

Salud mental y Suicidio en hombres adultos

Autores: Fransheska Patricia Castro Pizarro (0009-0009-6763-2129) – Montserrat

Antonella Romanque Pésico (0009-0007-4204-5644)

Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad de las Américas

Docente guía: Jonathan Martínez Líbano

Resumen: La salud mental en hombres adultos se considera un fenómeno complejo y paradójico, dando lugar a una dualidad entre los bajos índices en trastornos mentales diagnosticados, sin embargo, la tasa de suicidio en hombres es más alta en comparación con las mujeres. Por esta razón, el objetivo de esta investigación es explorar las prevalencias y los factores que influyen en la salud mental y el suicidio en hombres adultos. Para llevar a cabo esta investigación se aplicó una encuesta con muestra intencionada en hombres adultos de un rango de edad entre los 20 y 80 años. Dentro de las escalas aplicadas en la encuesta encontramos el DASS-21, Escala de Okasha y Escala de Bienestar. Por otra parte, la realización de preguntas con respuestas dicotómicas permitió evaluar variables de interés tales como la situación laboral y financiera, reconocimiento de emociones y búsqueda de ayuda. Los participantes de esta encuesta fueron un total de 416, de los cuales 336 pertenecían a la población de interés. Respecto a los resultados se logra identificar que entre los 18 y 30 años de edad los participantes presentan un mayor riesgo suicida. Esto, según nuestra investigación, está relacionado con variables sociodemográficas tales como vivir solo y que su nivel máximo de estudios alcanzados es la enseñanza media. Por otro lado, también se asocia a redes de apoyo débiles o nulas, padecer de depresión y tener una percepción de bienestar baja.

Palabras claves: salud mental, suicidio, hombre adulto.

Abstract: Mental health in adult men is considered a complex and paradoxical phenomenon, giving rise to a duality between low rates of diagnosed mental disorders, yet the rate of suicide in men is higher compared to women. For this reason, the aim of this research is to explore the prevalences and factors influencing mental health and suicide in men. To carry

out this research, a purposive sample survey was applied to adult men between 20 and 80 years of age. Among the scales applied in the survey were the DASS-21, Okasha Scale and Well-Being Scale. On the other hand, the use of questions with dichotomous answers allowed us to evaluate variables of interest such as work and financial situation, recognition of emotions and help-seeking. A total of 416 participants took part in this survey, of which 336 belonged to the population of interest. With respect to the results, it is possible to identify that between 18 and 30 years of age the participants present a greater suicidal risk. This, according to our research, is related to sociodemographic variables such as living alone and that their highest level of education is high school. On the other hand, it is also associated with weak or non-existent support networks, depression and a low perception of well-being.

Keywords: mental health, suicide, adult man.

1. Introducción

La salud mental se entiende como un estado de bienestar con el cual la persona puede desarrollar habilidades, obtener un manejo adecuado del estrés y le permite desempeñarse de manera productiva en el entorno (OMS, 2023). La salud mental en hombres se considera una crisis silenciosa (Affleck et al., 2018) y a su vez un fenómeno paradójico, considerando que este grupo presenta bajos índices en depresión, sin embargo, cuentan con altas tasas de suicidio en comparación con las mujeres (Herron et al., 2020). Por otro lado, mientras que las mujeres muestran tasas más altas de comportamiento suicida no fatal reportado, los hombres tienen una tasa mucho mayor de suicidio consumado, se sabe que, en todo el mundo, los hombres se suicidan entre 3 y 10 veces más que las mujeres, además en los países como Estados Unidos y Canadá, los hombres mueren por intentos de suicidio 3 veces más a menudo que las mujeres (Sher, L. 2015).

Según la literatura, los hombres interiorizan los puntos de vista e incluso las estigmatizaciones que tienen respecto a la salud mental, haciendo juicios sobre ellos mismos expresado de forma diferente a las mujeres (Oliffe et al., 2016). Por esta razón, es menos probable que los hombres accedan a servicios o tratamiento para mejorar su salud mental (Creighton et al., 2017).

Algunas investigaciones plantean que existe un síndrome depresivo masculino (Affleck et al., 2018). Lo anterior estaría asociado a lo que comúnmente se conoce como la depresión enmascarada; este fenómeno se da cuando los hombres esconden sus emociones, aun cuando presentan sintomatología o un trastorno depresivo, a través de conductas como altos niveles de consumo de alcohol y drogas, e inadecuado uso de estas, sumado a otros elementos como descontrol de impulsos, ira e irritabilidad (Rabinowitz & Cochran, 2008). Lo anterior se genera en consecuencia de que los hombres enmascaran la tristeza y soledad, alcanzando niveles patológicos importantes; estos síntomas de actuación no están incluidos en los criterios diagnósticos, por esta razón probablemente en muchas ocasiones se presentan falsos negativos (Affleck et al., 2018). El hecho de que los hombres enmascaren sus emociones tiene relación directa con el contexto en el que se encuentran socialmente, en donde existe una represión sobre las emociones masculinas, causando que actúen ocultando sus sentimientos (Rabinowitz & Cochran, 2008). El manejo de la masculinidad en el desarrollo de ideación y acciones suicidas está intrínsecamente relacionado con la evitación de la conducta de búsqueda de ayuda (Rasmussen et al., 2018). Considerando que un elemento particular de la masculinidad dominante es ser autosuficiente, lo que puede posicionar a este grupo en un mayor riesgo de pensamientos suicidas (Pirkis et al., 2017).

El suicidio es considerado una de las causas más importantes de muerte en las sociedades modernas (Sarchiapone et al., 2016). Es por esto que ha sido abordado desde el área de la psicología como un espectro que se conforma por tres fases: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado (López-Vega et al., 2020). Por otra parte, el riesgo suicida es definido como la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida y se considera una conducta autodestructiva de causas multifactoriales (Landa, 2022). Los comportamientos suicidas son frecuentes en la atención primaria: un médico de cabecera pierde un paciente por suicidio cada 4 a 7 años; así también, las personas que se suicidan difieren de los que intentan suicidarse en términos de características demográficas, sexo, antecedentes de intento de suicidio, contacto previo e ideas suicidas expresadas (Younes et al., 2015).

Se ha referido que los trastornos mentales constituyen un factor de riesgo relevante para la conducta suicida, y que además hasta en el 90% de los casos de suicidio, se ha presentado algún trastorno mental asociado, siendo la depresión y la esquizofrenia las de mayor riesgo (Lopez-Vega et al., 2020). En cuanto a la relación entre estas variables, se encontró que la

depresión, consumo de tóxicos (alcohol, opiáceos y estimulantes), trastornos de personalidad, enfermedades somáticas (dolor crónico o intenso), esquizofrenia y trastorno bipolar, así como las dimensiones psicológicas impulsividad, agresividad, desesperanza y rigidez cognitiva, son factores de riesgo que conllevan al suicidio (Lopez-Vega et al., 2020).

En 2019, hubo más de 47,000 muertes por suicidio en los EE. UU. Y más de 37,000 suicidios se produjeron entre personas en edad laboral (16 a 64 años) (Frey et al., 2023). Los hombres de 35 a 64 años representan más del 38% de todos los suicidios en los Estados Unidos; Si bien la investigación sobre intervenciones para reducir la ideación y el comportamiento suicida entre los adultos ha aumentado, muchos programas existentes tienen poco impacto en el riesgo de suicidio de los hombres (Frey et al., 2023). Según un estudio de intento y suicidio consumado en atención primaria, en comparación con otros pacientes que intentaron suicidarse, los que completaron el suicidio tenían más probabilidades de ser hombres mayores y haber usado un método más letal; así mismo, este mismo grupo tenía menos probabilidades de tener antecedentes de intento de suicidio previo y contactos anteriores con su médico de cabecera (Sarchiapone et al., 2016). Datos australianos actuales indican que el suicidio es la principal causa de muerte entre los hombres, representando el 24,4% de las muertes en un rango de edad de 15 a 24 años (Rice et al., 2018). Por otro lado, un estudio encontró que el suicidio es una de las principales causas de muerte en la edad adulta mayor, en donde el 80% de los hombres mayores que consumaron el suicidio lo hicieron mediante un arma de fuego (Kaplan et al., 2012).

Algunos factores de riesgo identificados por la literatura para el suicidio en hombres incluyen autosuficiencia, enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, nivel socioeconómico más bajo, residencia, y estado civil soltero; además de esto, factores a nivel poblacional como el desempleo, privación social, y la cobertura mediática del suicidio también se incluyen como factores de riesgo (Pitman et al., 2012).

Consecuentemente, y en relación con todo lo anteriormente expuesto, es que esta investigación tiene como objetivo indagar sobre prevalencias y factores que influyen en la salud mental y suicidio en hombres.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo y diseño de estudio

El presente estudio tuvo un tipo y diseño de estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Cuantitativo dado que se realizó la aplicación de instrumentos psicométricos cuantitativos con el fin de conocer el fenómeno de Salud mental y suicidio en hombres adultos (Cerezo, P. G. 2016). A su vez es transversal dado que se aplica en un momento y en una muestra determinada (Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, et al., 2021) Se utilizó una encuesta auto informada que incorporó un cuestionario con preguntas dicotómicas. Y la metodología de recolección de datos fue a través de bola de nieve (Bockorni, B. R. S., & Gomes, A. F. 2021). La muestra de nuestra investigación fue por conveniencia (Salvadó, I. E. 2016).

2.2 Muestra

El presente estudio tuvo una muestra de 416 personas, de las cuales el 336 (SD = 80.6%) corresponden al género masculino, frente a 78 (18.7%) que corresponden al género femenino, además de 2 personas correspondientes al 0,5% que se consideraron no binarios. La muestra fue intencionada, dado que nuestro propósito era encuestar a hombres adultos entre 20 y 80 años.

2.3 Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo a partir de diversas etapas las cuales procedemos a describir. En un primer momento fueron revisadas las referencias actualizadas de Salud mental y Suicidio en hombres adultos, a partir de esto es que se elaboraron las hipótesis de nuestra investigación. Luego de este proceso se seleccionaron las escalas psicológicas para medir la prevalencia de la salud mental y suicidio en hombres adultos. Luego se subieron a un FORMS donde fueron cargadas variables sociodemográficas tales como: edad, género, orientación sexual, nacionalidad, región, estado civil, cantidad de hijos, nivel máximo de estudio alcanzado, principal actividad actual e ingreso familiar y luego se cargaron los instrumentos, DASS-21, OKASHA y Escala de Bienestar. Finalmente se procedió a la toma de la muestra, lo cual se realizó a través de la metodología bola de nieve, esto se llevó a cabo

durante los meses de abril y mayo de 2024. Se diseñó una encuesta utilizando Google Forms y se generó un enlace que se distribuyó a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook, Instagram y Gmail, con un alcance a nivel nacional. En total, se recopilaron 416 respuestas, pero se excluyeron 80 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión. Los cuestionarios se manejaron de manera confidencial, por lo que no fue posible identificar a los participantes específicos.

Luego de la recolección de la muestra se procedió con el análisis de datos. Para iniciar este proceso lo primero que se realizó fue ordenar y corregir la base de datos. Finalmente se presentaron los resultados principales.

2.4 Descripción de Instrumentos:

El presente estudio contempló la aplicación de varios instrumentos.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es una herramienta de evaluación psicológica utilizada para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en las personas. La escala DASS-21 consta de tres subescalas de autoinforme diseñadas para evaluar la intensidad y frecuencia de la ansiedad (7 ítems), la depresión (7 ítems) y el estrés (7 ítems). El sistema de puntuación oscila entre 0 y 3, representando la evaluación de la semana anterior (que va desde "no me corresponde en absoluto" hasta "mayoritariamente aplicable a mí"). La escala de depresión evalúa los sentimientos de tristeza, vacío, autocrítica, pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer. La escala de ansiedad evalúa los síntomas psicológicos y físicos del miedo, la activación del sistema nervioso autónomo, la ansiedad en determinadas situaciones y la experiencia personal del individuo de sentirse preocupado (20). La puntuación de la escala se determina sumando las puntuaciones de los ítems relacionados, que van de 0 a 21. El puntaje de la escala tiene un coeficiente de confiabilidad (Alfa) de 0,85 para la población chilena. En este caso, se calculó que el coeficiente alfa de Cronbach era $\alpha = 0,949$, mientras que el coeficiente omega se determinó que era $\omega = 0,950$. Los umbrales

para la escala de depresión se fijaron en 5 puntos, mientras que la escala de ansiedad y la escala de estrés tuvieron umbrales de 5 puntos y 8 puntos respectivamente (totalizando 20 puntos). Los diferentes niveles de depresión se clasifican de la siguiente manera: "sin depresión" (0-4), "depresión leve" (5-6), "depresión moderada" (7-10), "depresión severa" (11-13) y "depresión extremadamente severa" (≥ 14). Los niveles de ansiedad se categorizan de la siguiente manera: "sin ansiedad" (0-3), "ansiedad leve" (4), "ansiedad moderada" (5-7), "ansiedad severa" (8-9) y "ansiedad extremadamente severa" (≥ 10). Los niveles de estrés se clasifican de la siguiente manera: "sin estrés" (0-7), "estrés leve" (8-9), "estrés moderado" (10-12), "estrés severo" (13-16) y "estrés extremadamente severo" (≥ 17). Para esta aplicación el alfa de Cronbach fue de 0,965.

ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OKASHA

El cuestionario de suicidalidad de Okasha detecta el riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizado por equipos de salud general, profesionales y técnicos, e incluso por monitores y agentes comunitarios. Evalúa el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico. La confiabilidad para la población chilena es apropiada ($\alpha=0,89$) (34), y es incluido en el programa nacional de prevención del suicidio del MINSAL. Esta escala diseñada por Okasha, es autoadministrada, tipo Likert, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio.

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el sub puntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. Para esta aplicación el alfa de Cronbach fue de 0,906.

BIENESTAR (EBS-8)

La EBS-8 es una herramienta breve para evaluar el bienestar subjetivo, que incluye la satisfacción con la vida y el afecto positivo. Consiste en ocho ítems que se responden en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy satisfecho).

Ítems: Los ítems de la EBS-8 abordan aspectos como la satisfacción con la vida, la felicidad, el optimismo y la tranquilidad emocional.

Puntuación: La puntuación total se obtiene sumando las respuestas a los ocho ítems. Puede variar entre 8 y 56, donde una puntuación más alta indica mayor bienestar subjetivo.

Validez y confiabilidad: La EBS-8 ha demostrado ser válida y confiable en estudios con población hispanohablante. Para esta aplicación el alfa de Cronbach 0,985.

Variables sociodemográficas: dentro de las variables sociodemográficas se encuentra género, edad, estado civil, región a la que pertenece, nacionalidad, nivel máximo de estudios alcanzados, principal actividad en estos momentos, ingreso familiar.

Variables de interés: las variables de interés se realizaron a través de preguntas cerradas con respuestas dicotómicas de SÍ/NO, dentro de las preguntas realizadas estuvieron: ¿Estoy desempleado?, ¿Tengo estabilidad financiera?, ¿Aprovecho mi tiempo libre en actividades recreativas?, ¿Busco ayuda para resolver mis problemas?, ¿Respeto las emociones del otro/a?, entre otras.

2.5 Análisis estadístico

En este estudio, se aplicaron múltiples técnicas estadísticas para analizar los datos. Los cuales fueron realizados en una primera instancia con el programa Excel, y luego de esto se llevó a cabo un análisis descriptivo a través del programa SPSS, donde se calcularon las medias y desviaciones estándar para todas las variables de interés, proporcionando una comprensión básica de la **distribución de los datos**. Posteriormente, se emplearon pruebas t de Student y ANOVA para investigar las diferencias significativas entre grupos. Estos análisis permitieron determinar si existían variaciones estadísticamente significativas en las medidas claves entre los diferentes grupos de participantes. Para explorar más a fondo las relaciones entre las variables, se realizó un análisis de regresión logística utilizando el método hacia adelante

basado en la razón de verosimilitud (LR). Este enfoque permitió identificar las variables que contribuyen de manera significativa a la predicción del resultado de interés, seleccionándolas de manera iterativa para su inclusión en el modelo. Una vez identificadas las variables significativas, se procedió a realizar una regresión logística utilizando el método de inclusión. Este paso final en el análisis de regresión logística permitió evaluar el impacto conjunto y las relaciones entre las variables seleccionadas en relación con la variable dependiente.

2.6 Criterios de inclusión y exclusión

En el presente estudio dentro de los criterios de inclusión estuvieron ser hombre y tener entre 20 y 80 años. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron, ser mujer o presentar otra percepción de género y no estar dentro del rango de edad de 20 a 80 años además de cuestionarios incompletos.

2.7 Implicaciones éticas

Dentro de nuestra encuesta se solicitó responder si se encuentra de acuerdo con nuestras condiciones para poder responder el cuestionario, dentro de estas se encuentra, encontrarse en un rango de edad de 20 a 80 años. Además de no solicitar datos personales como nombre, Rut y otros datos privados, esto debido a que en nuestra encuesta dejamos claro que las respuestas serían de manera anónima.

3. Resultados

3.1 Características de los participantes

Las características sociodemográficas de los sujetos de estudio se presentan en la Tabla 1. Los participantes eran hombres principalmente, pero de igual manera hubo respuestas de mujeres. En el total de las respuestas un 80.6% pertenece al género masculino frente a un 18.7% que pertenece al género femenino. Considerando la tendencia sexual de los participantes un 91.1% es heterosexual, un 4.1% es homosexual y finalmente un 4.6% se identifica con otra tendencia sexual.

La muestra fue intencionada para hombres entre los 18 y 80 años, donde el promedio de edad se situó en los 18 y 25 años (36.2%). También hubo entre los 26 y 30 años (17%), 31 y 35 años (11.5%), 36 y 40 años (9.1%), 41 y 45 años (7.7%), 46 y 50 años (6.5%) y finalmente

más de 50 años (11%). En relación con su estado civil un 66.2% se encontraba soltero, luego un 20.6% de la muestra está casado. Frente a esto, un 30.7% de los participantes se encuentra actualmente en una relación de pareja. Por otra parte, un 28.3% no se encuentra en una relación de pareja.

Según las respuestas de la encuesta un 13.4% vive solo frente a la mayoría que vive con su familia (48.7%). Por otro lado, un 11.5% vive solo con su pareja, mientras que el 3.6% vive con amigos, quedando 22.5% que convive de otra manera. Se identifica también que un 47.2% no tiene hijos mientras que un 18.5% tiene 1 hijo, el 21.1% tiene 2 hijos, el 9.8% tiene 3 hijos y finalmente el 3.1% tiene 4 hijos o más.

En términos de regiones, fueron tres a nivel nacional en las cuales se posicionó el promedio de las respuestas. Por un lado, tenemos a la región de Valparaíso donde encontramos un 57.4% de las respuestas. Por otra parte, en la región Metropolitana de Santiago hubo un 18.7% de respuestas. Luego, en la región del Biobío el porcentaje corresponde a 12.5%. Finalmente, un 13.9% de los participantes pertenece a otra región. Se considera también que el 98.1% de los encuestados es chileno mientras que el 1.7% es extranjero.

Respecto al nivel máximo de estudios alcanzados, fueron tres las categorías donde encontramos el promedio de las respuestas. Un 34.5% se encuentra cursando la Educación Superior Universitaria frente a un 38.6% que alcanzó la Enseñanza Media. Por otro lado, un 19.4% alcanzó o cursa la Educación Superior Técnico.

En relación con la principal actividad que realizan los participantes un 61.2% es trabajador frente a un 13.2% que son estudiantes de pregrado. Luego, un 9.4% contestó ser estudiante de pregrado y trabajador a la vez. En lo que respecta al ingreso familiar un 18.5% tiene un ingreso menor a \$500.000, el 31.2% tiene un ingreso entre \$500.000 y \$1.000.000, el 30.7% tiene un ingreso entre \$1.000.000 y \$1.500.000, el 13.4% tiene un ingreso entre \$1.500.000 y \$2.500.000 y finalmente el 6% tiene un ingreso mayor a \$2.500.000.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

Características	Categorías	n (%)													
		Depresión			Ansiedad			Estrés		Idea. Suicida		Intento Suicida		Bienestar	
		M ± SD	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	
Género	Femenino	78 (18,7)	6,05 ± 5,34	10,85**	7,18 ± 5,43	26,02**	7,33 ± 4,97	17,44**	3,24 ± 2,91	13,57**	0,36 ± 0,70	22,59**	28,14 ± 11,13	3,76*	
	Masculino	336 (80,6)	3,57 ± 4,76		3,29 ± 4,42		3,89 ± 4,75		1,89 ± 2,64		0,21 ± 0,58		31,25 ± 12,74		
	Otro	2 (0,5)	12,0 ± 2,82		13,00 ± 5,65		9,50 ± 0,70		8,50 ± 0,70		3,00 ± 0,00		14,00 ± 8,48		
Tendencia Sexual	Heterosexual	380 (91,1)	3,90 ± 4,86	3,07*	3,89 ± 4,85	3,33*	4,35 ± 4,89	3,94*	2,06 ± 2,69	4,05*	0,22 ± 0,57	7,21**	30,8 ± 12,5	1,27*	
	Homosexual	17 (4,1)	6,53 ± 6,48		5,06 ± 4,89		6,41 ± 4,57		2,82 ± 3,57		0,47 ± 1,00		30,82 ± 14,63		
	Otro	19 (4,6)	5,47 ± 5,37		6,68 ± 5,36		7,05 ± 6,16		3,79 ± 3,19		0,74 ± 1,04		26,1 ± 10,65		
Edad	18-25	151 (36,2)	5,72 ± 5,05	11,20**	5,70 ± 4,90	12,18**	6,35 ± 4,89	15,61**	3,35 ± 3,01	13,91**	0,38 ± 0,76	2,42*	30,26 ± 10,63	0,83	
	26-30	71 (17)	5,66 ± 5,65		5,04 ± 5,28		6,06 ± 5,45		2,76 ± 2,75		0,30 ± 0,61		29,03 ± 11,49		
	31-35	48 (11,5)	3,79 ± 4,39		5,19 ± 5,40		5,40 ± 5,00		1,83 ± 2,35		0,19 ± 0,57		31,06 ± 12,94		
	36-40	38 (9,1)	1,37 ± 3,14		1,05 ± 2,27		1,21 ± 2,49		0,63 ± 1,55		0,11 ± 0,38		32,05 ± 13,63		
	41-45	32 (7,7)	2,65 ± 4,37		2,53 ± 2,17		2,74 ± 3,84		1,41 ± 2,45		0,26 ± 0,66		30,85 ± 14,12		
	46-50	27 (6,5)	1,32 ± 3,64		1,25 ± 3,70		1,36 ± 4,06		0,71 ± 1,97		0,11 ± 0,56		34,68 ± 15,76		
	50+	46 (11)	1,50 ± 3,43		1,37 ± 2,96		1,57 ± 2,78		0,48 ± 1,51		0,07 ± 0,25		29,65 ± 15,01		
Estado Civil	Soltero	276 (66,2)	5,17 ± 5,26	11,60**	5,13 ± 5,13	11,30**	5,68 ± 5,16	12,60**	2,77 ± 2,94	11,83**	0,34 ± 0,71	4,01**	30,15 ± 11,69	2,12*	
	Casado	86 (20,6)	1,57 ± 3,45		1,55 ± 3,44		1,97 ± 3,50		0,66 ± 1,76		0,08 ± 0,38		31,34 ± 14,80		
	Divorciado	18 (4,3)	1,56 ± 2,33		1,67 ± 3,71		1,72 ± 2,76		0,89 ± 1,87		0,00 ± 0,00		35,89 ± 12,66		
	Conviviente civil	23 (5,5)	2,43 ± 3,36		3,09 ± 3,27		3,04 ± 3,86		1,65 ± 2,10		0,13 ± 0,45		32,74 ± 12,84		
	Otro	13 (3,1)	3,85 ± 4,89		3,31 ± 4,59		4,54 ± 5,19		2,23 ± 2,24		0,15 ± 0,37		23,77 ± 10,33		
¿Actualmente se encuentra en una relación de pareja?	Si	295 (30,7)	3,35 ± 4,36	11,34**	3,59 ± 4,57	4,95**	4,18 ± 4,84	3,13*	1,86 ± 2,61	6,92*	0,20 ± 0,55	4,43**	31,77 ± 12,71	5,22**	
	No	118 (28,3)	5,48 ± 5,80		5,25 ± 5,46		5,53 ± 5,15		2,97 ± 2,99		0,40 ± 0,79		27,92 ± 11,68		
	Otro	3 (0,7)	6,33 ± 10,97		4,33 ± 7,50		4,33 ± 7,50		2,00 ± 3,46		0,00 ± 0,00		19,67 ± 7,50		
¿Con quién vive?	Solo	56 (13,4)	4,43 ± 5,64	7,40**	3,68 ± 4,83	3,19**	4,16 ± 5,03	3,69**	2,73 ± 3,10	6,46*	0,39 ± 0,82	6,12**	27,68 ± 13,52	2,04*	
	Con familia	203 (48,7)	3,07 ± 4,65		3,58 ± 5,11		4,00 ± 5,13		1,66 ± 2,45		0,20 ± 0,55		30,89 ± 12,87		
	Solo con pareja	48 (11,5)	3,52 ± 3,70		3,46 ± 3,78		4,15 ± 3,78		1,77 ± 2,88		0,29 ± 0,68		34,00 ± 12,49		
	Con amigos	15 (3,6)	7,80 ± 5,08		6,47 ± 4,03		7,73 ± 4,99		4,33 ± 3,17		0,93 ± 0,96		26,73 ± 10,11		
	Otro	94 (22,5)	5,73 ± 5,23		5,29 ± 4,87		5,71 ± 4,85		2,82 ± 2,80		0,17 ± 0,50		30,54 ± 11,17		
¿Tiene hijos?	No	197 (47,2)	5,40 ± 5,13	11,90**	5,31 ± 4,90	10,32**	5,87 ± 4,95	11,74**	2,98 ± 2,94	13,89**	0,35 ± 0,73	3,03**	30,50 ± 11,23	0,36	
	Si, 1	77 (18,5)	4,64 ± 5,56		4,42 ± 5,36		5,03 ± 5,32		2,43 ± 2,76		0,23 ± 0,58		30,53 ± 12,04		
	Si, 2	88 (21,1)	2,42 ± 3,84		2,63 ± 4,46		3,09 ± 4,49		1,20 ± 2,20		0,22 ± 0,57		29,85 ± 13,90		
	Si, 3	41 (9,8)	1,37 ± 3,39		1,71 ± 3,25		1,78 ± 3,46		0,59 ± 1,61		0,02 ± 0,15		31,68 ± 14,60		
	Si, 4 o más	13 (3,1)	0,54 ± 0,77		0,31 ± 0,75		0,69 ± 1,18		0,00 ± 0,00		0,00 ± 0,00		33,77 ± 17,87		
Región a la que pertenece	Valparaíso	228 (54,7)	3,89 ± 4,88	12,68**	3,93 ± 4,72	11,44**	4,43 ± 4,88	14,91**	2,14 ± 2,68	12,19**	0,21 ± 0,56	6,68**	31,27 ± 12,42	1,4	
	Metropolitana de Santiago	78 (18,7)	4,83 ± 4,92		5,05 ± 5,36		5,55 ± 4,49		2,56 ± 3,03		0,38 ± 0,74		30,21 ± 11,74		
	Biobío	52 (12,5)	1,04 ± 2,19		1,06 ± 1,99		1,10 ± 2,43		0,38 ± 1,12		0,02 ± 0,13		31,46 ± 15,52		
	Otro	58 (13,9)	6,50 ± 5,82		6,00 ± 5,49		6,84 ± 5,42		3,36 ± 3,04		0,48 ± 0,86		27,64 ± 10,75		
Nacionalidad	Chileno	409 (98,1)	4,09 ± 5,01	0,499	4,06 ± 4,88	-0,196	4,56 ± 4,97	-0,006	2,19 ± 2,78	1,129	0,26 ± 0,63	1,072	30,6 ± 12,52	0,277	
	Extranjero	7 (1,7)	3,14 ± 3,18		4,43 ± 6,52		4,57 ± 5,47		1,00 ± 2,23		0,00 ± 0,00		29,2 ± 14,0		
Nivel máximo de estudios alcanzados	Educación Superior Universitaria	144 (34,5)	4,91 ± 5,33	4,48**	4,70 ± 4,87	2,51*	5,16 ± 5,01	2,47*	2,68 ± 2,92	3,45*	0,33 ± 0,69	1,34	30,63 ± 11,71	0,2	
	Enseñanza media	161 (38,6)	3,19 ± 4,51		3,35 ± 4,36		3,98 ± 4,65		1,91 ± 2,73		0,20 ± 0,56		30,86 ± 12,91		

	Educación Superior Técnico	81 (19,4)	3,86 ± 4,82		4,20 ± 5,64		4,52 ± 5,37		1,70 ± 2,35		0,20 ± 0,60		29,88 ± 12,43	
	Estudios de post grados	25 (6)	6,40 ± 5,40		5,28 ± 5,53		5,84 ± 5,31		2,92 ± 3,09		0,36 ± 0,86		30,12 ± 14,45	
	Otro	5 (1,2)	0,40 ± 0,89		0,60 ± 1,34		0,20 ± 0,44		0,00 ± 0,00		0,00 ± 0,00		34,40 ± 18,67	
Principal Actividad en estos momentos	Trabajador	255 (61,2)	2,98 ± 4,75	7,28**	3,10 ± 4,78	6,00**	3,40 ± 4,79	8,32**	1,51 ± 2,51	10,34**	0,18 ± 0,56	4,31**	31,49 ± 13,45	1,36
	Estudiante pre grado	55 (13,2)	5,27 ± 4,95		5,45 ± 4,17		6,53 ± 4,58		3,29 ± 2,76		0,31 ± 0,66		30,31 ± 9,75	
	Trabajador y estudiante pre grado	39 (9,4)	6,69 ± 5,37		6,49 ± 5,30		6,90 ± 4,87		3,77 ± 3,12		0,56 ± 0,93		28,74 ± 11,35	
	Desempleado	23 (5,5)	5,22 ± 4,32		4,83 ± 5,13		6,26 ± 5,42		2,09 ± 2,02		0,26 ± 0,44		30,52 ± 11,64	
	Dueño de casa	14 (3,4)	5,86 ± 4,83		6,36 ± 5,25		7,21 ± 4,99		4,43 ± 3,48		0,64 ± 1,00		23,71 ± 9,06	
	Otro	30 (7,2)	6,07 ± 4,60		4,93 ± 4,28		5,23 ± 4,09		2,67 ± 2,72		0,13 ± 0,34		29,10 ± 11,8	
Ingreso Familiar	menos de \$500.000	77 (18,5)	5,86 ± 5,17	8,56**	5,43 ± 5,00	8,40**	6,45 ± 4,91	10,56**	3,00 ± 2,84	6,73*	0,35 ± 0,75	1,82**	27,65 ± 11,5	2,8*
	\$500.000 a \$1.000.000	130 (31,2)	4,96 ± 5,65		5,11 ± 5,37		5,54 ± 5,24		2,71 ± 3,02		0,33 ± 0,70		29,93 ± 12,22	
	\$1.000.000 a \$1.500.000	128 (30,7)	2,26 ± 3,82		2,16 ± 3,75		2,48 ± 4,01		1,29 ± 2,26		0,16 ± 0,49		32,98 ± 13,6	
	\$1.500.000 a \$2.500.000	56 (13,4)	4,18 ± 4, 57		4,27 ± 4,79		4,39 ± 5,08		2,02 ± 2,68		0,18 ± 0,57		29,41 ± 12,16	
	más de \$2.500.000	25 (6)	3,08 ± 3,88		3,80 ± 4,74		4,68 ± 4,44		1,72 ± 2,54		0,20 ± 0,50		33,44 ± 10,16	

3.3 Grados de Depresión, Ansiedad y Estrés

La prevalencia de los distintos grados de depresión, ansiedad y estrés se evaluó en la muestra estudiada y puede ser observada en la tabla 3. En cuanto a la depresión el 65.2% se clasificaron como normales (n = 272), el 12% como leves (n = 50), el 9.8% como moderados (n = 41), el 5.3% como severos (n = 22) y el 7.4% como extremadamente severos (n = 31). Respecto a la ansiedad, el 60% fue clasificado como normales (n = 250), el 6% como leves (n = 25), el 13.9% como moderados (n = 58), el 5% como severos (n = 21) y el 14.9% como extremadamente severos (n = 62). En relación con el estrés, el 76% fue clasificado como normales (n = 317), el 5.5% como leves (n = 23), el 9.6% como moderados (n = 40), el 5.3% como severos (n = 22) y el 3.4% como extremadamente severos (n = 14).

Tabla 2

Grado de Depresión, Ansiedad y Estrés

Grado	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n	%	n	%	n	%
Normal	272	65,2	250	60	317	76
Leve	50	12	25	6	23	5,5
Moderada	41	9,8	58	13,9	40	9,6
Severa	22	5,3	21	5	22	5,3

Extremadamente Severa	31	7,4	62	14,9	14	3,4
-----------------------	----	-----	----	------	----	-----

3.4 Correlaciones entre variables

Se identifican diversas correlaciones con respecto a las variables sociodemográficas y las escalas utilizadas. Podemos identificar que en su mayoría los instrumentos como lo son intento e ideación suicida, depresión, ansiedad y estrés, se encuentran directamente relacionadas entre sí a la hora de analizarlas con lo que serían las variables sociodemográficas.

Intento suicidio: Se ha observado que el intento suicida tiende a ser más prevalente en personas de menor edad. Además, aquellos con menos hijos y un menor ingreso familiar también presentan una mayor propensión al intento suicida. Por otro lado, se ha analizado que existe una asociación directa entre el intento suicida y otros aspectos de la salud mental. Como son niveles más elevados de intento suicida están relacionados con una mayor ideación suicida. Asimismo, existe una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos, ansiedad y estrés en individuos con un historial significativo de intento suicida.

Ideación suicida: Se ha identificado que existe una relación significativa entre la ideación suicida y ciertas variables sociodemográficas. En primer lugar, se ha observado que la ideación suicida tiende a ser más prevalente en personas de menor edad. Además, aquellos con menos hijos y un menor ingreso familiar también presentan una mayor propensión a la ideación suicida. Por otro lado, se ha analizado que la presencia de ideación suicida está directamente asociada con otros aspectos de la salud mental como lo son, niveles más elevados de ideación suicida se relacionan con una mayor probabilidad de intento suicida. Asimismo, existe una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos, ansiedad o estrés en individuos con una ideación suicida significativa.

Depresión: Se ha observado que existe una relación inversa entre la edad y la gravedad de la depresión, es decir, a menor rango de edad, mayor es la prevalencia de síntomas depresivos. Además, se ha encontrado que las personas con menos hijos y menor ingreso familiar tienden a experimentar una mayor carga de depresión. Por otro lado, la presencia de síntomas

depresivos también se asocia con un aumento en la probabilidad de intentos e ideación suicida, así como con un mayor riesgo de padecer ansiedad y estrés.

Ansiedad: Se ha observado que niveles más elevados de ansiedad están relacionados con un mayor riesgo de intento e ideación suicida. Asimismo, existe una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos y estrés en individuos con niveles significativos de ansiedad

Estrés: Se ha observado que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y ciertas variables sociodemográficas. En primer lugar, se ha encontrado que el estrés tiende a ser más prevalente en personas de menor edad. Además, aquellos con menos hijos y un menor ingreso familiar también presentan niveles más altos de estrés. Por otro lado, se ha documentado que la presencia de estrés está directamente asociada con otros aspectos de la salud mental estos son, niveles más elevados de estrés se relacionan con un mayor riesgo de intento e ideación suicida. Asimismo, existe una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos y ansiedad en individuos con niveles significativos de estrés.

Tabla 3

Correlaciones

	Edad	Hijos	Ingreso Familiar	Okasha	IntentoSuicidio	IdeaciónSuicida	Depresión	Ansiedad	Estrés
Edad	1	,737**	,255**	-,368**	-,167**	-,389**	-,348**	-,354**	-,395**
Hijos	,737**	1	,144**	-,327**	-,163**	-,342**	-,317**	-,300**	-,318**
Ingreso Familiar	,255**	,144**	1	-,174**	-,108*	-,177**	-,187**	-,153**	-,183**
Okasha	-,368**	-,327**	-,174**	1	,748**	,988**	,726**	,611**	,623**
IntentoSuicidio	-,167**	-,163**	-,108*	,748**	1	,639**	,467**	,434**	,419**
IdeaciónSuicida	-,389**	-,342**	-,177**	,988**	,639**	1	,735**	,609**	,627**
Depresión	-,348**	-,317**	-,187**	,726**	,467**	,735**	1	,788**	,833**
Ansiedad	-,354**	-,300**	-,153**	,611**	,434**	,609**	,788**	1	,870**
Estrés	-,395**	-,318**	-,183**	,623**	,419**	,627**	,833**	,870**	1

3.5 Regresión logística para Riesgo Suicida

El análisis de regresión logística para riesgo suicida se puede apreciar en la tabla 4, en donde se consideraron las variables más significativas para esta categoría. Estas son:

Tramo de edad 18-25 años: la variable tiene un coeficiente B de 1.556 con un valor p de 0.002, indicando que estar en el tramo de edad de 18 a 25 años se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio ($\text{Exp}(B)$) es de 4.739, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 4.74 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con otros tramos de edad. Tramo de edad 26-30 años: la variable tiene un coeficiente B de 1.437 con un valor p de 0.024, indicando que estar en el tramo de edad de 26 a 30 años se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 4.210, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 4.21 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con otros tramos de edad.

Vivir solo: la variable tiene un coeficiente B de 1.924 con un valor p de 0.001, indicando que vivir solo se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 6.847, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 6.85 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no viven solos. Vivir con amigos: la variable tiene un coeficiente B de 2.182 con un valor p de 0.004, indicando que vivir con amigos se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 8.867, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 8.87 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no viven con amigos.

Tener educación de enseñanza media como máximo nivel de estudios: La variable tiene un coeficiente B de 0.987 con un valor p de 0.039, indicando que tener educación de enseñanza media como máximo nivel de estudios se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 2.684, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 2.68 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos con niveles de educación más altos.

Considerar que el entorno familiar es respetuoso y seguro: La variable tiene un coeficiente B de -1.111 con un valor p de 0.053, indicando que considerar que el entorno familiar es respetuoso y seguro se asocia marginalmente con un menor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 0.329, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente un 67% menos de probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no consideran su entorno familiar como respetuoso y seguro.

Tener depresión: La variable tiene un coeficiente B de 2.270 con un valor p de 0.000, indicando que tener depresión se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 9.680, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 9.68 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no tienen depresión. Tener ansiedad: la variable tiene un coeficiente B de 1.828 con un valor p de 0.000, indicando que tener ansiedad se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 6.217, lo que sugiere que estos hombres tienen aproximadamente 6.22 veces más probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no tienen ansiedad.

Presentar bajo bienestar: la variable 'CATBIENESTAR' tiene un coeficiente B de -1.691 con un valor p de 0.000, indicando que presentar bajo bienestar se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres. El odds ratio es de 0.184, lo que sugiere que los hombres con bajo bienestar tienen aproximadamente un 82% menos de probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos con alto bienestar, interpretándose de manera inversa debido al signo negativo del coeficiente.

Tabla 4

Riesgo suicida

		Regresión Logística Riesgo Suicida						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step	TramodeEdad18-25(1)	1,556	0,514	9,176	1	0,002	4,739	1,732	12,966
1 ^a									
	TramodeEdad26-30(1)	1,437	0,638	5,071	1	0,024	4,210	1,205	14,708
	Solo/a(1)	1,924	0,570	11,382	1	0,001	6,847	2,239	20,933
	Con Amigo/as(1)	2,182	0,750	8,462	1	0,004	8,867	2,038	38,578

Enseñanza Media (1)	0,987	0,478	4,264	1	0,039	2,684	1,052	6,850
Mientornofamiliaresrespetuosoyseguro(1)	-1,111	0,573	3,759	1	0,053	0,329	0,107	1,012
CATDEPRESIÓN(1)	2,270	0,520	19,078	1	0,000	9,680	3,495	26,809
CATANSIEDAD(1)	1,827	0,511	12,801	1	0,000	6,217	2,285	16,915
CATBIENESTAR(1)	-1,691	0,461	13,464	1	0,000	0,184	0,075	0,455
Constant	-3,685	0,835	19,495	1	0,000	0,025		

3.6 Regresión Logística para Intento Suicida

El análisis de regresión logística para intento suicida se puede apreciar en la tabla 5, en donde se consideraron las variables más significativas para esta categoría. Estas son:

Vivir solo/a: la variable tiene un coeficiente B de 1.404 con un valor p de 0.005, indicando que vivir solo/a se asocia significativamente con un mayor riesgo de intento suicida. El odds ratio (Exp(B)) es de 4.071, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 4.07 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no viven solas. Vivir con amigos/as: la variable tiene un coeficiente B de 2.859 con un valor p de 0.000, indicando que vivir con amigos/as se asocia significativamente con un mayor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 17.446, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 17.45 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no viven con amigos.

Tener estudios de educación superior universitarios: la variable tiene un coeficiente B de 1.214 con un valor p de 0.003, indicando que tener estudios de educación superior universitarios se asocia significativamente con un mayor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 3.367, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 3.37 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas sin estudios universitarios.

Recurrir a la violencia para resolver conflictos: la variable tiene un coeficiente B de 1.922 con un valor p de 0.002, indicando que recurrir a la violencia para resolver conflictos se asocia significativamente con un mayor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 6.833, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 6.83 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no recurren a la violencia.

Considerar que el entorno familiar es respetuoso y seguro: la variable tiene un coeficiente B de -1.176 con un valor p de 0.014, indicando que considerar que el entorno familiar es respetuoso y seguro se asocia significativamente con un menor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 0.309, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente un 69% menos de probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no consideran su entorno familiar respetuoso y seguro.

Tener el apoyo de la familia: la variable tiene un coeficiente B de -1.181 con un valor p de 0.031, indicando que tener el apoyo de la familia se asocia significativamente con un menor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 0.307, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente un 69% menos de probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no tienen el apoyo de la familia.

Tener depresión: la variable tiene un coeficiente B de 2.198 con un valor p de 0.000, indicando que tener depresión se asocia significativamente con un mayor riesgo de intento suicida. El odds ratio es de 9.018, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 9.02 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con aquellas que no tienen depresión.

Tabla 5

Intento suicida

Regresión Logística Intento Suicida

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Solo/a(1)	1,404	0,505	7,725	1	0,005	4,071	1,513	10,957
	Con Amigo/as(1)	2,859	0,705	16,455	1	0,000	17,446	4,383	69,444

Estudios Educación Superior Universitarios (1)	1,214	0,407	8,905	1	0,003	3,367	1,517	7,474
Recursoalaviolenciapararesolverconflictos(1)	1,922	0,635	9,156	1	0,002	6,833	1,968	23,723
Mientornofamiliaresrespetuosoyseguro(1)	-1,176	0,479	6,016	1	0,014	0,309	0,121	0,790
Tengoelapoyodemifamilia(1)	-1,181	0,548	4,649	1	0,031	0,307	0,105	0,898
CATDEPRESIÓN (1)	2,198	0,425	26,726	1	0,000	9,005	3,914	20,719
Constant	-2,186	0,614	12,679	1	0,000	0,112		

3.7 Regresión logística para Ideación suicida

El análisis de regresión logística para ideación suicida se puede apreciar en la tabla 6, en donde se consideraron las variables más significativas para esta categoría. Estas son:

Con familia (pareja e hijos): la variable tiene un coeficiente B de -0.940 con un valor p de 0.011, indicando que vivir con familia (pareja e hijos) se asocia significativamente con un menor riesgo de ideación suicida. El odds ratio (Exp(B)) es de 0.391, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente un 61% menos de probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellas que no viven con familia. Solo/a o con pareja: la variable tiene un coeficiente B de -1.603 con un valor p de 0.012, indicando que vivir solo/a o con pareja se asocia significativamente con un menor riesgo de ideación suicida. El odds ratio es de 0.201, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente un 80% menos de probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellas que no viven solas o con pareja.

Estudiante de pregrado: la variable tiene un coeficiente B de 1.518 con un valor p de 0.001, indicando que ser estudiante de pregrado se asocia significativamente con un mayor riesgo de ideación suicida. El odds ratio es de 4.563, lo que sugiere que estos estudiantes tienen aproximadamente 4.56 veces más probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellos que no son estudiantes de pregrado.

Tener el apoyo de la familia: la variable tiene un coeficiente B de -1.823 con un valor p de 0.001, indicando que tener el apoyo de la familia se asocia significativamente con un menor riesgo de ideación suicida. El odds ratio es de 0.162, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente un 84% menos de probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellas que no tienen el apoyo de la familia. Tener depresión: la variable tiene un coeficiente B de 2.847 con un valor p de 0.000, indicando que tener depresión se asocia significativamente con un mayor riesgo de ideación suicida. El odds ratio es de 17.230, lo que sugiere que estas personas tienen aproximadamente 17.23 veces más probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellas que no tienen depresión. Presentar bajo bienestar: la variable 'CATBIENESTAR' tiene un coeficiente B de -0.940 con un valor p de 0.009, indicando que presentar bajo bienestar se asocia significativamente con un menor riesgo de ideación suicida. El odds ratio es de 0.391, lo que sugiere que los hombres con bajo bienestar tienen aproximadamente un 61% menos de probabilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellos con alto bienestar.

Tabla 6

Ideación suicida

Regresión Logística Ideación Suicida									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Con Familia (Pareja e Hijos)(1)	-0,940	0,371	6,410	1	0,011	0,391	0,189	0,809
	Solo/a con pareja(1)	-1,603	0,636	6,360	1	0,012	0,201	0,058	0,700
	Estudiante pregrado(1)	1,518	0,455	11,148	1	0,001	4,563	1,872	11,122

Tengoelapoyodemifamilia(1)	-1,823	0,532	11,748	1	0,001	0,162	0,057	0,458
CATDEPRESIÓN(1)	2,847	0,366	60,603	1	0,000	17,230	8,414	35,280
CATBIENESTAR(1)	-0,940	0,359	6,863	1	0,009	0,391	0,193	0,789
Constant	-0,112	0,567	0,039	1	0,843	0,894		

4. Discusión

A partir de los resultados arrojados por nuestra investigación podemos referir que la población general que participó de la encuesta (416) obtuvo un puntaje normal en las preguntas sobre la escala DASS-21 (Depresión, ansiedad y estrés), obteniendo como resultados más relevantes en **Depresión**: Normal 272 participantes pertenecientes al 65% de la muestra; Leve 50 participantes pertenecientes al 12% de la muestra; Moderado 41 participantes pertenecientes al 9,8% de la muestra; Severa 22 participantes pertenecientes al 5,3% de la muestra; y no menos importante tenemos a quienes presentan un grado de depresión extremadamente severa 31, representando a un 7,4 % de la muestra. Por otro lado en el grado de **Ansiedad** tenemos: Normal 250 participantes de la muestra representando al 60%; Leve 25 participantes pertenecientes al 6% de la muestra; Moderado 58 participantes pertenecientes al 13,9% de la muestra; Severa 21 participantes pertenecientes al 5% de la muestra; finalmente Extremadamente severa 62 participantes pertenecientes al 14,9% de la muestra. Por último en el grado de **Estrés** tenemos: Normal 317 participantes representando un 76% de la muestra; Leve 23 participantes representando un 5,5% de la muestra; Moderado 40 participante representando un 9,6% de la muestra; Severa 22 participantes representando un 5,3% de la muestra y finalmente Extremadamente severa 14 participantes representando un 3,4% de la muestra. Entrando en nuestra población de interés en referencia a los factores predisponentes al suicidio en hombres adultos, se descubre que uno de ellos es padecer de

algún trastorno relacionado a la salud mental, pero se destaca un factor en particular que es la soledad, la cual conlleva a manifestar sintomatología relacionada al estrés y depresión (Barak et al, 2020). Según nuestro estudio podemos comparar que la población de hombres que tienen familia ya sea hijos o pareja presentan menor grado de depresión ansiedad o estrés en comparación a quienes no lo tienen. A este factor de soledad se le agrega el hecho de que han existido intentos de suicidio previo en donde los síntomas o manifestaciones más comunes son la ideación suicida, los debates internos relacionados a la vida y muerte, deseos de morir, así como también la alta probabilidad de cometer un futuro intento suicida (Landa-Blanco, et al, 2022). También encontramos que la situación socioeconómica se relaciona directamente con la ideación o el intento suicida en hombres. La falta de empleo o trabajos inestables puede llevar a una sensación de desesperanza y baja autoestima, aumentando el riesgo de suicidio (Nicho-Almonacid, Tracy L. et al, 2023). En relación a nuestros resultados encontramos una correlación entre el intento de suicidio y el ingreso familiar. A mayor ingreso familiar, menor ideación e intento suicida, así también, a mayor ingreso familiar menor grado de depresión, ansiedad y estrés.

Se logró identificar que el suicidio es un hecho que afecta a una parte significativa de la población masculina. Según la OMS son factores de riesgo: las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de determinadas sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales (OMS, 2014). “Según la quinta edición del Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales” (Del Cid, M. T. C. 2021). Logramos identificar entonces según este estudio que, a mayor depresión, mayor ideación e intento suicida (Tabla 6), esto lo relacionamos con que los hombres que presentan depresión los cuales presentan 9.68 veces más probabilidad de presentar riesgo suicida en comparación a quienes no lo manifiestan (Tabla 3). La ansiedad también considerada como una enfermedad mental “es una respuesta emocional que emerge ante situaciones ambiguas en las que se percibe una potencial amenaza, preparando al individuo para enfrentarlas mediante reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (Domínguez,

J. A. D., Duque, V. E., & Tejera, E. T. 2024). En relación con esto identificamos que tener ansiedad se relaciona directamente con un mayor riesgo suicida, representado en que los hombres que padecen de esta enfermedad mental tienen 6,22 veces más probabilidad de presentar riesgo suicida que quienes no la padecen (Tabla 3). De igual manera dentro de nuestro estudio, logramos identificar que presentar bajo bienestar se encuentra directamente relacionado con lo que llamamos riesgo suicida, demostrado en que los hombres con bajo bienestar tienen un 82% más probabilidad de presentar riesgo suicida que aquellos con alto nivel de bienestar. Además, se identificó que ciertas variables se encuentran significativamente relacionadas tanto con el riesgo, intento e ideación suicida, estas son: Rango de edad: encontrarse entre ciertos rangos de edad se relaciona significativamente con el riesgo suicida, encontrando que en el tramo de edad de 18 a 25 años se asocia significativamente con un mayor riesgo de suicidio en los hombres, lo cual sugiere que los hombres dentro de este rango tienen 4,74 veces mayor probabilidad de presentar riesgo suicida que otros tramos de edad. De una manera muy similar entre los rangos de edad de 26 a 30 años, también se encuentra significativamente relacionada al riesgo suicida en hombres, lo que según las estadísticas de este estudio significa que los hombres que se encuentren dentro de estas de edades presentan 4.21 veces más probabilidad de tener riesgo suicida en comparación con otro tramo de edad (Tabla 3). Otra de las variables significativas para el riesgo suicida es vivir solo, lo que estadísticamente indica que se asocia significativamente con un mayor riesgo suicida en hombres, presentando que es 6,85 veces más probable presentar riesgo suicida en aquellos que viven solos que en aquellos que no lo hacen. Además de esto se encuentra una relación significativa en aquellos hombres que viven con amigos, ya que en esta población existe 8,86 veces más probabilidad de presentar riesgo suicida, en comparación a quienes no viven con sus amigos. (Tabla 3). Una variable significativa con respecto al riesgo suicida es considerar que el entorno familiar es respetuoso y seguro, esto tiene consecuencias positivas a la hora de analizar el riesgo suicida en hombres, debido a que ser parte de este entorno para ellos, se relaciona con un menor riesgo suicida, lo cual representa que existe un 67% menos de probabilidades de tener riesgo suicida en comparación con aquellos que no consideran su entorno familiar como respetuoso y seguro. (Tabla 3).

A continuación describiremos los factores de riesgo asociados a la salud mental y el suicidio en hombres adultos:

Factores de riesgo asociados al Suicidio en hombres adultos: Algunos factores de riesgo identificados por la literatura para el suicidio en hombres incluyen autosuficiencia, enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, nivel socioeconómico más bajo, residencia, y estado civil soltero; además de esto, factores a nivel poblacional como el desempleo, privación social, y la cobertura mediática del suicidio también se incluyen como factores de riesgo (Pitman et al., 2012).

Factores de riesgo asociados a la Depresión en hombres adultos: Dentro de los factores de riesgo encontrados y analizados encontramos que hay una relación significativa entre la depresión y las variables principales seleccionadas, en primer lugar, logramos identificar que, mayor depresión se relaciona con menor rango de edad, así también con menor cantidad de hijos y menor ingreso familiar. Por otro lado, a mayor depresión también encontramos mayor intento e ideación suicida, además de mayor probabilidad de sufrir ansiedad y estrés (Tabla 6).

Factores de riesgo asociados a la Ansiedad en hombres adultos: Dentro de los factores de riesgo encontrados y analizados encontramos que hay una relación significativa entre la Ansiedad y las diferentes variables principales seleccionadas. Logramos identificar que, mayor ansiedad se relaciona significativamente con menor edad, menor cantidad de hijos y menor ingreso familiar. Por otro lado, también encontramos que mayor ansiedad se relaciona directamente con mayor intento e ideación suicida, además de mayor probabilidad de sufrir depresión y estrés (Tabla 6).

Factores de riesgo asociados al Estrés en hombres adultos: Dentro de los factores de riesgo encontrados y analizados encontramos que hay una relación significativa entre el Estrés y las distintas variables principales seleccionadas. Podemos identificar que a mayor estrés menor edad, menor cantidad de hijos y menor ingreso familiar. Por otro lado, a mayor estrés mayor intento e ideación suicida, y mayor probabilidad de sufrir depresión y ansiedad.

Factores de riesgos asociados al Intento Suicida: Dentro de los factores de riesgo encontrados y analizados encontramos que hay una relación significativa entre el intento suicida y las diferentes variables principales seleccionadas. Logramos analizar que mayor intento suicida se relaciona significativamente con menor edad, menor cantidad de hijos y menor ingreso familiar. Por otro lado, encontramos que, a mayor intento suicida, mayor ideación suicida, mayor probabilidad de sufrir depresión, ansiedad y estrés (Tabla 6).

Factores de riesgo asociados a la Ideación Suicida: Dentro de los factores de riesgo encontrados y analizados encontramos que hay una relación significativa entre la ideación suicida y las diferentes variables principales seleccionadas. Identificamos que, a mayor ideación suicida, menor edad, menor cantidad de hijos y menor ingreso familiar. Por otro lado, a mayor ideación suicida, mayor probabilidad de intento suicida, y mayor probabilidad de sufrir depresión, ansiedad o estrés (Tabla 6).

Limitaciones de la investigación

Como limitaciones para esta investigación se presenta el estigma que existe con todo lo relacionado al concepto de salud mental y suicidio, sobretodo en una población tan específica como hombres adultos. Al necesitar datos tan específicos puede generar una incomodidad en los participantes a medida que las preguntas son más directas, ocasionando que no contesten con sinceridad. Respecto a esto, el necesitar una población tan específica como hombres y que sean adultos genera que la participación sea limitada debido a los prejuicios sobre el tema y la poca información de estos mismos. Finalmente, otra limitación presente son los factores culturales presentes en estos participantes. En la sociedad están establecidos ciertos roles, ya sea consciente o inconscientemente, tales como la masculinidad, el hombre proveedor, entre otros. Provocando que los hombres tengan una percepción muy marcada sobre la salud mental evitando también, como ya mencionamos, participar de este tipo de estudios.

Proyecciones de la investigación

Los resultados expuestos en nuestra investigación podrían ser considerados para la creación de programas de intervención más personalizados y efectivos con el fin de reducir de cierta forma las tasas de suicidio tratando a su vez las dificultades relacionadas a la salud mental que padece esta población. En relación a esto y con los resultados expuestos, también esperamos poder generar conciencia y psicoeducar respecto a estos temas que no se les entrega la importancia que debería. Esto con el fin de reducir el estigma y los prejuicios asociados permitiendo que la población de hombres adultos se desprenda de ellos y pueda buscar ayuda si es necesario.

Referencias:

- Affleck, W., Carmichael, V., & Whitley, R. (2018). *Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services*. En *Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 63, Número 9, pp. 581–589). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>
- Creighton, G., Oliffe, J., Ogrodniczuk, J., & Frank, B. (2017). “you’ve Gotta Be That Tough Crust Exterior Man”: Depression and Suicide in Rural-Based Men. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1882–1891. <https://doi.org/10.1177/1049732317718148>
- Herron, R. V., Ahmadu, M., Allan, J. A., Waddell, C. M., & Roger, K. (2020). “Talk about it:” changing masculinities and mental health in rural places? *Social Science and Medicine*, 258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113099>
- Kaplan, M. S., Huguet, N., McFarland, B. H., & Mandle, J. A. (2012). Factors associated with suicide by firearm among US older adult men. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(1), 65.
- López-Vega, J. M., Amaya-Gil, M. K., Salamanca-Camargo, Y., & Caro-Castillo, J. D. (2020). Relationship between psychopathologies and suicidal ideation in school adolescents in Colombia. *Psicogente*, 23(44). <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3709>
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Gordon, S. J., Creighton, G., Kelly, M. T., Black, N., & Mackenzie, C. (2016). Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 302–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>
- Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., & Currier, D. (2017). Masculinity and suicidal thinking. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 319–327.
- Pitman, A., Krysinaka, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet*, 379(9834), 2383–2392

- Rabinowitz, F. E., & Cochran, S. V. (2008). *Men and therapy: A case of masked male depression*. *Clinical Case Studies*, 7(6), 575–591.
<https://doi.org/10.1177/1534650108319917>
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., & Dieserud, G. (2018). *Young men, masculinities, and suicide*. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 327–343.
- Rice, S. M., Purcell, R., & McGorry, P. D. (2018). *Adolescent and young adult male mental health: transforming system failures into proactive models of engagement*. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S9–S17.
- Sarchiapone, M., D'Aulerio, M., & Iosue, M. (2016). *Suicidal ideation, suicide attempts and completed suicide in adolescents: Neurobiological aspects*. En *Biological aspects of suicidal behavior* (Vol. 30, pp. 11–20). Karger Publishers.
- Younes, N., Melchior, M., Turbelin, C., Blanchon, T., Hanslik, T., & Chee, C. C. (2015). *Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected?* *Journal of affective disorders*, 170, 150–154.
- Frey, J. J., Osteen, P. J., Sharpe, T. L., Mosby, A. O., Joiner, T., Ahmedani, B., ... y Gilgoff, J. (2023). *Efectividad de la terapia masculina para reducir la ideación suicida y la depresión entre los hombres en edad laboral: un ensayo controlado aleatorizado*. *Suicidio y comportamiento que pone en peligro la vida*, 53(1), 137-153.
- Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., & Flicker, L. (2016). *Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS)*. *Preventive Medicine*, 93, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.022>
- Aravena, J. M., Gajardo, J., & Saguez, R. (2018). *Mental health in older men in Chile: a reality to be prioritized*. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>
- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). *Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 45, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>
- Barak, Y., Cheung, G., Fortune, S., & Glue, P. (2020). *No country for older men: ageing male suicide in New Zealand*. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 383–385.
<https://doi.org/10.1177/1039856220905304>
- Landa-Blanco, M., Urtecho-Osorto, Ó. R., Mercado, M., & Aguilar-Chávez, Á. (2022). *Factors Related to Suicide Risk in University Students from Honduras*. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 40(1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537>

- Ordóñez-Monak, I., Arroyave, I., & Cardona, D. (2021). Educational inequalities in suicide in a middle-income country: A socioeconomic approach of mental health. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(2), 289–300. <https://doi.org/10.1111/sltb.12704>
- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Concolato, C., Pasquini, M., Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2022). Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatient suicide attempters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13309.
- Bryson, W. C., Piel, J., & Thielke, S. M. (2021). Arrest and non-fatal suicide attempts among men: analysis of survey data from the National Survey on Drug Use and Health. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–8.
- Forrest, W., Edwards, B., & Daraganova, G. (2018). The intergenerational consequences of war: anxiety, depression, suicidality, and mental health among the children of war veterans. *International Journal of Epidemiology*, 47(4), 1060–1067.
- Herron, R. V., Ahmadu, M., Allan, J. A., Waddell, C. M., & Roger, K. (2020). “Talk about it:” changing masculinities and mental health in rural places? *Social Science & Medicine*, 258, 113099.
- Tousignant, M., Séguin, M., Turecki, G., Chawky, N., Vanier, C., Morissette, R., & Lesage, A. (2022). Adult men suicide: a developmental approach. *Journal of Men’s Health*, 18(2), 42.
- Bilsker, D., Fogarty, A. S., & Wakefield, M. A. (2018). Critical issues in men’s mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 590–596.
- Neville, S., Adams, J., Montayre, J., Larmer, P., Garrett, N., Stephens, C., & Alpass, F. (2018). Loneliness in men 60 years and over: The association with purpose in life. *American Journal of Men’s Health*, 12(4), 730–739.
- OMS. (27 de mayo de 2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de OMS, SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1
- Del Cid, M. T. C. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 89(Supl. 1), 46-52.
- Domínguez, J. A. D., Duque, V. E., & Tejera, E. T. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), 100194.
- Cerezo, P. G. (2016). Diseño de estudios cuantitativos: Diseños descriptivos. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (69), 23-29.

- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J. L., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & López, L. E. C. (2021). *Estudios transversales. Revista de la facultad de medicina humana*, 21(1), 179-185.
- Bockorni, B. R. S., & Gomes, A. F. (2021). *A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, 22(1).
- Salvadó, I. E. (2016). *Tipos de muestreo. Investigación científica [presentación de diapositivas]. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Tipos.de.Muestreo>*.
- Nicho-Almonacid, Tracy L., Melendrez-Ugarte, Dayanna S., & Olivas-Ugarte, Lincol O.. (2023). *Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: una revisión sistemática. Revista de Investigación en Psicología*, 26(1), 187-212. Epub 19 de junio de 2023.<https://dx.doi.org/10.15381/rinyp.v26i1.24206>
- Sher, L. (2015). *Suicidio en hombres. Revista de psiquiatría clínica*, 76(3), 20430.