida, independientemente de la letalidad que pueda presentar. Cuanto mayor sea la frecuencia, intensidad y nivel de malestar, mayor será el riesgo suicida (de la Torre, 2013). A este respecto, la conducta suicida presenta factores de riesgo y factores de protección, e identificarlos y reconocerlos conforman una parte esencial para su comprensión y su prevención. Denominamos factor de riesgo a las características presentes en un sujeto que hacen que aumente su probabilidad de llevar a cabo alguna conducta suicida, por lo que aumenta su riesgo suicida. Dentro de los más importantes podemos encontrar la presencia de desesperanza y de intentos suicidas previos (De la Torre, 2013; Rocamora, 2012). Por el contrario, llamamos factor de protección a cualquier circunstancia que estando presente pueda

reducir la probabilidad de cometer alguna conducta suicida, y, por lo tanto, disminuir el riesgo de suicidio. Los más importantes pueden ser la presencia apoyo social y familiar, manejo de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, así como la búsqueda de ayuda (De la Torre, 2013; Rocamora, 2012).

## **1.2 Desesperanza**

Como refirieron Beck et al., (1975) la desesperanza se encuentra asociada a la conducta suicida. De hecho, la desesperanza constituye uno de los principales factores de riesgo del suicidio, y su sola presencia hace aumentar la posibilidad de llevar a cabo alguna conducta suicida (Rocamora, 2012; Rodríguez et al., 2017). Esta se define como la tendencia a realizar inferencias negativas sobre uno mismo hacia el futuro, y es considerada un factor etiológico importante y de mantenimiento en el riesgo de suicidio, funcionando, así como variable mediadora (Beck et al., 1975). Estas expectativas negativas sobre el futuro, llevan a los individuos con ideación a considerar que el suicidio es la única estrategia factible para afrontar sus problemas (Calvete et al., 2007). El riesgo de suicidio aumenta cuando la desesperanza está presente, por lo que podemos establecer que ésta conforme un buen predictor de la conducta suicida (Álamo et al., 2014).

A lo largo de la historia y la literatura, la desesperanza se ha encontrado muy ligada al diagnóstico de la depresión, y este a su vez, a las ideas de suicidio. La desesperanza se ha establecido como una variable mediadora entre los individuos que presentan ideación y depresión, y además se establece como un factor mucho más determinante que la depresión a la hora de identificar y medir el riesgo de suicidio (Nichols et al., 2021; Rodríguez et al., 2017). No obstante, también hay factores importantes que ayudan a

reducir el riesgo de suicidio, siendo uno de los más importantes la red de apoyo social que tiene la persona afectada.

### **1.3 Apoyo Social**

El apoyo social percibido se puede definir como la disponibilidad general de amigos y familiares que pueden proporcionar recursos psicológicos y materiales (Coppersmith et al., 2019). También hace referencia a las distintas interacciones de un individuo con su entorno, guiándole a pensar que es importante y querido para otros, considerado en buena estima, y conformando además relaciones de obligaciones mutuas (Coppersmith et al., 2019; Kleiman y Riskind, 2013).

El apoyo social puede tener múltiples beneficios. El mero hecho de percibir la disponibilidad de este apoyo, repercute de forma directa en beneficios positivos en el estado de ánimo y la salud. Se sabe que el apoyo social protege a los individuos del riesgo suicida, siendo uno de los principales factores de protección. Esto puede incluir la ayuda en los momentos de crisis, exposición a actividades gratificantes, forma de desahogo y apoyo emocional, o incluso la interrupción de forma física de algún intento suicida, entre otros (Kleiman y Riskind, 2013).

Diversos estudios han demostrado que el apoyo social se encuentra asociado a la disminución de la ideación suicida y de los intentos, tanto en la población adolescente como adulta. El apoyo social genera un efecto positivo directo de carácter protector contra la tentativa suicida, y además tiene un rol importante en la predicción del riesgo suicida (Coppersmith et al., 2019; Sánchez-Teruel et al., 2019). No obstante, este apoyo social no está siempre disponible, si no que hay circunstancias externas o excepcionales que pueden aislarlos.

## 1.4 COVID-19

La pandemia por COVID-19 es uno de los acontecimientos más devastadores para nuestra salud que ha ocurrido en la memoria histórica. La evidencia en estos últimos meses ha demostrado todos los efectos negativos y las consecuencias que ha generado en nuestro bienestar psicológico (Sher, 2020; Sinyor et al., 2021).

Como refleja Sher (2020), ninguna pandemia anteriormente conocida puede compararse con las tasas de suicidio obtenidas durante el COVID-19. Explica que la pandemia por la gripe española se asoció con un aumento de las muertes por suicidio, y se propuso que la disminución de la integración y de la interacción social, son factores importantes que median en la conducta suicida, y que, además, también son aspectos comunes en estos momentos con el COVID-19.

Durante los primeros meses de la pandemia aumentaron los problemas psicológicos en la población mundial, siendo frecuente entre ellos la presencia de ideación suicida (Sinyor et al., 2021). Los efectos de la pandemia en la salud son complejos, y afectan de forma simultánea a los factores de riesgo y protección de la conducta suicida, haciendo aumentar el riesgo de cometerlo. Como hemos mencionado, una de las principales áreas más afectadas a causa de esta pandemia es el apoyo social, debido al aislamiento y a la falta de contacto. Como resultado, encontramos que uno de los principales factores de protección del suicidio se vea claramente reducido (Sinyor et al., 2021).

En efecto, se estima que los efectos psicológicos de la pandemia se incrementen y persisten con el paso del tiempo. Además de la ideación suicida, algunos de estos efectos que podemos observar como consecuencia de la desesperanza generada, la crisis

económica, el aislamiento social y la escasez de empleo son la ansiedad, depresión, el miedo de contacto, la incertidumbre, y estrés entre otros (Sher, 2020; Sinyor et al., 2021).

Cabe destacar que, durante los primeros meses tras la pandemia, no se observó diferencias significativas en las cifras de suicidio, pero que estos fueron seguidos por periodos en donde se han llegado a alcanzar las tasas de suicidio más altas recogidas en años (John et al., 2020; Sinyor et al., 2021). Esto refleja que existe una clara necesidad de continuar trabajando en la prevención del suicidio, haciendo de esta un imperativo global.

### **1.5 Prevención**

La prevención del suicidio consiste en cualquier tipo de actividad dirigida a mostrar disponibilidad y ayuda a cualquier individuo que presente o que haya cometido en algún momento de su vida cualquier tipo de conducta suicida. La prevención puede ser muy amplia, y contempla actividades desde la promoción de la salud, la identificación y evaluación de las personas que presentan riesgo, hasta la intervención psicológica cuando se ha realizado un intento (Rocamora, 2012).

El suicidio se puede prevenir. Por eso mismo, la OMS ha realizado una llamada de atención a los distintos países para que estos incluyan la prevención del suicidio como un imperativo global. La información, la formación, la sensibilización y concienciación a la sociedad sobre el suicidio, son algunas acciones que podemos implantar para reducir la estigmatización y aumentar el conocimiento, y, por ende, facilitar su prevención (Fonseca-Pedrero y de Albéniz, 2020).

La responsabilidad de esta prevención no es exclusiva del sistema sanitario, ya que en ella intervienen muchos más elementos. Una de las más importantes formas de

prevención del suicidio es la identificación precoz de las personas que presentan riesgo, para así poder intervenir de forma rápida. La evaluación y gestión, la detección temprana y el seguimiento de los individuos con riesgo, son factores importantísimos a la hora de poder disminuir este problema (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018). Además, es importante destacar que gran parte de la literatura sobre el suicidio, basa como una de las formas principales de prevención la identificación de los factores de riesgo y de protección de la conducta suicida (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018). Aquí radica la importancia de estudiar la desesperanza y el apoyo social, puesto que conforman el principal factor de riesgo y uno de los principales factores de protección.

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El propósito del presente trabajo es tratar de identificar el nivel de predicción que presentan los pensamientos de desesperanza y el apoyo social con respecto a la conducta suicida.

**Objetivo 1:** Evaluar la relación existente entre la desesperanza y el riesgo de suicidio, así como la de apoyo social y riesgo de suicidio. Determinar si las variables desesperanza y apoyo social pueden considerarse predictores de la conducta suicida.

- Hipótesis 1: Existe una relación positiva entre la desesperanza y el riesgo suicida, en donde a mayores niveles de desesperanza, mayor será el riesgo.
- Hipótesis 2: Existe una relación negativa entre el apoyo social y el riesgo de suicidio, en donde a mayores niveles de apoyo social, menor será el riesgo.
- Hipótesis 3: Existe una relación negativa entre las variables apoyo social y desesperanza, en donde a mayor apoyo social, menor desesperanza.
- Hipótesis 4: La desesperanza y el apoyo social serán predictores del riesgo suicida.

**Objetivo 2:** Determinar las diferencias existentes del riesgo suicida en función del género y de los grupos de edad.

- Hipótesis 5: Se observará mayor riesgo de suicidio en el género masculino que en el femenino.
- Hipótesis 6: Se observará mayor riesgo en el rango de edad comprendido entre los 40 y 59 años.

**Objetivo 3:** Evaluar el impacto del COVID-19 en relación con las variables desesperanza y apoyo social, y conocer la relación de predicción existente.

- Hipótesis 7: El COVID-19 afectará de forma significativa en las diferentes variables, haciendo aumentar el riesgo de suicidio.

**Objetivo 4:** Obtener información más específica sobre la muestra que presente riesgo suicida: datos sociodemográficos, medias de variables desesperanza y apoyo social, y medias de los ítems relacionados con conducta suicida, así como la influencia del COVID-19 en estos.

- Hipótesis 8: Presentarán niveles de desesperanza medios o altos, y existirá un apoyo social percibido bajo.
- Hipótesis 9: el grupo con riesgo suicida obtendrá una puntuación media más elevada en desesperanza que la muestra sin riesgo, así como una puntuación menor en apoyo social.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño**

El método elegido para lograr los diferentes objetivos planteados en esta investigación fue el cuantitativo. El estudio consistió en un diseño transversal, descriptivo mediante encuesta y correlacional, en donde se analizaron las variables desesperanza, apoyo social y riesgo de suicidio. Se planteó averiguar la relación existente entre estas, así como la posible influencia que el COVID-19 ha podido generar en ellas.

#### **3.2 Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 212 sujetos, y fue seleccionada por muestreo no probabilístico de conveniencia para el estudio. El único criterio de exclusión que se utilizó era la obligatoriedad de ser mayor de 18 años para por participar.

De los 212 participantes, un 67,5% (143 sujetos) perteneció al género femenino, y un 32,6% (69 participantes) correspondió al género masculino.

La edad mínima que se registró fue de 19 años y la máxima fue de 79 años. La media que se obtuvo fue de 42 años, con una desviación típica (DT) de 17,43. El rango encontrado fue de 70, y la moda de 23 años, con una frecuencia de 37. Para facilitar el análisis de las variables en función de sus grupos de edad, se procedió a clasificar las edades de la siguiente manera (de acuerdo a las clasificaciones en función de la edad y riesgo de suicidio del INE), así como se muestran en la Tabla 2:

**Tabla 2**
*Franjas de edad de la muestra*

| Franjas de edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| 19 a 29 años    | 78         | 36,8 %     |
| 30 a 39 años    | 23         | 10,8 %     |
| 40 a 49 años    | 28         | 13,2 %     |
| 50 a 59 años    | 25         | 11,8 %     |
| 60 a 69 años    | 45         | 21,3 %     |
| 70 a 79 años    | 13         | 6,1 %      |

Con respecto al nivel de estudios alcanzados de la muestra, un 5,2% (11 sujetos) tiene la educación secundaria obligatoria, un 11,3% (24) tiene estudios de bachillerato, un 13,7% (29) realizó formación profesional, un 43,9% (93) estudió grado o licenciatura, un 18,9% (40) tiene Máster universitario o postgrado y un 7,1% (15) ha finalizado el doctorado.

Además, de todos los participantes, un 23,1% (40 individuos) refieren tener personas dependientes a su cargo, mientras que un 76,9% (163 individuos) no las presentan. En la Tabla 3 se recoge toda esta información relativa al nivel de estudios y personas dependientes a cargo.

**Tabla 3**
*Descriptivos de la muestra: nivel de estudios y personas dependientes a cargo.*

| Nivel de estudios | Frecuencia (%) | Dependientes a cargo | Frecuencia (%) |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------|
| E.S.O             | 11 (5,2 %)     | Sí                   | 40 (23,1 %)    |
| F. Profesional    | 29 (13,7 %)    | No                   | 163 (76,9 %)   |
| Bachillerato      | 24 (11,3 %)    |                      |                |
| Grado             | 93 (43,9 %)    |                      |                |

---

|           |             |
|-----------|-------------|
| Máster    | 40 (18,9 %) |
| Doctorado | 15 (7,1 %)  |

---

### 3.3 Instrumentos y materiales

Para realizar este estudio, se realizaron una serie de preguntas para recoger información sobre la edad, el género, el nivel de estudios alcanzados y la presencia de personas dependientes a cargo. También se administraron tres cuestionarios para evaluar las variables principales. Estos fueron el cuestionario de desesperanza de Beck para evaluar los niveles de desesperanza, el cuestionario de apoyo social DUKE-UNK 11 para evaluar el apoyo social percibido y el cuestionario de riesgo suicida de Plutchik para evaluar el riesgo suicida. Para terminar, se añadieron preguntas al final de los cuestionarios de desesperanza y de apoyo social para obtener información sobre el impacto de la pandemia. Estas preguntas fueron “¿Ha influido la pandemia por COVID-19 en sus pensamientos de desesperanza?” y “¿Considera que su apoyo social se ha visto afectado por la pandemia por COVID-19?”. Para los tres últimos ítems del cuestionario de riesgo suicida (¿ha pensado alguna vez en suicidarse?, ¿le ha comentado a alguien en alguna ocasión que quería suicidarse? y ¿ha intentado alguna vez quitarse la vida?), se señaló de forma específica para cada uno que, si la respuesta había sido afirmativa, indicaran si había ocurrido a raíz de la pandemia por COVID-19.

#### *Cuestionario de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale [BHS]).*

Este instrumento (Anexo 1) conforma una herramienta útil para medir la desesperanza futura. Es un cuestionario autoaplicado, el cual está compuesto por 20 ítems, con un formato de respuesta de dos opciones, siendo estas verdadero o falso. El objetivo de este

cuestionario es evaluar el nivel de las expectativas negativas hacia el futuro tanto a corto como a medio plazo (Rueda et al., 2016).

Cada respuesta afirmativa equivale a un punto, y la puntuación total se obtiene sumando todas las respuestas en donde la opción de respuesta elegida ha sido verdadera. La puntuación total indica el nivel de severidad, siendo de 0 a 3 desesperanza normal, de 4 a 8 desesperanza leve, de 9 a 14 desesperanza moderada y de 15 a 20 desesperanza severa (Rueda et al., 2016).

Esta escala ha sido validada con una buena consistencia interna, variando entre 0,81 y 0,93, y presenta un nivel de fiabilidad entre 0,60 y 0,69. Por todos los datos mencionados anteriormente, consideramos que esta prueba es un buen medidor para el nivel de desesperanza (Rueda et al., 2016).

#### *Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK 11*

Este cuestionario (Anexo 2) es una de las principales herramientas para evaluar el apoyo social percibido debido a su brevedad, sencillez y multidimensionalidad. Fue desarrollado por Broadhead, siendo su nombre original Functional Social Support Questionnaire DUKE-UNK 11. Este instrumento cuenta con dos escalas: apoyo confidencial y apoyo afectivo. El apoyo confidencial se define como la posibilidad de tener personas para comunicarse y expresarse, que puedan dar consejos o servir como guía; mientras que el apoyo afectivo consiste poder contar con personas con las que entablar demostraciones de cariño, amor empatía (Cuéllar Flores y Dresch, 2012).

Posteriormente fue traducido al español por Bellón et al., (1996), y su adaptación es útil tanto para ser autoadministrada como para que lo haga un evaluador. Este instrumento cuenta con 11 ítems, teniendo un formato de respuesta Likert de 5 puntos, desde 1 (mucho

menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en las distintas afirmaciones. Para su interpretación cuenta con un punto de corte de 32, por lo que una puntuación inferior corresponde a un apoyo social percibido bajo, mientras que, si es igual o superior a 32, el apoyo social percibido se considera normal (Aguilar Sizer et al., 2020).

Con respecto a las propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad test-retest de 0,66, y una estabilidad temporal de 0,92 para la escala total. La consistencia interna de la escala total es de 0,90, así como de 0,92 y 0,80 en sus dos subescalas. Con respecto a su validez, presenta una correlación significativa positiva con otras medidas del nivel de funcionamiento percibido de apoyo familiar, y negativa con medidas de depresión y ansiedad (Cuéllar Flores y Dresch, 2012).

#### *Cuestionario de riesgo suicida de Plutchik.*

El objetivo de esta escala (Anexo 3) es evaluar el riesgo suicida presente, permitiendo diferenciar a los sujetos con tentativas suicidas de lo que no. Puede utilizarse tanto de forma auto aplicada como administrado por un evaluador (Rocamora, 2012). Resulta útil debido a su brevedad, y a que evalúa el riesgo suicida tomando en determinación un importante grupo de factores de riesgo (Suarez Colorado et al., 2019).

Consta de 15 ítems, de respuesta dicotómica Sí o No. Las respuestas afirmativas equivalen a 1 punto, mientras que las negativas equivalen a 0. La puntuación total se calcula sumando todas las respuestas. Presenta un punto de corte de 6, en donde cada puntuación igual o superior a 6 indica que existe un riesgo de llevar a cabo alguna conducta suicida. A mayor puntuación mayor riesgo (Rocamora, 2012).

Con respecto a sus propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna de 0,9 y una fiabilidad de test-retest de 0,89 (Suarez Colorado et al., 2019).

### **3.4 Procedimiento**

Los sujetos participaron de forma voluntaria, reclutados mediante las redes sociales, a través de un cuestionario de *Google Form*. Este contenía las preguntas para los datos sociodemográficos, género, edad, personas dependientes a cargo y nivel educativo; así como los tres cuestionarios explicados anteriormente. Además, se añadieron preguntas específicas para cada variable sobre el impacto que el COVID-19 ha generado en ellas.

Antes de comenzar el cuestionario, se presentó a los participantes los fines de la investigación, señalando que su participación era confidencial y voluntaria. De esta forma, se debía aceptar el consentimiento informado, e indicar que el participante era mayor de edad. Así mismo, se ofreció un correo de contacto para responder cualquier duda u ofrecer más información sobre el estudio. El tiempo que se dejó para la recogida de datos fue desde el 20 de diciembre de 2021 hasta el 12 de enero de 2022. Después se procedió al análisis de los datos recogidos.

### **3.5 Análisis estadísticos**

Para realizar el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21. Para la variable dependiente riesgo suicida y las variables independientes desesperanza y apoyo social, se obtuvieron las puntuaciones finales de cada sujeto y las medias de las puntuaciones totales. Se comprobó mediante la correlación de Pearson la relación existente entre estas. Para calcular el valor predictor de las variables independientes desesperanza y apoyo social con respecto al riesgo suicida, se realizó un

análisis de regresión lineal múltiple. Para el análisis de regresión, se comprobaron los supuestos de normalidad, linealidad y no colinealidad.

Se utilizaron análisis descriptivos para recoger información sobre frecuencias y porcentajes acerca del impacto del COVID-19 en las variables desesperanza, apoyo social y riesgo suicida. Así mismo, se realizó la correlación de Pearson entre el impacto del COVID-19 y la desesperanza y el apoyo social, para conocer la relación existente entre estos.

La prueba T de Student para muestras independientes fue utilizada para calcular y comparar las puntuaciones medias en función del género en las distintas variables estudiadas. Se realizaron las pruebas de normalidad, y se utilizó la prueba ANOVA para encontrar diferencias entre rangos de edad en función del riesgo suicida. Además, se realizó prueba post hoc de tukey para conocer las diferencias específicas que había entre estos grupos.

Finalmente, estableciendo como punto de corte una puntuación de 6 en la escala de riesgo suicida de Plutchik, se estableció en el grupo fuera de riesgo a los individuos que presentaban una puntuación por debajo de 6, y el grupo con riesgo suicida a aquellos que presentaban una puntuación igual o superior a 6. Se emplearon análisis descriptivos para comparar medias y obtener información específica sobre estos grupos.

## **4. RESULTADOS**

### *Análisis descriptivos*

En la Tabla 4 se presentan los resultados encontrados en la escala de desesperanza. La puntuación media obtenida fue de 5,10 situándose en desesperanza leve, así como una desviación típica (DT) de 3,54.

**Tabla 4**

*Puntuaciones de la variable Desesperanza.*

| Puntuación        | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| 0 – 3 (normal)    | 85         | 40 %       |
| 4 - 8 (leve)      | 92         | 43,2 %     |
| 9 – 14 (moderada) | 31         | 14,6 %     |
| 15 – 20 (severa)  | 4          | 2 %        |

La variable *Apoyo Social* obtuvo una puntuación media de 44,57, y una DT de 8,1. El 93,9% de la muestra (199 participantes) reflejó que obtenía una puntuación igual o superior a 32, lo que los sitúa en un apoyo social percibido normal. Así mismo, el 6,1 % restante (13 participantes) obtuvo una puntuación inferior a 32, es decir, un apoyo social percibido bajo.

La variable *Riesgo Suicida* obtuvo una puntuación media de 2,91 y una DT de 2,68 puntos. Presentan riesgo de llevar a cabo alguna conducta suicida los participantes que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 6, lo que corresponde al 16 % de la muestra (34). Los participantes fuera de riesgo con una puntuación inferior a 6 fueron el 84 % (178).

### *Análisis inferenciales*

En la Tabla 5 se presentan los resultados de las correlaciones de las tres variables estudiadas, desesperanza, apoyo social y riesgo suicida. La relación existente entre las variables Desesperanza y Riesgo Suicida fue positiva y moderada ( $r = 0,635$ ;  $p < 0,01$ ). Podemos establecer que a mayores niveles de desesperanza, encontraremos mayores niveles de riesgo suicida.

La relación existente entre las variables Apoyo Social y Riesgo suicida fue negativa y leve ( $r = -0,376$ ;  $p < 0,01$ ). Esto indicaría que a mayores niveles de apoyo social, menor sería el riesgo suicida.

La relación existente entre las variables desesperanza y apoyo social fue negativa y moderada ( $r = -0,420$ ;  $p < 0,01$ ). Podemos establecer que a mayores niveles de desesperanza, existirían menores niveles de apoyo social percibido.

### Tabla 5

*Correlacion de Pearson entre las variables Desesperanza, Apoyo Social y Riesgo Suicida.*

|                       | <b>Desesperanza</b> | <b>Apoyo Social</b> |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Riesgo Suicida</b> | 0,635 **            | -0,375 **           |
| <b>Apoyo Social</b>   | -0,420 **           | 1                   |

**Nota:** \*\*  $p < .01$

Para el análisis de regresión, se comprobaron los supuestos de normalidad, linealidad y no colinealidad. Los resultados obtenidos muestran que se cumplen estos supuestos. La normalidad obtenida es significativa ( $p < 0,05$ ), y la no colinealidad comprobada con el índice VIF refleja valores próximos a 1. La independencia calculada mediante la prueba Durbin Watson muestra un valor aproximado a 2 ( $DW=1,96$ ).

Con respecto a los resultados obtenidos en la regresión lineal múltiple por entrada, obtenemos que las dos variables independientes desesperanza y apoyo social son predictoras significativas del riesgo suicida. Obtenemos que, a mayores niveles de desesperanza y menores niveles de apoyo social, existirá un mayor riesgo suicida.

En la Tabla 6 podemos observar los distintos resultados y coeficientes obtenidos. Con relación a  $R^2$ , se ha obtenido un valor de 0,418, lo que nos permite establecer que la

desesperanza y el apoyo social explican un 41% la variabilidad del riesgo suicida. Todos los resultados son estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). La fórmula de regresión del modelo sería la siguiente:

$$Y (\text{riesgo suicida}) = 2,61 + 0,44 * \text{Desesperanza} - 0,044 * \text{Apoyo Social}$$

**Tabla 6**

*Coefficientes de regresión lineal múltiple para las variables desesperanza y apoyo social.*

| Variables    | F      | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado | B     | Sig.  |
|--------------|--------|----------------|-------------------------|-------|-------|
| Modelo 1     | 75,124 | 0,418          | 0,413                   | 2,615 | 0,04  |
| Desesperanza |        |                |                         | 0,440 | 0,000 |
| Apoyo Social |        |                |                         | 0,044 | 0,024 |

Con respecto a la relación de ambos factores con la situación pandémica, en la Tabla 7 se recoge que, de toda la muestra, un 53,8 % (114 participantes) consideraban que el COVID-19 afectaba en sus pensamientos de desesperanza, mientras que el 46,8 % restante (98 participantes) no consideraron que este hubiese influenciado en sus pensamientos de desesperanza. Con respecto al apoyo social, un 40,1 % (85 participantes) refirió que el COVID-19 había dañado en su percepción del apoyo social, mientras que el 59,9 % (127 participantes) consideró que no había lo había afectado.

**Tabla 7**

*Influencia del COVID-19 en desesperanza y apoyo social.*

| Variables    | Influencia del COVID-19        |
|--------------|--------------------------------|
| Desesperanza | Sí: 53,8 % (114 participantes) |
|              | No: 46,8 % (98 participantes)  |
| Apoyo Social | Sí: 40,1 % (85 participantes)  |
|              | No: 59,9 % (127 participantes) |

Se encontró que existe una relación positiva y moderada de 0,399 entre el impacto del COVID-19 y la desesperanza. Así mismo la relación entre apoyo social e impacto del COVID-19 fue negativa y leve, de -0,245. Ambas fueron significativas en el nivel 0,01. Según los resultados obtenidos, la presencia de la pandemia haría aumentar los niveles de desesperanza, así como disminuir la percepción del apoyo social. En la Tabla 8 se muestran los resultados mencionados.

**Tabla 8**

*Correlación de Pearson entre el impacto del COVID-19 y las variables desesperanza y apoyo social.*

|          | Desesperanza | Apoyo Social |
|----------|--------------|--------------|
| COVID-19 | 0,399 **     | -0,245 **    |

P < .01

Con relación a las diferencias de género encontradas en las distintas variables, los análisis mostraron que no existen diferencias significativas. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 9.

**Tabla 9**

*Diferencias de género en las variables desesperanza, apoyo social y riesgo suicida.*

| Variables      | Género    | Media (DT)  | <i>p</i> |
|----------------|-----------|-------------|----------|
| Desesperanza   | Femenino  | 5,13 (3,47) | 0,864    |
|                | Masculino | 5,04 (3,69) |          |
| Apoyo social   | Femenino  | 44,8 (8,32) | 0,541    |
|                | Masculino | 44 (7,76)   |          |
| Riesgo Suicida | Femenino  | 3 (2,61)    | 0,486    |
|                | Masculino | 2,72 (2,84) |          |

Con respecto a las diferencias entre los distintos rangos de edad en la variable riesgo suicida, se obtuvieron diferencias significativas entre los distintos grupos, ( $F = 3,92$ ,  $p=.002$ ). El grupo que resultó presentar mayor riesgo fue el que corresponde al rango de 19 a 29 años, con una media de 3,94, mientras que el grupo que obtuvo menor riesgo fue el de 50 a 59 años, con una media de 2,12. Las puntuaciones obtenidas en los distintos rangos de edad están descritos en la Tabla 10.

**Tabla 10**

*Diferencias entre los rangos de edad en función del riesgo suicida.*

| Rangos de edad | Media (DT)  |
|----------------|-------------|
| 19 a 29 años   | 3,94 (3)    |
| 30 a 39 años   | 2,48 (2,55) |
| 40 a 49 años   | 2,14 (1,93) |
| 50 a 59 años   | 2,12 (2,48) |
| 60 a 69 años   | 2,42 (2,26) |
| 70 a 79 años   | 2,38 (2,29) |

### *Análisis descriptivos de los participantes con riesgo de suicidio*

Según los resultados encontrados en la prueba de riesgo suicida de Plutchik, 34 personas presentaron riesgo (puntuación total igual o superior a 6). De estas 34 personas, 26 pertenecían al género femenino (76,5 %), mientras que 8 pertenecían al género masculino (23,5 %). Con respecto al riesgo, los rangos de edad en donde mayor riesgo se obtuvo fueron los que comprendían entre 19 y 29 años, con 23 personas, seguido del rango comprendido desde 60 a 69 años, con 6 personas. Estos resultados se pueden observar en la Tabla 11.

**Tabla 11**

*Género y edad de los individuos que presentan riesgo.*

| Género    | Frecuencia (%) | Rangos de edad | Frecuencia (%) |
|-----------|----------------|----------------|----------------|
| Femenino  | 26 (76,5 %)    | 19 a 29 años   | 23 (67,6 %)    |
| Masculino | 8 (23,5 %)     | 30 a 39 años   | 1 (2,9 %)      |
|           |                | 40 a 49 años   | 2 (5,9 %)      |
|           |                | 50 a 59 años   | 1 (2,9 %)      |
|           |                | 60 a 69 años   | 6 (17,6 %)     |
|           |                | 70 a 79 años   | 1 (2,9 %)      |

Continuando con los datos sociodemográficos, 31 personas refirieron no disponer de personas dependientes a su cargo (91,2 %), mientras que las tres restantes si las presentaban (8,8 %). Con respecto al nivel de estudios alcanzado, 14 personas tenían una carrera o licenciatura (41,2 %), seguido de 9 personas que alcanzaron un máster o postgrado (26,5 %). 5 obtuvieron formación profesional (14,7 %), 3 alcanzaron la E.S.O. (8,8 %), 2 bachillerato (5,9 %), y 1 doctorado (2,9 %). En la Tabla 12 se muestran los resultados encontrados.

**Tabla 12**

*Datos sociodemográficos de las personas que presentan riesgo.*

| Dependientes a cargo | Frecuencia (%) | Nivel de estudios | Frecuencia (%) |
|----------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Sí                   | 3 (8,8 %)      | E.S.O.            | 3 (8,8 %)      |
| No                   | 31 (91,2 %)    | Bachillerato      | 2 (5,9 %)      |
|                      |                | F. Profesional    | 5 (14,7 %)     |
|                      |                | Grado             | 14 (41,2 %)    |
|                      |                | Máster            | 9 (26,5 %)     |
|                      |                | Doctorado         | 1 (2,9 %)      |

Respecto a las variables principales, los individuos que presentaron riesgo obtuvieron una puntuación media de desesperanza de 9,44 puntos, considerándose desesperanza moderada. La media de apoyo social fue de 39,79 puntos, superior al punto de corte de 32, clasificándose como apoyo social percibido normal. Finalmente, la puntuación media obtenida de riesgo suicida es de 7,88. Además, los individuos sin riesgo suicida obtuvieron una puntuación media de desesperanza de 4,28, considerándose desesperanza leve; así como una puntuación media de apoyo social percibido normal, de 45,8. Su puntuación en riesgos suicida fue de 1,96. Estas cifras se pueden observar en la Tabla 13.

**Tabla 13**

*Comparativa de las puntuaciones medias en las variables entre participantes con riesgo y sin riesgo suicida.*

|                     | Sin Riesgo Suicida | Con Riesgo Suicida |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| N                   | 178                | 34                 |
| Desesperanza (DT)   | 4,28 (2,83)        | 9,44 (3,54)        |
| Apoyo Social (DT)   | 45,8 (7,34)        | 39,79 (10,3)       |
| Riesgo Suicida (DT) | 1,96 (1,52)        | 7,88 (1,85)        |

De todas las personas que presentaron riesgo (34 individuos), 24 participantes refirieron haber pensado en alguna ocasión en suicidarse, 14 de ellos refiriendo que esto hubiese ocurrido después del inicio de la pandemia. Trece indicaron que en alguna ocasión le habían comentado a alguien que querían suicidarse, refiriendo 10 personas que ocurriese después de la pandemia. Finalmente 6 participantes señalaron que alguna vez habían intentado quitarse la vida, mientras que solo uno indicó que hubiese ocurrido después de la pandemia por COVID-19. En la Tabla 14 se pueden observar los datos descritos.

**Tabla 14**

*Descriptivos de ítems de personas que presentan riesgo.*

| Ítems  | Frecuencia (%)  | COVID-19:       |
|--|-----------------|-----------------|
|  |                 | Frecuencia (%)  |
| ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?                                | Sí: 24 (70,6 %) | Sí: 14 (41,2 %) |
|  | No: 10 (29,4 %) | No: 20 (58,8 %) |
| ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión que quería suicidarse? | Sí: 13 (38,8 %) | Sí: 10 (29,9 %) |
|  | No: 21 (61,8 %) | No: 24 (70,6 %) |
| ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?                           | Sí: 6 (17,6 %)  | Sí: 1 (2,9 %)   |
|  | No: (82,4 %)    | No: 23 (97,1 %) |

## 5. DISCUSIÓN

A continuación, se procede a la discusión de las distintas hipótesis planteadas y de los resultados obtenidos en función de la literatura científica y de los estudios encontrados. Se procederá a la discusión siguiendo el orden de los objetivos e hipótesis propuestas.

El **primer objetivo** de este estudio ha consistido en evaluar la relación existente entre nuestras variables principales, para así poder determinar su nivel de predicción. La hipótesis 1 establecía que existiría una relación positiva entre la desesperanza y el riesgo suicida. Nuestros resultados obtenidos confirman la hipótesis, puesto que establecen que existe una relación significativa, positiva y moderada. Debido a esto, y tal y como se explica en los artículos revisados que refieren que a mayores niveles de desesperanza mayor será el riesgo de llevar a cabo alguna conducta suicida (Beck et al., 1975; Rocamora, 2012 y Rodríguez et al., 2017), se puede determinar que la desesperanza se encuentra directamente relacionada con el riesgo suicida.

La hipótesis 2 hace referencia a la existencia de una relación negativa entre el apoyo social y el riesgo de suicidio. Los resultados de nuestro estudio confirman dicha hipótesis, puesto que establecen que relación indirecta y significativa que existe entre estas dos variables. La literatura refiere que el apoyo social conforma un factor protector para los distintos problemas psicológicos, así como para el suicidio (Kleiman y Riskind, 2013), y que su sola presencia hace que las conductas suicidas disminuyan (Coppersmith et al., 2019). Según nuestros resultados, existe esta relación negativa, en donde a mayores niveles de apoyo social percibido, existirían menores niveles de riesgo de suicidio. A pesar de esto, la relación obtenida es moderada. Es posible que esto pueda verse afectado

por la muestra recogida, y quizá se necesite un mayor número de participantes, por lo que tendríamos que continuar investigando.

Debido a que se establece que la desesperanza es un factor de riesgo del suicidio y el apoyo social un factor de protección (de la Torre, 2013), se propuso la hipótesis 3. Esta plantea que existe una relación negativa entre la desesperanza y el apoyo social. Los resultados obtenidos afirman la hipótesis, puesto que establecen una relación inversa. Por esto mismo, podemos establecer que a mayores niveles de desesperanza menor será el apoyo social y viceversa.

Basado en la relación directa e inversa que establece el riesgo suicida con respecto a la desesperanza y el apoyo social respectivamente, se establece la hipótesis 4, en la cual se planteó que la desesperanza y el apoyo social serían predictores del riesgo suicida. Se sabe que los factores de riesgo aumentan el riesgo de suicidio, y que los factores de protección ayudan a disminuirlo. Por eso mismo, algunos autores como Rocamora (2012) plantearon que la desesperanza constituye un importante predictor de la conducta suicida, del mismo modo que Sánchez-Teruel et al. (2019) plantearon que la ausencia de apoyo social, supondría un buen predictor del riesgo. Según los resultados de nuestro análisis, se ha encontrado que las variables desesperanza y apoyo social predicen en un 41% la variable riesgo suicida, por lo que podemos confirmar nuestra hipótesis.

El **segundo objetivo** del trabajo consiste en determinar las diferencias encontradas en el riesgo suicida en función del género y de las franjas de edad. La hipótesis 5 refiere que el riesgo será mayor en el género masculino, puesto que la literatura explica que ser hombre constituye un factor de riesgo dentro del suicidio, ya que son los hombres los que más suicidios cometen y los que presentan mayor dificultad de búsqueda y de pérdida de

ayuda (Rocamora, 2012; Rosado et al., 2014). Según el INE (2021), se puede observar como estas cifras son muchísimo más altas en hombres que mujeres, siendo su proporción de 4:1.

Los resultados del presente estudio exponen que no se han encontrados diferencias significativas en el riesgo de suicidio con respecto a la variable género, por lo que no podemos aceptar nuestra hipótesis. Resulta interesante que, en las puntuaciones obtenidas, podemos observar que la media de riesgo de suicidio es mayor en el género femenino que en el masculino, siendo de 3 y 2,75 respectivamente. Es importante destacar que, aunque los hombres se suicidan con mayor frecuencia, son las mujeres las que realizan un mayor número de intentos (Barroso, 2019). Puesto que este cuestionario hace referencia al riesgo de suicidio, considerándose este como la posibilidad de llevar a cabo alguna conducta suicida (de la Torre, 2013), el hecho de que las mujeres cometan un mayor número de intentos puede influir en los resultados. Es posible que nuestros resultados se hayan visto limitados por las diferencias en la muestra encontradas entre los dos grupos, debido a que existe un mayor número de participantes que pertenecen al género femenino.

La hipótesis 6 refiere que el riesgo de suicidio será mayor en el rango de edad que corresponde a la franja comprendida entre los 40 y 59 años. Esta hipótesis se basa en los datos aportados por el INE (2021), en donde las cifras del último año con registro (2020) recogen que los grupos de edad en donde más suicidios se dieron fue en las franjas de edad entre 40 y 49 años con 754 muertes, y entre 50 y 59 años con 854 muertes. Los resultados de este estudio señalan que el grupo en donde mayor riesgo se ha obtenido es en el que corresponde al rango de entre 19 y 29 años, con una media de 3,94, siendo esta desesperanza leve. El resto de grupos de edades presentan unas medias similares,

clasificándose con una puntuación en desesperanza normal o asintomática (de 0 a 3 puntos).

Podemos concluir que los resultados obtenidos con respecto a las diferencias de edad en función del riesgo suicida son significativos, aunque no se haya cumplido la hipótesis planteada. Esto puede deberse a la escasa uniformidad de muestra en los distintos grupos de edad, puesto que algunos tamaños pueden ser poco representativos. Aun así, cabe destacar que el resultado obtenido refleja la realidad del panorama actual, puesto que, en los últimos años, han ido aumentando de forma considerable las muertes por suicidio en la población más joven (INE, 2021; OMS, 2021). Como reflejan Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez (2018), en gran parte de los países de la unión europea, el suicidio ocupa la principal causa de muerte en la población joven y adolescente.

Diversos autores como Sher (2020) o Sinyor et al. (2021), refieren que la pandemia ha generado numerosos efectos secundarios en nuestra salud mental, y que existen evidencias suficientes durante estos dos últimos años de sus consecuencias en nuestro bienestar psicológico. Explican que entre estos efectos destaca la ideación suicida, como una consecuencia de la desesperanza generada, el aislamiento prolongado y la falta de contacto social. A raíz de esto se plantea el **tercer objetivo** del trabajo, que corresponde a evaluar el impacto del COVID-19 en las variables desesperanza y apoyo social, y conocer la relación entre estas. Para ello, se plantea la hipótesis 7, que refiere que la pandemia por COVID-19 influirá de forma significativa en las variables desesperanza y apoyo social, afectando como consecuencia al riesgo de suicidio.

Conforme a los resultados obtenidos en este estudio encontramos que un 53,8 % de los participantes indicaron que el COVID-19 afectaba en sus pensamientos de

desesperanza, existiendo una relación directa entre estos. Además, obtenemos que un 40,1% de los participantes consideraron que la pandemia afectaba a su apoyo social percibido, existiendo una relación inversa entre estos. Además, podemos establecer que existe una relación entre el impacto de la pandemia y la desesperanza y apoyo social. Con estos resultados podemos afirmar nuestra hipótesis, debido a que prácticamente la mitad de la muestra ha reflejado que la pandemia influía en su percepción de la desesperanza y del apoyo social, y a la relación observada entre las variables. En presencia de la pandemia, aumentarían significativamente los niveles de desesperanza y disminuirían los niveles de apoyo social. Como consecuencia, de lo mencionado en este párrafo, la presencia del COVID-19 aumentaría el riesgo de suicidio.

El **cuarto objetivo** planteado en esta investigación consistió en obtener información específica de la muestra que presentaba riesgo suicida. Como conclusión principal, establecemos que de los 34 individuos presentaban riesgo, el 76,5 % pertenece al género femenino, además de que el 67,6 % pertenece a la franja edad de 19 a 29 años. También se concluyó que la mayoría no presentaba personas dependientes a cargo (91,2 % de la muestra), y el máximo nivel de estudios alcanzados de gran parte de la muestra era el grado o licenciatura (41,2 %).

La media alcanzada de riesgo suicida era de 7,88. Con respecto a las variables desesperanza y apoyo social, la muestra que presentaba riesgo obtuvo unas puntuaciones medias de 9,44 y de 39,79 respectivamente, puntuando en desesperanza moderada y apoyo social percibido normal. La hipótesis 8 refería que la muestra que presenta riesgo obtendría niveles altos de desesperanza y un apoyo social bajo. Los resultados obtenidos en los niveles de desesperanza coinciden con la hipótesis, y reflejan la información aportada en este trabajo, puesto que corrobora la relación de esta variable con el riesgo

de suicidio, y refleja una vez más el hecho de poder considerarla como predictor de la conducta suicida. De forma contraria, la puntuación sobre la percepción del apoyo social se considera normal, lo que no coincide ni con la hipótesis ni con los resultados aportados anteriormente en el trabajo. Es posible que pueda deberse a una limitación por el tamaño muestral, y que haga que los resultados no sean representativos. Del mismo modo, puede encontrarse relacionado con que la desesperanza ha obtenido un mayor valor predictivo que el apoyo social, como hemos visto en los apartados anteriores.

La Hipótesis 9 hace referencia a que el grupo con riesgo suicida obtendrá una puntuación media más elevada en desesperanza que la muestra sin riesgo, así como una puntuación menor en apoyo social. La puntuación media del grupo con riesgo se sitúa en desesperanza moderada, mientras que la del grupo sin riesgo corresponde a desesperanza leve. Con relación al apoyo social, las puntuaciones de los dos grupos corresponden a apoyo social percibido normal, aunque es cierto que la del grupo sin riesgo es menor que la de la muestra que presenta riesgo, siendo de 39,9 y 45,8 respectivamente. Debido a los resultados aportados, podemos aceptar la hipótesis.

Continuando con el objetivo de obtener información sobre la muestra que presenta riesgo, se analizaron de forma individual los ítems relacionados con la conducta suicida, en los cuales se concluyó que 24 participantes habían pensado en alguna ocasión en suicidarse, 13 de ellos habían comentado en alguna ocasión a otra persona que querían hacerlo, y que 6 habían llevado a cabo algún intento en su vida. Además, De las 24 personas que refirieron haber presentado pensamientos e ideas de muerte, 14 de ellas lo hicieron a raíz de la pandemia; de las 13 personas refirieron haber hablado con alguien sobre sus pensamientos del suicidio, 10 de ellas lo hicieron a raíz del COVID-19. Finalmente, de las 6 personas que indicaron haber realizado intentos suicidas, 1 refirió

haberlo hecho tras el inicio de la pandemia. Los resultados obtenidos muestran que el impacto de la pandemia ha podido influir en las conductas suicida. Además, coincide con la literatura aportada, la cual refleja que la ideación suicida aumentó durante la pandemia (Sinyor et al., 2021).

Podemos plantear que ha habido algunas **limitaciones** en nuestro estudio. Consideramos que la principal limitación es la escasa muestra recogida, puesto que no representa a la población general y puede influir en que los resultados no sean del todo significativos. Es cierto que, al inicio de la administración del cuestionario, recoger la muestra resultó más difícil de lo esperado. Consideramos que esta limitación pueda deberse al estigma que rodea al suicidio, puesto que estimamos que un gran número de individuos al ver la temática de los cuestionarios decidiera no hacerlos.

Otra limitación encontrada es que los distintos grupos que se han establecido para hacer los diferentes análisis no son homogéneos. Principalmente nos referimos a las diferencias en género, puesto que la muestra que pertenece al género femenino es mucho mayor que la que pertenece al género masculino. Así mismo, en los grupos de edad, también ha ocurrido un escenario similar, en donde la franja correspondiente a la gente joven es muy superior a las demás, haciendo que los grupos no sean representativos y pudiendo afectar en que algunas conclusiones o resultados obtenidos no sean realistas.

En España, la puesta en funcionamiento de programas de tipo preventivo es muy escasa, situándonos muy por debajo de los niveles de otros países europeos de desarrollo similar. Además, cabe destacar que no existe un plan nacional de prevención, a pesar que en algunas comunidades autónomas se estén desarrollando e implementando programas de prevención (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018). De hecho, en el pasado

enero, el propio Ministerio de Sanidad descartó aplicar un plan específico a nivel nacional para disminuir las muertes por suicidio y prevenirlo (Fernández, 2022).

En el momento actual en donde nos encontramos, aun queda mucho por trabajar para poder prevenir e intervenir en la conducta suicida. Por eso mismo, trabajos e investigaciones que traten sobre este tema que continúa siendo un tabú y se encuentra rodeado de tanto estigma, suponen un pequeño paso y un avance en la prevención del suicidio (Castellvi Obiols y Piqueras Rodríguez, 2018).

En resumen, existe una relación positiva y significativa entre la desesperanza y el riesgo de suicidio, así como una relación negativa y significativa entre el apoyo social y el riesgo de suicidio. Debido a esto podemos concluir que a mayor nivel de desesperanza existirá una mayor probabilidad de realizar una conducta suicida, y por el contrario que a menor grado de apoyo social, mayor será la probabilidad de llevar a cabo una conducta suicida. Por esto, concluimos que las variables desesperanza y apoyo, puedan ser predictores del riesgo suicida.

Desde aquí, se propone que se puedan seguir realizando estudios e investigaciones que cuenten con un mayor tamaño de muestra y que consigan mayor representatividad de los grupos y de la población.

Debido al valor predictivo que se les otorgan a estas variables, se propone que se puedan realizar campañas de prevención basadas en estas. De la misma forma, puesto que evaluar e identificar los factores de riesgo y de protección del suicidio conforman una de las principales vías de prevención, se plantea la medición y la evaluación de estas en las áreas clínicas y/o sanitarias, ayudando de una forma más eficaz de detectar a los usuarios

que presentan riesgo, y con ello, intervenir y ofrecer ayuda de forma más rápida, y conseguir, por ende, prevenir y disminuir las muertes por suicidio.

## 6. REFERENCIAS

- Aguilar Sizer, M., Lima Castro, S., Arias Medina, P., Peña Contreras, E., Cabrera Vélez, M. y Bueno Pacheco, A. (2020) *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-unk-11*. Centro de documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica.
- Álamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., y Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(2), 167–175.
- Barroso Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51–66. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Beck, A., Kovacs, M., y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234 (11), 1146–1149. doi:10.1001/jama.234.11.1146
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 13(2), 215–227.
- Castellvi Obiols, P., y Piqueras Rodríguez, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia:

un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45–59. <https://0-dialnet-unirioja-es.catalog.uoc.edu/servlet/extart?codigo=7161801>

Coppersmith, D. D. L., Kleiman, E. M., Glenn, C. R., Millner, A. J., y Nock, M. K. (2019). The dynamics of social support among suicide attempters: A smartphone-based daily diary study. *Behaviour Research and Therapy*, 120(October), 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.016>

Cuéllar-Flores, I., y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras Validation of the Duke-UNK-11 functional social support questionnaire in caregivers. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(34), 89–101.

De la Torre, M. (2013). Manejo Inicial de a Ideación Suicida. *Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada*, 1–35.

Fernández, I. (2022). Suicidio: Sanidad descarta un plan fuera de la Estrategia de Salud Mental. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/sanidad-ve-innecesario-crear-un-plan-especifico-para-reducir-el-suicidio-3642>

Fonseca-Pedrero, E., y de Albéniz, A. P. (2020). Assessment of suicidal behavior in adolescents: The paykel suicide scale. *Papeles Del Psicologo*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Giner, L., y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 7(3), 139–146.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>

Instituto Nacional de Estadística (2021). *Defunciones por suicidios - Año 2020*.

*Resultados nacionales*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49948>

Kleiman, E. M., y Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis*, 34(1), 42–49. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>

Nichols, D. S., Innamorati, M., Erbuto, D., Ryan, T. A., y Pompili, M. (2021). An MMPI-2 hopelessness scale: Construction, initial validation and implication for suicide risk. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3(December 2020), 100057. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100057>

Nizama, M. (2011). Artículo de Revisión. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2), 1–5.

Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis de las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer.

Rodríguez, S. P., Marco Salvador, J. H., y García-Alandete, J. (2017). El papel de la desesperanza y el sentido de la vida en una muestra clínica con autolesiones no suicidas e intentos suicidas. *Psicothema*, 29(3), 323–328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>

Rosado Millán, M., García García, F., Alfeo Álvarez, J. y Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Revista de ciencias sociales* (13).

Rueda Jaimes, G. E., Castro Rueda, V. A., Rangel Martínez, A. M., Moreno Quijano, C.,

- Martínez Salazar, G. y Camacho, P. (2016). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría de Salud Mental de Barcelona*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de junio de 2021). *Datos y cifras sobre suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., y García-León, A. (2019). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *Qjm*, 113(10), 707–712. <https://doi.org/10.1093/QJMED/HCAA202>
- Sinyor, M., Knipe, D., Borges, G., Ueda, M., Pirkis, J., Phillips, M. R., Gunnell, D., Analuisa Aguilar, P. F., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., John, A., Hawton, K., Kapur, N., Khan, M., Kirtley, O., Niederkrotenthaler, T., Nielsen, E., O'Connor, R., ... Zalsman, G. (2021). Suicide Risk and Prevention During the COVID-19 Pandemic: One Year On. *Archives of Suicide Research*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784>
- Suarez Colorado, Y., Palacio Señudo, J., Caballero Domínguez, C. y Pineda Roa, C. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchick en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51 (3), 145-152. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

## 7. ANEXOS

### *Anexo 1. Cuestionario de Desesperanza de Beck (BHS).*

|    |   |
|----|---|
| 1  | 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.   |
| 2  | Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.       |
| 3  | Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.       |
| 4  | No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.  |
| 5  | Tengo bastante tiempo libre para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.            |
| 6  | En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.                                     |
| 7  | Mi futuro me parece oscuro.   |
| 8  | Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.     |
| 9  | No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro. |
| 10 | Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.                                |
| 11 | Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.                    |
| 12 | 12. No espero conseguir lo que realmente deseo.   |
| 13 | Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.                   |
| 14 | Las cosas no marchan como yo quisiera.  |
| 15 | Tengo una gran confianza en el futuro.  |
| 16 | Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.                      |
| 17 | Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.                        |
| 18 | El futuro me parece vago e incierto.  |
| 19 | Espero más bien épocas buenas que malas.  |
| 20 | No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.   |

*Anexo 2. Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK 11.*

|    |   |
|----|---|
| 1  | Recibo visitas de mis amigos y familiares.  |
| 2  | Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.                                       |
| 3  | Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.                           |
| 4  | Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.                               |
| 5  | Recibo amor y afecto.   |
| 6  | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa. |
| 7  | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.    |
| 8  | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.                 |
| 9  | Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.                         |
| 10 | Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.     |
| 11 | Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.   |

*Anexo 3. Cuestionario de Riesgo Suicida de Plutchik.*

|    |   |
|----|---|
| 1  | ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?                   |
| 2  | ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?  |
| 3  | ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?  |
| 4  | ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?   |
| 5  | ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?  |
| 6  | ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?  |
| 7  | ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?  |
| 8  | 8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? |
| 9  | ¿Está deprimido/a ahora?  |
| 10 | ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?   |
| 11 | ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?                                  |
| 12 | ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?                  |
| 13 | ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?   |
| 14 | ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?                               |
| 15 | ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?  |