



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA – 2015

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Psicología Clínica y de la
Salud

Autora

Vera Navarrete, Magda Julia

Asesora

Aguirre Morales, Marivel Teresa

ORCID: 0000-0002-0680-2616

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

De la Cruz Valdiviano, Carlos Bacilio

Ortiz Moran, Mafalda Magdalena

Lima - Perú

2026

AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA – 2015

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	2%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	www.insm.gob.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	cdn.www.gob.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorioacademico.upc.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	luisfernandolopezpsicologia.es	1%
	Fuente de Internet	
7	www.coursehero.com	<1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
9	www.revsaludpublica.sld.cu	<1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.udec.cl	<1%
	Fuente de Internet	
11	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA – 2015

Línea de investigación
Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el grado académico de
Maestra en Psicología Clínica y de la Salud

Autora

Vera Navarrete, Magda Julia
ORCID: 0000-0003-1693-4716

Asesora

Aguirre Morales, Marivel Teresa
ORCID: 0000-0002-0680-2616

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
De la Cruz Valdiviano, Carlos Bacilio
Ortiz Moran Mafalda Magdalena

**Lima – Perú
2026**

Dedicatoria

A mis padres Rolando Juan y Magda Margarita, por ser mi base, mi ejemplo y por su amor incondicional en cada etapa de mi vida.

A mi hija Magda Tula, quien es mi motor, mi mayor inspiración y la razón de cada uno de mis esfuerzos.

A mi esposo Fredy Luis, por su apoyo constante, incondicional, su paciencia y por ser mi compañero idóneo en este camino.

Y a mis suegros Pablo y Adriana, por su cariño, su respaldo y por brindarme siempre su confianza.

Agradecimientos

Mi más profundo y especial agradecimiento a mi asesora, la Dra. Marivel Teresa Aguirre Morales, por su valioso asesoramiento, acertada orientación y paciencia infinita a lo largo de este proceso. Su rigor científico, experiencia y constante guía fueron el pilar fundamental para estructurar y culminar con éxito este trabajo de investigación.

Expreso mi profundo agradecimiento al Comité de Ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal y al Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado - Hideyo Noguchi' (INSM 'HD-HN') por la revisión, aprobación y aval otorgados para la realización de este proyecto de investigación, garantizando el cumplimiento de los más altos estándares éticos. Asimismo, agradezco al instituto la autorización otorgada para el acceso y uso científico de su base de datos del Estudio epidemiológico.

Mi más sincero agradecimiento a los miembros del jurado, el Dr. Vicente Eugenio Mendoza Huamán, el Dr. Carlos Bacilio De la Cruz Valdiviano y la Dra. Mafalda Magdalena Ortiz Moran, por su valiosa orientación, agudos comentarios y aportes metodológicos, los cuales fueron fundamentales para enriquecer y culminar con éxito el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

Resumen.....	8
Abstract.....	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Descripción del problema	14
1.3 Formulación del problema	14
1.3.1. <i>Problema general</i>	14
1.3.2. <i>Problemas específicos</i>	15
1.4 Antecedentes	16
1.4.1. <i>Antecedentes nacionales</i>	16
1.4.2. <i>Antecedentes internacionales</i>	18
I.5. Justificación de la investigación	22
I.6. Limitaciones de la investigación.....	23
I.7. Objetivos de la investigación	24
1.7.1. <i>Objetivo general</i>	24
1.7.2. <i>Objetivos específicos</i>	24
I.8. Hipótesis	25
1.8.1. <i>Hipótesis general</i>	25
1.8.2. <i>Hipótesis específicas</i>	25
II. MARCO TEÓRICO.....	27
2.1.1. <i>La autoeficacia</i>	27
2.1.1.1. Teoría de la autoeficacia	30
2.1.1.2. Autoeficacia en adultos.....	31
2.1.1.3. Autoeficacia en adultos con trastornos mentales	33
2.1.2. <i>Indicadores suicidas</i>	35
2.1.2.1. Teorías que explican las conductas suicidas	38
2.1.3. <i>Trastornos mentales</i>	42

III. MÉTODO	47
3.1. Tipo de investigación.....	47
3.2. Población y muestra.....	47
3.3. Operacionalización de variables	49
3.4. Instrumentos.....	50
3.5. Procedimientos.....	52
3.6. Análisis de datos	52
3.7. Consideraciones éticas	53
IV. RESULTADOS	55
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
VI. CONCLUSIONES.....	76
VII. RECOMENDACIONES	79
VIII. REFERENCIAS.....	81
IX. ANEXOS	92
Anexo A. Matriz de consistencia	93
Anexo B. Operacionalización de variables	98
Anexo C. Constancia autorización por la Universidad Nacional Federico Villarreal	101
Anexo D: Constancia de autorización por Instituto Nacional de Salud Mental “HD-HN” ...	102
Anexo E: Correo electrónico y auspicio científico a proyecto de investigación- INSM “HD-HN”	103
.....	103
Anexo F: Ficha sociodemográfica	104
Anexo G: Ficha técnica: Escala de Autoeficacia General de Schwazer y Jeruzalem.....	105
Anexo H: Módulo de Indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental (Modificado)	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales.....</i>	48
Tabla 2. <i>Indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales</i>	55
Tabla 3. <i>Niveles de Autoeficacia según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales</i>	57
Tabla 4. <i>Indicadores suicidas según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales</i>	60
Tabla 5. <i>Asociación entre autoeficacia y deseo de morir en adultos con trastornos mentales</i>	61
Tabla 6. <i>Asociación entre la autoeficacia y pensamiento suicida en adultos con trastornos mentales</i>	63
Tabla 7. <i>Asociación entre la autoeficacia y planeación suicida en adultos con trastornos mentales</i>	65
Tabla 8. <i>Asociación entre la autoeficacia e intento suicida en adultos con trastornos mentales</i>	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Porcentaje de indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales.....</i>	56
--	-----------

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015. **Método:** El estudio es tipo básico, descriptivo -correlacional simple, no experimental y transversal. Se realizó un análisis secundario del Estudio Epidemiológico de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2015), contando con una muestra de 1611 adultos con trastornos mentales (afectivos, ansiosos, sustancias psicoactivas y psicóticos). Se emplearon la Escala de Autoeficacia General Schwarzer y Jerusalem y Modulo de indicadores Suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia (modificado). **Resultados:** Los resultados descriptivos indicaron prevalencia de 24.5% para deseo de morir, 12.3% para ideación, 5.4% para planeación y 3.3% para intento suicida. Asimismo, los indicadores suicidas mostraron su mayor prevalencia en el grupo etario de 18 a 24 años, donde el deseo de morir alcanzó el 30.1% y el intento suicida el 7.1%. Asimismo, el análisis de asociación mediante el Odds Ratio (OR: 0.95 – 0.97; $p < 0.05$) confirmó que niveles elevados de autoeficacia se vinculan consistentemente con una menor probabilidad de manifestar conductas suicidas. **Conclusiones:** Se concluye que existe una relación significativa e inversa entre las variables estudiadas. Estos hallazgos corroboran las hipótesis, demostrando que la autoeficacia constituye un recurso psicológico vinculado a la disminución de la vulnerabilidad suicida en la población clínica estudiada.

Palabras clave: Autoeficacia, indicadores suicidas, trastornos mentales, Lima.

Abstract

Objective: To determine the relationship between self-efficacy and suicidal indicators in adults with mental disorders at health facilities in Metropolitan Lima, 2015. **Method:** This was a basic, descriptive, simple correlational, non-experimental, and cross-sectional study. A secondary analysis of the Mental Health Epidemiological Study from the National Institute of Mental Health (INSM, 2015) was conducted, involving a sample of 1,611 adults with mental disorders (affective, anxious, psychoactive substance use, and psychotic disorders). The Schwarzer and Jerusalem General Self-Efficacy Scale and the Suicidal Indicators Module of the Colombia Mental Health Questionnaire (modified) were employed. **Results:** Descriptive results indicated a prevalence of 24.5% for desire to die, 12.3% for ideation, 5.4% for planning, and 3.3% for suicide attempts. Suicidal indicators showed their highest prevalence in the 18 to 24 age group, where the desire to die reached 30.1% and suicide attempts 7.1%. Furthermore, association analysis using Odds Ratio (OR: 0.95 – 0.97; $p < 0.05$) confirmed that high levels of self-efficacy are consistently linked to a lower probability of manifesting suicidal behaviors. **Conclusions:** It is concluded that a significant inverse relationship exists between the variables studied. These findings corroborate the hypotheses, demonstrating that self-efficacy constitutes a psychological resource linked to the reduction of suicidal vulnerability in the clinical population studied.

Keywords: Self-efficacy, suicidal indicators, mental disorders, Lima.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales han emergido como una carga determinante para la salud pública global, afectando a una proporción considerable de la población, al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) estima que, en cualquier punto temporal, alrededor de 450 millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental, lo que representa cerca del 4.4% del total mundial. Este dato evidencia la escala del impacto que dichos trastornos ejercen sobre la salud física, social y emocional de los individuos. Por añadidura, hay que subrayar que la presencia de tales trastornos se asocia a un incremento notable en la ideación suicida y en la aparición de conductas autolesivas en los pacientes afectados (Gabilondo, 2020).

La percepción de autoeficacia, entendida como la convicción de poseer la competencia necesaria para afrontar situaciones adversas, ejerce una influencia determinante sobre la manifestación de ideación suicida en la población adulta. La exigencia psicológica que acompaña a trastornos afectivos, como la depresión mayor o los trastornos de ansiedad, puede interferir en la autoeficacia percibida, desmontando la confianza necesaria para concebir un futuro viable, de manera que la disminución de esta percepción interna, a su vez, propicia un universo cognitivo donde la desesperanza y el desamparo se normalizan, conduciendo a amplificar la susceptibilidad a la ideación suicida y a la autoagresión (Neyra et al., 2022).

En el ámbito de la psicología clínica, ha surgido un notable interés en abordar la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas; sin embargo, los estudios existentes tienden a tratar esta problemática de forma separada o integrando otras variables, lo que limita la comprensión holística del fenómeno. Además, se ha observado una tendencia hacia la investigación en adultos que no presentan trastornos mentales, dejando en segundo plano la realidad de aquellos adultos que sí los padecen, esta falta de atención hacia la intersección entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en personas con trastornos mentales constituye una

brecha importante en la literatura clínica, que requiere una exploración más profunda para ofrecer intervenciones efectivas y centradas en las necesidades específicas de esta población.

Partiendo de la Base de Datos del Estudio Epidemiológico-2015 por el que proporcionó datos significativos sobre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos en hospitales y centros de salud de establecimientos de Salud de Lima- Metropolitana, se planteó la realización de un estudio retrospectivo con el objetivo de analizar y profundizar en dicha información. Este estudio tuvo como propósito determinar si existe una relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos en entornos de atención de la salud en Lima, Perú. Este paso inicial resulta fundamental para comprender mejor la dinámica subyacente y poder diseñar intervenciones específicas que contribuyan a la prevención del suicidio y al mejoramiento del bienestar psicológico de esta población vulnerable.

1.1 Planteamiento del problema

Los trastornos mentales son definidos por una significativa alteración de la regulación emocional, los aspectos cognitivos y la conducta de una persona que por lo general se asocia a discapacidad de funcionales o angustias emocionales en distintos momentos de la vida (Allende et al., 2022).

En el 2019, estimaciones señalaban que uno de ocho individuos a nivel mundial, lo que equivale a 970 millones de personas ha sufrido alguna manera de trastorno mental, siendo los que más prevalece los trastornos depresivos y la ansiedad, que evidenciaron un aumento notable durante el año 2020 por causa de la pandemia (Valarezo, 2023).

Es importante destacar que los trastornos mentales pueden ser un factor contribuyente en los indicadores suicidas, ya que las personas afectadas pueden enfrentar un profundo sufrimiento emocional y sentirse desesperanzadas, lo que subraya la urgente necesidad de abordar la salud mental de manera integral en la sociedad (Allende et al., 2022).

Los indicadores suicidas representan una preocupación significativa en una importante porción de la población, siendo el suicidio en sí mismo un grave problema de salud pública, la prevalencia del riesgo suicida en adultos varía según el contexto y diversos factores influyentes. Un estudio realizado por Pengpid y Peltzer (2020) en Eswatini reveló que el 3.6 % de los participantes había intentado suicidarse, mientras que el 10.1 % había experimentado ideaciones suicidas.

Sin embargo, durante el contexto de la pandemia, en Japón, Koda et al. (2022) reportaron 29,938 casos de muerte por suicidio, con una frecuencia mayor en mujeres ($n=9,984$) que en hombres ($n=1,093$). Las razones más comunes para el suicidio incluyeron la falta de empleo, trastornos mentales, alcoholismo y fatiga laboral. Es relevante señalar que los trastornos mentales, como destacan García-Haro et al. (2020) “contribuyen a un deterioro significativo en el individuo, aumentando el riesgo de suicidio” (p.31).

En cuanto a la autoeficacia esta está referida a la creencia que posee un individuo sobre su habilidad para realizar tareas y acciones específicas con éxito enfrentando hechos desafiantes. Cuando el nivel de autoeficacia es elevado, los individuos tienden a sentirse más seguros y capaces de superar obstáculos, lo que puede contribuir a una mejor gestión del estrés y una mayor resiliencia frente a las dificultades. En este sentido, aquellos con una alta autoeficacia pueden desarrollar estrategias efectivas para afrontar problemas, lo que puede reducir la probabilidad de experimentar indicadores suicidas (Neyra et al., 2022).

Por otro lado, cuando el nivel de autoeficacia es bajo, los individuos pueden percibirse como incapaces de manejar eficazmente los desafíos y pueden experimentar sentimientos de desesperanza y desamparo. Esta falta de confianza en su propia capacidad para superar las adversidades puede aumentar la vulnerabilidad a los indicadores suicidas, ya que pueden percibir que no tienen control sobre su situación y su futuro, lo que aumenta el riesgo de desesperanza y depresión. De manera que, la autoeficacia juega un papel importante en la

prevención de los indicadores suicidas, ya que una mayor confianza en la capacidad de uno para hacer frente a las dificultades puede ayudar a reducir la probabilidad de experimentar pensamientos o comportamientos suicidas (Yevilao, 2020).

En el caso de personas con trastornos mentales, como la depresión o la ansiedad, la autoeficacia puede verse afectada negativamente, exacerbando aún más la vulnerabilidad a los indicadores suicidas. Sin embargo, a través de intervenciones terapéuticas que promuevan el desarrollo de habilidades de afrontamiento y fortalezcan la autoeficacia, es posible mejorar la capacidad de las personas para enfrentar los desafíos y reducir el riesgo de suicidio (Román, 2022).

A pesar de la importancia crucial de comprender la relación entre la autoeficacia, los indicadores suicidas y los trastornos mentales, los datos disponibles hasta el momento suelen estar fragmentados y escasos. Lamentablemente, muchos estudios en psicología han descuidado estos aspectos interrelacionados, lo que limita nuestra comprensión integral de cómo la autoeficacia afecta la salud mental y el riesgo de suicidio, especialmente en personas con trastornos mentales. Esta brecha en la investigación resalta la necesidad urgente de abordar esta área con mayor atención y dedicación, con el fin de desarrollar intervenciones efectivas que puedan ayudar a mejorar la autoeficacia y reducir los indicadores suicidas en personas que enfrentan trastornos mentales.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realiza estudios Epidemiológicos a nivel nacional, siendo en el 2020, el último después del contexto Covid-19, en población niños y adolescente en Lima Metropolitana. Asimismo, en 2015, realizó un estudio exhaustivo en Centros de Salud y Hospitales de Lima Metropolitana, en población adulta abordando diversos aspectos de la salud mental, incluyendo la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. Sin embargo, esta valiosa información se encuentra fragmentada, con datos por separado. Para comprender integralmente la relación

entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en esta población, es esencial llevar a cabo un estudio retrospectivo que integre y analice estos datos de manera conjunta. Esta iniciativa no solo permitió profundizar en la comprensión de esta realidad, sino que también brindó información valiosa para el diseño de intervenciones y políticas de salud mental más efectivas y centradas en las necesidades de las personas con trastornos mentales en el Perú.

1.2 Descripción del problema

La relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas es un aspecto crucial en la comprensión de la salud mental, especialmente en adultos con trastornos mentales. Sin embargo, esta relación y su dinámica pueden ser diferentes en comparación con adultos sin trastornos mentales, lo que resalta la necesidad de investigaciones específicas y detalladas en esta población. En el contexto peruano, el Instituto nacional de Salud Mental realiza estudios epidemiológicos a nivel nacional, el último estudio, en 2020 fue en población de niños y adolescentes en Contexto postpandemia en Lima. Asimismo, realizó en 2015 en Centros de Salud y Hospitales con población adulta de Lima proporcionó datos valiosos sobre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. Sin embargo, esta información se encuentra fragmentada y separada, lo que dificulta la comprensión integral de la relación entre ambas variables. Un estudio retrospectivo que integre y analice estos datos podría arrojar luz sobre esta realidad y abrir la puerta a una mayor comprensión de cómo la autoeficacia afecta los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en el contexto peruano.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema general

OG. - ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicido) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015?

1.3.2. Problemas específicos

OE1.- ¿Cuál son los niveles de autoeficacia en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

OE2.- ¿Cuáles son los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

OE3.- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

OE4.- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

OE5.- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

OE6.- ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?

1.4 Antecedentes

1.4.1. Antecedentes nacionales

Nicho et al. (2023), su objetivo fue describir los factores que predisponen los riesgos suicidas de los adultos para ello se sistematizaron datos empíricos obtenidos de la última década, considerando artículos científicos de bases de datos importantes y reconocidas, en total se consideró 44 documentos como muestra ajustada a los criterios de selección. Asimismo, como técnica se empleó el análisis documental y la matriz de datos en la que se consideró información importante sobre los artículos analizados. Los resultados determinaron que los factores sociales y psicológicos vinculados al riesgo de suicidas son el consumo de alcohol, la depresión, el apoyo social y la ansiedad y los factores demográficos y sociales son la soledad, el sexo, previas patologías mentales y físicas del estado civil.

Becerra y Delgado (2021) identificaron los síntomas vinculados a las ideas suicidas en adultos y adolescentes tomando en cuenta papers indexado en un periodo de 11 años la investigación. Fue de análisis sistemático teórico, usando el análisis documental de técnica, en total se tomaron 28 papers de bases de datos reconocidas que estuvieron ajustados a los criterios de selección. Los estudios abordan las ideas suicidas que predominan mayormente entre los adolescentes, pocas investigaciones abordan el problema en adultos y toman en consideración aspectos vinculados a la idea suicida. Con respecto a los síntomas de ideas suicidas en los adolescentes se toman en cuenta problemas de adaptabilidad y en los adultos estados de ánimo. Sobre la prevalencia de esta ideación suicida se determinó que suele observarse mayormente en adolescentes en comparación con los adultos. En conclusión, los factores que determinan las ideas suicidas en adolescentes se asocian a problemas familiares y en los adultos a dificultades de la salud mental.

Chávez (2020), su objetivo fue de identificar los factores determinantes del trastorno de la conducta suicida en usuarios que asisten al servicio de psiquiatría del Hospital María

Auxiliadora. La investigación se consideró observacional, analítica, retrospectiva y cuantitativa. La muestra fueron 200 pacientes que asistían al consultorio externo del servicio de psiquiatría considerados por los criterios de selección, así mismo se utilizó la Escala de Beck y una ficha para recolectar datos sociodemográficos de los usuarios, que en total participaron 200 pacientes gracias al muestreo por conveniencia. Los resultados mostraron que los factores que determinan el trastorno del comportamiento suicida fueron: el sitio de nacimiento, sexo, tiempo que dura el tratamiento, estado civil, consumo de tabaco, alcohol o droga. Se da una prevalencia de ideas suicidas del 23%, especialmente en las mujeres en comparación a los hombres. El estudio concluye que los factores determinantes sociales, biológicos y psicológicos se vinculan a la idea suicida en pacientes que acuden al servicio de psiquiatría.

Castillo et al. (2022) analizaron los elementos negativos y positivos de salud mental de los pobladores de Puno, Arequipa y Moquegua tomando en cuenta los indicadores suicidas y autoeficacia. El método fue descriptivo y epidemiológico, tomando los datos de la encuesta. Se usó un muestreo probabilístico en donde se consideraron sujetos desde los 12 a mayores de 60 años de edad. En la medición de la autoeficacia se empleó la escala de autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem. Los resultados del estudio evidenciaron una media alcanzada por parte de la muestra del 33.3% demostrando una autoeficacia elevada en la muestra de estudio. En cuanto a las ideas suicidas se corroboró que un 26.9% de la muestra en algún momento de su vida tuvieron deseos de morir, un 12.4% tuvieron pensamientos suicidas, el 4.6% planearon suicidarse y un 2.7% en algún momento intentaron hacerlo, mientras que el 0.4% en el último año intentó quitarse la vida.

Castillo et al. (2023) formularon como propósito de investigación tomar en cuenta aspectos negativos y positivos de la salud mental en la población de Chiclayo, considerando los indicadores suicidas y la autoeficacia. La investigación fue descriptiva y epidemiológica usando la encuesta en una muestra por conveniencia que considero desde adolescentes de 12

años hasta mayores de 60 años. En la medición de la autoeficacia se empleó la escala de autoeficacia de Schwarzer y Jerusalem. Los resultados en esta población estudiada señalaron que el 23.9% de los sujetos que percibieron problemáticas de salud mental contaron con la atención especialista en el Hospital de Chiclayo sobre la autoeficacia. Se determinó un promedio del 34.2% que demuestra un nivel de autoeficacia alto, en cuanto a los indicadores suicidas se observaron mayormente elevados en las mujeres, teniendo una prevalencia en el deseo de morir en el 30.3% en comparación con los hombres. Asimismo, se observa que el 23.6% de los adultos en algún momento tuvieron deseo de morir y el 4.4% lo tomaron en cuenta en el último año, mientras que el 1.4% consideró quitarse la vida en el último mes sobre la idea es una suicida más definida, el 9% en algún momento consideró el pensamiento de suicidarse, un 4.7% tuvieron proyectos suicidas. Sobre los comportamientos suicida un 2.5% intentaron suicidarse en algún momento de su vida y un 0.2% hicieron el intento en el último año.

1.4.2. Antecedentes internacionales

Olatunji et al. (2020), en su estudio tuvieron como objetivo examinar el papel mediador de la autoeficacia en la relación entre el apoyo social y la ideación suicida en una muestra de 251 adultos emergentes (116 mujeres; edad media = 20,84, DE = 2,34). Los datos se analizarán empleando modelos de ecuaciones estructurales. Los resultados indicaron que un aumento del apoyo familiar predice significativamente una disminución de la ideación suicida. Sin embargo, los amigos y otras personas de apoyo importantes no predijeron la ideación suicida. El resultado del análisis de mediación mostró que la autoeficacia mediaba parcialmente la asociación entre el apoyo familiar y la ideación suicida. Se recomendó que el apoyo familiar debería persistir durante el período de inicio de la edad adulta, a pesar de que esta etapa de la vida se caracteriza por una mayor independencia en el estilo de vida. Este tipo de apoyo puede reforzar la autoeficacia para superar las dificultades de la vida que pueden predisponer a la vulnerabilidad a la ideación suicida en la edad adulta emergente.

Lee et al. (2020) plantearon en su estudio el objetivo de examinar las experiencias traumáticas del suicidio y las actitudes hacia el suicidio y examinar sus asociaciones con la depresión, la autoeficacia y el apoyo social en los adultos en general. En este estudio descriptivo transversal, los datos se recopilaron a través de una encuesta basada en la web (N=500). Analizaron 441 encuestados considerando datos faltantes. Un cuestionario estructurado incluyó Actitud hacia el Suicidio (ATTS), experiencias y características relacionadas con el suicidio, depresión, autoeficacia y apoyo social. Los datos analizados mediante estadística descriptiva, ANOVA unidireccional con pruebas de Scheffé, pruebas exactas de Fisher y coeficientes de correlación de Pearson con SPSS/WIN 23. Entre los participantes del estudio, el 34,9% informó experiencias traumáticas de suicidio. Cuando tenían "más aceptabilidad" y "comprensibilidad" en las actitudes hacia el suicidio, eran más jóvenes, más depresivos y tenían un nivel más bajo de autoeficacia. Hubo algunas diferencias en las asociaciones de "comprensibilidad" en las actitudes hacia el suicidio con depresión, intento de suicidio, pensamiento suicida y experiencia de asesoramiento entre los grupos con trauma suicida y sin trauma. Hubo correlaciones positivas para "aceptabilidad", "comprensibilidad", "tabú" y depresión y correlaciones negativas para "aceptabilidad", autoeficacia y apoyo social.

Kiekens et al. (2020) formularon su estudio con el objetivo de analizar los factores en tiempo real que predicen los pensamientos los factores de riesgo distales de autolesiones no suicidas y la medida en que factores momentáneos teóricamente importantes (es decir, pensamientos negativos, afecto positivo y autoeficacia) para resistir autolesiones no suicidas predicen el comportamiento autolesiones no suicidas en la vida diaria, más allá de los pensamientos NSSI. Utilizando una metodología de muestreo de experiencias, se obtuvieron datos longitudinales intensivos de 30 adultos jóvenes con episodios frecuentes de autolesiones no suicidas en el último año. Los participantes completaron evaluaciones hasta ocho veces por día durante 12 días consecutivos (muestreo dependiente de la señal). Esto resultó en la

recopilación de 2222 evaluaciones (cumplimiento medio = 79,2%) durante las cuales se registraron 591 pensamientos NSSI y 270 conductas autolesiones no suicidas. Utilizando el marco de modelado de ecuaciones estructurales dinámicas, se construyeron modelos autorregresivos vectoriales multinivel. El afecto negativo se asoció positivamente con los pensamientos autolesiones no suicidas, mientras que el afecto positivo y la autoeficacia para resistir autolesiones no suicidas se asociaron negativamente con los pensamientos autolesiones no suicidas. En todas las evaluaciones, el afecto negativo y la autoeficacia para resistir autolesiones no suicidas superiores a lo habitual predijeron cambios a corto plazo en los pensamientos autolesiones no suicidas. Si bien las fluctuaciones tanto en el afecto negativo o positivo predijeron prospectivamente el comportamiento autolesiones no suicidas, estos factores dejaron de ser significativos en los modelos que controlaron el efecto predictivo de los pensamientos autolesiones no suicidas. Por el contrario, la autoeficacia para resistir autolesiones no suicidas predijo incrementalmente una menor probabilidad de participar en autolesiones no suicidas, por encima y más allá de los pensamientos autolesiones no suicidas.

Li et al. (2024) plantearon en su estudio como objetivo examinar las asociaciones entre los síntomas de insomnio, la autoeficacia general y la ideación suicida entre la población adulta de base comunitaria. Se distribuyó un cuestionario estandarizado a 2051 adultos que viven en la comunidad en el distrito de Lishui de la provincia de Jiangsu en China, para evaluar sus datos sociodemográficos, síntomas de insomnio, autoeficacia general e ideación suicida. Se realizaron regresión logística binaria múltiple o regresión lineal y análisis de mediación con método de remuestreo bootstrap. Los resultados mostraron que la prevalencia ponderada de ideación suicida a lo largo de la vida fue del 6,38%. a ideación suicida se observó con mayor frecuencia en adultos de 35 a 59 años (51,93 %), seguidos por los de 18 a 34 años (28,28 %), mientras que fue menor en los mayores de 60 años (19,79 %). En cuanto al sexo, la distribución fue relativamente equilibrada, con un 48,50 % de mujeres y un 51,50 % de hombres que

presentaron ideación suicida. Asimismo, se evidenció una fuerte asociación con problemas de salud mental, reportados por el 33,98 % de quienes presentaban ideación suicida frente al 5,13 % en el grupo sin ideación, lo que refleja el peso de los trastornos mentales en la vulnerabilidad al suicidio. La OR de síntomas de insomnio con ideación suicida disminuyó, pero permaneció significativa después de ajustar adicionalmente por autoeficacia general (OR = 2,62). Mientras que una mayor autoeficacia general se asoció con menores probabilidades de ideación suicida (OR = 0,92), la autoeficacia se asoció tanto con los síntomas de insomnio como con la ideación suicida entre la población adulta que vivía en la comunidad.

Wu y Lee (2021) tuvieron como objetivo investigar las asociaciones entre el riesgo de suicidio, la autoeficacia y la búsqueda de ayuda en materia de salud mental entre lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT). Se usó una encuesta transversal con comparación de dos grupos. El grupo LGBT se reclutó mediante el método de bola de nieve, que luego se emparejó por edades con el grupo de comparación como referencia. El cuestionario contenía datos demográficos, autoevaluación de la salud, evaluación del riesgo de suicidio e indicadores de búsqueda de ayuda, incluida la ayuda formal (por ejemplo, servicios médicos o psiquiátricos) e informal (por ejemplo, familiares o amigos). Se realizaron pruebas de chi-cuadrado, pruebas *t*, ANOVA de dos factores y regresión multivariable para probar las diferencias entre dos grupos. Los métodos siguieron los criterios STROBE. El grupo LGBT tuvo una prevalencia significativamente mayor de ideación suicida reciente o en la vida, intentos de suicidio previos y angustia mental o síntomas depresivos. Su autoevaluación de la salud y la autoeficacia relacionada con la salud fueron peores que las del grupo de comparación y se asociaron con mayores niveles de riesgo de suicidio. Entre el 27,1% de LGBT que pretendía buscar ayuda para la depresión, uno de cada cinco visitó servicios psiquiátricos. Los LGBT tenían entre 2 y 4 veces más probabilidades que el grupo de comparación de revelar su angustia o buscar ayuda informal. Sin embargo, los contactos con servicios médicos y

psiquiátricos fueron relativamente bajos para las personas con alto riesgo de suicidio en el grupo LGBT. Concluyen que las personas LGBT tenían un nivel más bajo de autoeficacia y mayores riesgos de suicidio que el público en general.

I.5. Justificación de la investigación

El estudio represento un valioso aporte teórico al campo de la psicología clínica, específicamente en lo que respecta a la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. La presente investigación se fundamenta en la integración de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura y los modelos contemporáneos de la suicidiología, representados por la Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner y el Modelo Motivacional-Volitivo (IMV) de Rory O'Connor. Esta sinergia teórica permite comprender el comportamiento suicida no solo como un síntoma de un trastorno mental, sino como un proceso cognitivo-conductual influenciado por la percepción de la propia capacidad.

Al analizar una muestra extensa de Lima Metropolitana, este estudio proporciono una visión detallada de cómo estas variables están relacionadas en un contexto específico. Al integrar datos que previamente estaban fragmentados y separados, esta investigación ofreció una perspectiva más completa y profunda de la dinámica entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. Estos hallazgos pueden servir como base para futuros estudios más actualizados y específicos, contribuyendo así a enriquecer el cuerpo de conocimiento de la psicología clínica y proporcionando información crucial para el diseño de intervenciones y políticas de salud mental más efectivas en esta población vulnerable.

Asimismo, el estudio ofreció una serie de aportes prácticos significativos para diversas entidades y profesionales relacionados con la salud mental en el Perú. En primer lugar, para el Instituto de Salud Mental del Perú, este estudio proporciono información crucial sobre la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en una muestra representativa de adultos con trastornos mentales en Lima Metropolitana. Esta información ayuda al Instituto a

diseñar intervenciones y programas de prevención más efectivos y específicos que aborden las necesidades particulares de esta población.

Además, para las autoridades sanitarias del país, este estudio ofrece datos importantes que pueden informar la elaboración de políticas públicas y estrategias de salud mental a nivel nacional. Al comprender mejor cómo la autoeficacia se relaciona con los indicadores suicidas en personas con trastornos mentales, las autoridades sanitarias pueden implementar medidas preventivas y de intervención más dirigidas y efectivas.

Por último, para los especialistas en psicología clínica, este estudio proporciona una base teórica sólida y evidencia empírica sobre la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. Esto les permite desarrollar intervenciones terapéuticas más específicas y personalizadas para sus pacientes, centrándose en el fortalecimiento de la autoeficacia como un factor de protección contra los indicadores suicidas.

Estos datos proporcionaron una visión detallada de la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en una muestra representativa de la población, lo que brinda una oportunidad única para realizar análisis más profundos y específicos sobre este tema. A partir de estos datos, se pueden identificar patrones, tendencias y variables asociadas que ayuden a desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas para mejorar la salud mental de la población en Lima. En lugar de realizar nuevos estudios, aprovechar los datos existentes permite una utilización más eficiente de los recursos y una comprensión más completa de la situación actual de la salud mental en la ciudad.

I.6. Limitaciones de la investigación

La Base de Datos del Estudio Epidemiológico-2015, aunque proporciona datos valiosos sobre la autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en Lima Metropolitana, presenta algunas limitaciones. Al ser un estudio novedoso que aborda la relación entre estas dos variables específicamente en adultos con trastornos mentales, carece

de referentes concretos y estudios previos que hayan explorado esta relación de manera detallada. Además, los estudios existentes que relacionan la autoeficacia y los indicadores suicidas son limitados, lo que dificulta la comparación y el análisis exhaustivo de los resultados obtenidos. Esta falta de estudios previos, referentes sólidos y tener ser un estudio transversal puede limitar la interpretación y generalización de los hallazgos del estudio, así como un entendimiento integral de la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales.

I.7.Objetivos de la investigación

I.7.1. Objetivo general

OG: Determinar la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015.

I.7.2. Objetivos específicos

OE1.- Describir los niveles de autoeficacia en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana -2015, según características sociodemográficas.

OE2.- Describir los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.

OE3.- Determinar la relación entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

OE4.- Determinar la relación entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

OE5.- Determinar la relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas

OE6.- Determinar la relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

I.8. Hipótesis

I.8.1. Hipótesis general

HG: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015.

I.8.2. Hipótesis específicas

HE1: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

HE2: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia e ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según características sociodemográficas.

HE3: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.

Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.

HE4: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.

Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1.1. *La autoeficacia*

Es una definición de la psicología referida a la seguridad que un individuo tiene sobre su habilidad para realizar específicas actividades que le permitirán enfrentar retos en la vida y lograr sus metas. Esta confianza no únicamente influirá en escoger el esfuerzo y las metas a las que se dedica, sino también en la manera en que se enfrentan los obstáculos y se manejan las adversidades. En esencia, la autoeficacia se basa en la percepción subjetiva de uno mismo sobre su competencia y habilidades, y juega un papel crucial en diversos aspectos del desarrollo personal, la motivación, y la adaptación a distintos contextos y situaciones. Su estudio ha sido ampliamente explorado por psicólogos como Bandura, quien lo considera un componente clave en la teoría social cognitiva, influenciando tanto el comportamiento como las emociones y el pensamiento de los individuos (Waddington, 2023).

Según lo planteado por Bandura habitualmente las personas están en una constante lucha por tener un mayor control de las circunstancias que ocurren en su vida. En la incidencia de áreas sobre las que imponen control tienen mayor capacidad de cumplir metas propuestas, evitando lo que no desea, la poca capacidad para incidir en hechos y cosas tendrá una adversa afectación en la vida del individuo, ocasionando desesperación, tristeza y apatía, contrariamente la habilidad para generar valiosos resultados se convierte en un incentivo importante para desarrollar y practicar el control propio personal (Bhati & Sethy, 2022). Para Chen et al. (2020), la autoeficacia desempeña un papel fundamental en la autorregulación de la salud física y en los procesos terapéuticos, lo que explica que se haya convertido en una variable ampliamente estudiada dentro de las teorías sociocognitivas en el campo de la psicología.

Aspectos como comportamiento saludable, autoestima, motivación, tolerancia, logros académicos y cuidados físicos, están vinculados a la autoeficacia y tienen una relación negativa con la depresión, ansiedad, conductas antisociales y de riesgo sexual (Beasley et al., 2020).

Muenchhausen et al. (2021) refieren que, aunque la autoeficacia es de reciente origen, el interés sobre lo que creen del control propio tiene una historia extensa en la psicología y en la filosofía, teniendo como ejemplo a Locke, Spinoza, Hume, James entre otros. No obstante, Albert Bandura fue quien comenzó el análisis de las definiciones de la autoeficacia durante el año 1977, formalizando estas definiciones en un artículo famosamente publicado, donde definió la autoeficacia como las propias creencias que tienen el individuo de la habilidad para ejecutar y organizar las acciones requeridas, para el manejo de futuras circunstancias. Creer en la autoeficacia influirá en los sentimientos, pensamiento, actuaciones y motivaciones.

La autoeficacia se denomina también eficacia percibida, considerada como el juicio personal sobre su habilidad para ocasionar resultados deseados desde las acciones propias basándose en la prospectivas y competencias vinculadas a la acción. Partiendo de la autoeficacia los individuos planearán y llevarán a cabo acciones para alcanzar su propósito (Xu & Du, 2021).

Es necesario aclarar el origen sobre lo que se cree de la eficacia. En tal sentido, Xu y Du (2020), explica que inicialmente el desarrollo temprano de la autoeficacia está definido por la habilidad del pensamiento simbólico y la comprensión de la asociación entre la autorreflexión, causa-efecto y la auto observación.

Además, la autoeficacia tiene una fuerte influencia de la sensibilidad del entorno, el medio que suele ser más sensible a las acciones específicas de los niños facilitará la configuración de la creencia sobre la eficacia. Ello en gran medida refiere que el entorno social del infante por lo general conformado por sus padres dificultará o facilitará el desarrollo de la

autoeficacia acobardando o incitando al infante a manejar e indagar el entorno (Lara et al., 2020).

Bandura propuso que la autoeficacia afecta la manera en que las personas establecen metas, enfrentan desafíos, se esfuerzan por alcanzar objetivos y perseveran ante la adversidad. En su teoría, Bandura planteó que la autoeficacia se desarrolla a través de una variedad de fuentes de información, incluida la experiencia directa, la observación del éxito y fracaso de otros, la persuasión verbal y la retroalimentación social. Además, argumentó que las personas son más propensas a participar en actividades en las que creen que pueden tener éxito y que, a su vez, el éxito en esas actividades refuerza y fortalece su autoeficacia (Lara et al., 2020).

A lo largo de las décadas, Bandura y otros investigadores han continuado refinando y ampliando la teoría de la autoeficacia, explorando cómo esta creencia influye en una amplia gama de áreas, desde la salud y el bienestar personal hasta el rendimiento académico y laboral. La teoría de la autoeficacia de Bandura ha tenido un impacto significativo en la psicología y ha sido ampliamente aplicada en campos como la psicoterapia, la educación, el deporte y la gestión empresarial, proporcionando un marco útil para comprender y promover el desarrollo personal y el logro de objetivos (Wu et al., 2021).

Los psicólogos alemanes Ralf Schwarzer y Matthias Jerusalem son dos psicólogos alemanes conocidos por su trabajo en el campo de la psicología de la salud. En 1995, plantearon la teoría de la autoeficacia percibida, la cual es una extensión y adaptación del concepto de autoeficacia propuesto por Bandura. Según esta teoría la técnica se percibida está referida a la creencia propia que tiene el sujeto sobre su habilidad para manejar exitosamente hechos específicos y lograr propósitos deseados en un determinado contexto. Schwarzer y Jerusalem sostienen que esta creencia influye en la elección de metas, los esfuerzos que se realizan para alcanzarlas y la persistencia en la realización de tareas a lo largo del tiempo (Wu et al., 2021).

El Instituto Nacional de Salud Mental (2018), explica que la autoeficacia es el juicio que se tiene sobre la facultad de continuar un vital curso activo y autodeterminado, teniendo un mayor control de los requerimientos ambientales a través de comportamientos adaptados.

2.1.1.1. Teoría de la autoeficacia

El concepto de autoeficacia surge en el marco de la psicología contemporánea como una necesidad de explicar la manera en que los individuos regulan su comportamiento frente a los retos de la vida cotidiana. Su estudio se inicia formalmente en la década de 1970 con los aportes de Albert Bandura, quien buscaba superar las limitaciones de las teorías conductistas que reducían la conducta humana a simples asociaciones estímulo–respuesta. Bandura propuso que las creencias personales acerca de la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones específicas desempeñan un papel determinante en el logro de metas, lo cual dio origen al constructo de la autoeficacia (Waddington, 2023).

El significado otorgado a la autoeficacia dentro de la teoría fue amplio y trascendental. Bandura la definió como el juicio que una persona realiza sobre su capacidad de ejecutar conductas necesarias para alcanzar determinados resultados. En este sentido, no se trata únicamente de poseer habilidades, sino de la convicción de poder emplearlas de manera eficaz en contextos reales. Esta perspectiva abrió un nuevo campo de investigación en el que se vinculaban las creencias individuales con la motivación, el aprendizaje y la autorregulación (Waddington, 2023).

Albert Bandura es considerado el autor principal de la teoría de la autoeficacia, dado que fue él quien sistematizó sus fundamentos y la integró dentro de su propuesta más amplia de la Teoría Social Cognitiva. No obstante, otros investigadores también han profundizado en este constructo. Por ejemplo, Schunk examinó la autoeficacia en contextos educativos y su relación con el rendimiento académico, mientras que Zimmerman destacó su importancia en los procesos de autorregulación del aprendizaje. En el ámbito de la salud, Schwarzer y

Luszczynska estudiaron la autoeficacia como factor clave en la adopción y mantenimiento de conductas saludables (Sumianto et al., 2024).

Esta teoría es el eje central de la Teoría Social Cognitiva, en la cual se inscribe la autoeficacia, es la interacción recíproca entre factores personales, conductuales y ambientales, proceso que Bandura denominó determinismo recíproco. Esta visión reconoce que la conducta humana no se explica de manera lineal, sino a través de la influencia mutua de estos tres elementos. La autoeficacia se convierte, en este marco, en un mediador fundamental, ya que condiciona la manera en que las personas interpretan su entorno, toman decisiones y perseveran frente a las dificultades (Sumianto et al., 2024).

En términos generales, la Teoría Social Cognitiva plantea que los individuos son agentes activos de su propio desarrollo, capaces de autorregularse y de influir en su medio a través de procesos cognitivos y sociales. La autoeficacia, como núcleo de esta teoría, permite comprender por qué dos personas con las mismas habilidades pueden obtener resultados diferentes: la diferencia radica en la confianza que poseen respecto a sus capacidades para enfrentar desafíos. Este enfoque ha tenido un impacto significativo en campos tan diversos como la educación, la psicología clínica, la salud y la organización laboral, consolidándose como uno de los aportes más influyentes de la psicología moderna (Sumianto et al., 2024).

2.1.1.2. Autoeficacia en adultos

El estudio de la autoeficacia ha tenido un desarrollo predominante en el ámbito académico y en contextos vinculados con el aprendizaje y el rendimiento escolar. También se ha investigado con amplitud en áreas como la salud, especialmente en la adherencia a tratamientos médicos o en la adopción de estilos de vida saludables. Sin embargo, cuando se trata de la población adulta, el abordaje ha sido más disperso, con investigaciones que abarcan desde la autoeficacia laboral hasta la parentalidad y el manejo de enfermedades crónicas, en este grupo etario se observa, además, una creciente atención hacia los adultos mayores, en

quienes la autoeficacia adquiere un papel central para mantener la autonomía y el bienestar (Hebdon et al., 2021).

En los adultos, la autoeficacia se desarrolla en estrecha relación con las experiencias de vida acumuladas y con las oportunidades de aprendizaje que brinda la interacción social. A diferencia de la infancia y la adolescencia, donde el énfasis se coloca en el aprendizaje formal, en la adultez el constructo se vincula más con la capacidad de adaptación a los cambios personales, profesionales y familiares. El modo en que una persona evalúa su eficacia para enfrentar transiciones vitales, como el matrimonio, la paternidad, el desempleo o la jubilación, influye directamente en sus niveles de resiliencia y motivación para asumir nuevos retos (Hebdon et al., 2021).

Un aspecto relevante en esta etapa es la autoeficacia laboral, investigaciones recientes han mostrado que la percepción de eficacia en el desempeño profesional está asociada no solo con la productividad, sino también con la satisfacción en el trabajo y el compromiso organizacional. Los adultos con alta autoeficacia suelen asumir tareas complejas con mayor confianza y perseverancia, mientras que aquellos con niveles bajos pueden mostrar más resistencia al cambio o dificultades para adaptarse a entornos laborales dinámicos (Hebdon et al., 2021).

En el ámbito de la salud, la autoeficacia en adultos desempeña un rol esencial en la adopción de hábitos de autocuidado y en la adherencia a tratamientos. Se ha evidenciado que quienes creen en su capacidad para controlar factores de riesgo como la alimentación, el ejercicio o el consumo de sustancias, presentan mayores probabilidades de mantener conductas saludables a largo plazo. Asimismo, en pacientes con enfermedades crónicas, la autoeficacia influye en la manera de afrontar las limitaciones físicas y emocionales, potenciando la capacidad de llevar una vida más activa y autónoma (Calaguas & Consunji, 2022).

Cabe destacar que, en los adultos mayores, la autoeficacia se convierte en un factor protector frente a la dependencia y el deterioro asociado con la edad. La creencia en la propia capacidad para realizar actividades cotidianas, participar socialmente o aprender nuevas habilidades tecnológicas puede marcar la diferencia en la calidad de vida durante esta etapa. De este modo, la autoeficacia no solo contribuye a mantener la autonomía, sino que también favorece la autoestima, la integración comunitaria y la percepción de bienestar. Así, el estudio de la autoeficacia en adultos y adultos mayores constituye un campo de creciente interés que amplía la comprensión del desarrollo humano más allá de los límites del ámbito educativo (Bravo Serrano, 2024).

2.1.1.3. Autoeficacia en adultos con trastornos mentales

En adultos con trastornos mentales, la autoeficacia se ha estudiado como un aspecto clave en la manera en que los individuos enfrentan y manejan sus síntomas, así como en la adherencia a los tratamientos y el proceso de recuperación, la literatura producida en los últimos cinco años ha mostrado un creciente interés por comprender el papel que desempeñan las creencias de eficacia personal en el curso de enfermedades como la depresión, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad o los trastornos bipolares (Tetri & Juujärvi, 2022).

El interés en este campo se sustenta en la necesidad de identificar factores psicológicos que potencien la resiliencia, reduzcan la vulnerabilidad a recaídas y fortalezcan las estrategias de afrontamiento (Tetri & Juujärvi, 2022). Los estudios más relevantes como el de Huang et al. (2023) destacan que la autoeficacia, al mediar entre la percepción de los síntomas y las conductas adaptativas, se convierte en un componente esencial de los programas terapéuticos y de rehabilitación psicosocial.

La autoeficacia en adultos con trastornos mentales se desarrolla en interacción con la experiencia personal del padecimiento, la calidad del apoyo social y el acceso a intervenciones terapéuticas eficaces, a diferencia de la población general, donde la autoeficacia suele

vincularse al logro de metas académicas, laborales o familiares, en quienes presentan trastornos mentales se asocia principalmente con la percepción de control sobre los síntomas y con la confianza en la capacidad para gestionar el propio proceso de tratamiento. Esta convicción de poder influir en la evolución de la enfermedad resulta fundamental para sostener la motivación y la adherencia a las terapias (Huang et al., 2023).

En los estudios centrados en la depresión, como el de Sharma y Kumra (2022) se indica que niveles bajos de autoeficacia se relacionan con una mayor persistencia de síntomas depresivos, menor motivación y más dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas, por el contrario, fortalecer la autoeficacia mediante intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, favorece una recuperación más estable y duradera. De manera similar, en los trastornos de ansiedad se ha identificado que la percepción de eficacia personal actúa como un modulador en la intensidad de las respuestas fisiológicas y emocionales frente a situaciones amenazantes.

En adultos con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la investigación ha puesto de relieve la autoeficacia como un factor central en los programas de rehabilitación psicosocial, la convicción de poder realizar tareas cotidianas, mantener relaciones sociales o desempeñar roles productivos se traduce en mejores resultados funcionales y en una mayor integración comunitaria, en este ámbito, los programas que incorporan entrenamiento en habilidades sociales y psicoeducación han mostrado ser efectivos para fortalecer la autoeficacia y, con ello, mejorar la calidad de vida de los pacientes (Hamidi et al., 2023).

En suma, el estudio de la autoeficacia en adultos con trastornos mentales ha permitido identificar un recurso psicológico decisivo para el manejo de la enfermedad y el logro de una vida más autónoma y significativa, su importancia radica no solo en la relación con la reducción de síntomas, sino también en su capacidad para fomentar la esperanza, la resiliencia y el compromiso con el tratamiento. Por ello, la autoeficacia se ha consolidado como un constructo

de gran valor clínico y terapéutico, que orienta el diseño de intervenciones integrales dirigidas a promover la recuperación psicosocial en la población adulta que enfrenta trastornos de salud mental.

2.1.2. Indicadores suicidas

Son señales o signos de advertencia que pueden indicar un mayor riesgo de que una persona esté considerando o planeando el suicidio, estos indicadores varían en su naturaleza y gravedad, por lo que resulta fundamental identificarlos oportunamente, implementar medidas adecuadas de intervención y, de este modo, contribuir a la prevención de una posible tragedia. Algunos indicadores comunes incluyen cambios abruptos en el comportamiento o el estado de ánimo, expresiones directas o indirectas de desesperanza o deseo de morir, la realización de preparativos para el suicidio, la pérdida de interés en actividades que solían disfrutar y la participación en comportamientos de riesgo (Ji et al., 2022).

El INSM (2018), explica que los indicadores suicidas son distintos elementos de este espectro que abarcan el intento suicida, la planeación del suicidio, los deseos de morir y las ideas o pensamientos suicidas.

Zhao et al. (2020), mencionan que los indicadores suicidas son señales o comportamientos observables que pueden sugerir un mayor riesgo de suicidio en una persona. Estos pueden incluir expresiones verbales directas o indirectas de desesperanza o deseos de morir, cambios repentinos en el comportamiento o el estado de ánimo, la realización de preparativos para el suicidio, como la adquisición de medios letales, y la participación en comportamientos de riesgo o autodestructivos.

Rodríguez Aldana et al. (2021) señalan que los indicadores suicidas son factores de riesgo identificables que pueden indicar una vulnerabilidad aumentada a pensamientos o acciones suicidas. Estos indicadores pueden variar desde signos emocionales y psicológicos,

como la depresión profunda o la ansiedad extrema, hasta factores sociales o situacionales, como la pérdida de empleo, el aislamiento social o experiencias traumáticas recientes.

Maia (2020), refiere que los indicadores suicidas son manifestaciones observables o informadas de malestar psicológico, emocional o social que sugieren un riesgo elevado de intento o suicidio consumado. Estos indicadores pueden ser evaluados a través de la observación directa, la evaluación clínica o la información proporcionada por el individuo en cuestión o por personas cercanas a él. Reconocer y abordar estos indicadores de manera oportuna es fundamental para la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental.

Es importante comprender que la presencia de indicadores suicidas no siempre significa que una persona definitivamente intentará suicidarse, pero sí sugiere que pueden estar experimentando un intenso sufrimiento emocional y necesitan apoyo y atención urgentes. La detección temprana y la intervención adecuada pueden salvar vidas y ayudar a las personas a superar momentos de crisis emocional. Es fundamental tomarse en serio cualquier indicio de suicidio y buscar ayuda profesional o comunicarse con líneas de ayuda de emergencia si se sospecha que alguien está en riesgo (Maia, 2020).

Los indicadores suicidas pueden manifestarse de manera diferente en cada individuo y pueden estar influenciados por una variedad de factores, como la salud mental, el estrés emocional, la historia de traumas o abusos, el consumo de sustancias, los problemas familiares o relaciones conflictivas. Por lo tanto, es crucial abordar estas preocupaciones de manera integral y brindar un apoyo compasivo y adecuado a quienes enfrentan dificultades emocionales (Pulido et al., 2022).

Los principales indicadores suicidas para tomar en cuenta en este estudio son:

1. Deseos de morir: Los deseos de morir son una expresión emocional de profundo sufrimiento y desesperanza. Las personas que experimentan deseos de morir pueden sentir que la vida es insoportable y que no hay esperanza de mejora. Estos

sentimientos pueden surgir como resultado de una combinación de factores como problemas de salud mental, estrés emocional, traumas pasados o dificultades personales. Los deseos de morir pueden manifestarse como expresiones verbales directas de querer dejar de vivir, así como sentimientos persistentes de desesperanza y desamparo (Baños et al., 2022).

2. **Pensamientos de quitarse la vida:** Los pensamientos de quitarse la vida son ideas recurrentes o intrusivas sobre el suicidio. Estos pensamientos pueden variar en intensidad y frecuencia, desde pensamientos vagos o pasivos sobre la muerte hasta ideas detalladas y específicas sobre cómo llevar a cabo el acto suicida. Las personas que experimentan estos pensamientos pueden sentirse abrumadas por el dolor emocional y la angustia psicológica, y pueden ver el suicidio como la única salida de su sufrimiento (Viñafaña et al., 2022).
3. **Planes de índole suicida:** Los planes de índole suicida son estrategias detalladas y específicas para llevar a cabo el acto suicida. Estos planes pueden incluir la selección de un método, la adquisición de medios letales, la determinación de un momento y lugar específicos, y la elaboración de los detalles logísticos necesarios para completar el acto suicida. La presencia de un plan suicida es un indicador grave de riesgo y sugiere que la persona ha avanzado más allá de los pensamientos y deseos de suicidio hacia una intención concreta de llevar a cabo el acto (Viñafaña et al., 2022).
4. **Intentos suicidas:** Un intento suicida se produce cuando una persona realiza una acción con la intención de quitarse la vida, pero no tiene éxito en su intento. Los intentos suicidas pueden variar desde gestos suicidas leves hasta intentos de suicidio más serios y letales. Los intentos suicidas pueden ser una señal de profundo sufrimiento emocional y una indicación de la necesidad urgente de

intervención y apoyo. Es importante tomar en serio cualquier intento suicida, incluso si no resulta en lesiones graves o la muerte, y buscar ayuda profesional para la persona en riesgo (Viñafaña et al., 2022).

5. La potencialidad suicida: se refiere a la probabilidad o riesgo de que una persona pueda llevar a cabo un acto suicida en el futuro. Este indicador se basa en una evaluación de diversos factores de riesgo, como la presencia de pensamientos de suicidio, la intensidad de los deseos de morir, la existencia de un plan suicida detallado y la disponibilidad de medios letales. La potencialidad suicida sugiere que la persona no solo está experimentando angustia emocional significativa, sino que también puede estar avanzando hacia la toma de acciones concretas para terminar con su vida. Es fundamental identificar y abordar la potencialidad suicida de manera urgente, brindando apoyo emocional, intervención terapéutica y conexión con recursos de salud mental para prevenir un posible intento de suicidio (Viñafaña et al., 2022).

2.1.2.1. Teorías que explican las conductas suicidas

Las investigaciones sobre el suicidio no se han limitado únicamente a identificar los factores que originan la ideación suicida, sino que también han buscado comprender los procesos que llevan a ciertos individuos a concretar la acción. La evolución de las teorías en este campo ha permitido alcanzar una mirada más amplia e integral del fenómeno, considerando dimensiones individuales, sociales y contextuales. Así, mientras las teorías de primera generación se centraron en el análisis de los factores predisponentes, las de segunda generación aportan una perspectiva más compleja que ayuda a explicar los mecanismos que facilitan o, por el contrario, dificultan la transición de la ideación a la conducta suicida (Yöyen & Keleş, 2024).

Teorías de primera generación

Las teorías de primera generación abarcan enfoques como la teoría psicodinámica, la teoría del aprendizaje social, la teoría de la desesperanza, la teoría del suicidio de Shneidman y la teoría del escape. Todas ellas surgieron a partir de observaciones empíricas y de la práctica clínica, y se centraron en identificar los factores psicológicos y socioculturales que predisponen a la ideación suicida. En su momento, constituyeron un avance sustancial, ya que permitieron abordar el suicidio no solo desde una mirada médica o moral, sino desde un enfoque psicológico y social. A pesar de sus limitaciones, estos modelos siguen siendo la base de numerosos programas de intervención clínica y preventiva (Yöyen & Keleş, 2024).

La teoría psicodinámica, propuesta por Sigmund Freud en 1917 en su obra *Duelo y melancolía*, plantea que el suicidio surge de un conflicto intrapsíquico en el que los impulsos agresivos, originalmente dirigidos hacia un objeto externo, se vuelven contra el propio yo. Según esta perspectiva, el individuo que no logra resolver la pérdida de un ser significativo interioriza la hostilidad y la transforma en autodestrucción. Este enfoque sentó las bases para comprender el suicidio como un fenómeno ligado a la dinámica inconsciente y al manejo de la agresión reprimida (Yöyen & Keleş, 2024).

La teoría del aprendizaje social, desarrollada por Albert Bandura en 1977, sostiene que la conducta suicida puede adquirirse a través de procesos de observación e imitación. Según esta propuesta, la exposición a modelos ya sea en el entorno cercano o mediante los medios de comunicación puede influir en la probabilidad de que una persona considere o ejecute el suicidio. Este enfoque introdujo la importancia del aprendizaje vicario y del contexto social como factores que facilitan o refuerzan la conducta suicida (Yöyen & Keleş, 2024).

La teoría de la desesperanza fue formulada por Aaron Beck en 1967 y posteriormente ampliada en la década de 1970. Según Beck, la percepción persistente de un futuro negativo e inmutable constituye el principal predictor del suicidio. La desesperanza genera un estado emocional en el que los individuos sienten que ninguna acción puede modificar su situación,

lo cual incrementa la vulnerabilidad a la ideación y a la conducta suicida. Este modelo subraya la relevancia de las cogniciones disfuncionales como núcleo explicativo del riesgo suicida (Miller, 2022).

La teoría del suicidio de Edwin Shneidman, desarrollada a partir de 1969, introduce el concepto de psychache o dolor psicológico insoportable como el motor principal de la conducta suicida. Para Shneidman, el suicidio no se entiende tanto como un deseo de morir, sino como un intento desesperado de escapar de un sufrimiento emocional intenso que se percibe como irresoluble. Su aporte resultó fundamental para centrar la atención clínica en la evaluación del malestar subjetivo como indicador clave de riesgo (Miller, 2022).

Por su parte, la teoría del escape, planteada por Roy Baumeister en 1990, sostiene que el suicidio puede interpretarse como una vía para escapar de una autoconciencia excesivamente dolorosa. Según esta teoría, cuando los individuos experimentan un desajuste entre las expectativas ideales y la percepción de sí mismos, pueden sentirse atrapados en un estado de fracaso intolerable. El suicidio, en este sentido, se convierte en un intento de liberación ante una identidad percibida como defectuosa y carente de valor. Este enfoque aportó una comprensión más contemporánea del suicidio como proceso de evasión psicológica (Miller, 2022).

Teorías de segunda generación

Las teorías de segunda generación emergen con el propósito de superar las limitaciones de los enfoques tradicionales, los cuales se centraban en los factores predisponentes de la ideación suicida, dejando de lado los mecanismos que explican la transición hacia la acción. Estas nuevas propuestas buscan ofrecer una explicación más precisa de los procesos mediante los cuales algunas personas, a pesar de experimentar ideación suicida, llegan a materializarla en conductas concretas (Miller, 2022).

Entre los modelos más representativos destacan la teoría interpersonal del suicidio, la teoría de los tres pasos y el modelo motivacional–volitivo integrativo, los cuales aportan una mirada más matizada y dinámica al fenómeno, ya que consideran no solo los procesos cognitivos y emocionales, sino también los factores interpersonales y contextuales que median entre la ideación y el acto suicida (Yöyen & Keleş, 2024).

En este marco, la teoría interpersonal del suicidio, formulada por Thomas Joiner en 2005, se ha consolidado como uno de los modelos más influyentes en la investigación contemporánea, de acuerdo con su planteamiento, para que un intento suicida se concrete deben confluir tres condiciones: la percepción de ser una carga para los demás, el sentimiento de desconexión o falta de pertenencia social y la capacidad adquirida para autolesionarse, la cual se desarrolla mediante la exposición repetida al dolor o a experiencias traumáticas. Joiner sostiene que la ideación, por sí sola, no resulta suficiente para que se produzca el acto, ya que es necesario un proceso de habituación al sufrimiento físico y a la idea de la muerte que posibilite dar el paso a la acción (Yöyen & Keleş, 2024).

Siguiendo esta línea de avance, la teoría de los tres pasos (*Three-Step Theory*), propuesta por David Klonsky y Alexis May en 2015, refina el análisis de la transición suicida al estructurarla en una secuencia progresiva, en una primera fase, la ideación aparece cuando el dolor psicológico, combinado con la desesperanza, supera los recursos de afrontamiento del individuo; posteriormente, esta ideación se intensifica en la medida en que la persona percibe una ausencia de conexión social o de sentido de pertenencia; finalmente, el paso a la acción depende de la capacidad percibida para ejecutar el acto, lo que se ve facilitado por el acceso a medios letales o por la disminución del miedo a la autolesión. Este modelo no solo organiza de manera lógica los elementos implicados en la conducta suicida, sino que además permite identificar puntos estratégicos para la prevención e intervención temprana.

De forma complementaria, el modelo motivacional–volitivo integrativo (*Integrated Motivational-Volitional Model*), desarrollado por Rory O'Connor en 2011, propone una visión más amplia al distinguir dos fases interdependientes: la motivacional y la volitiva, en la primera, la ideación suicida se configura como resultado de experiencias de derrota, humillación y desesperanza; en la segunda, entran en juego factores que determinan si la ideación se traduce en acción, tales como la impulsividad, la exposición a conductas suicidas en otras personas o el acceso a medios letales. O'Connor enfatiza que no todos los individuos que piensan en el suicidio intentan llevarlo a cabo, de modo que resulta indispensable identificar los elementos que facilitan o inhiben este tránsito, con el fin de orientar de manera más precisa las intervenciones clínicas (Yöyen & Keleş, 2024).

En conjunto, estas teorías de segunda generación ofrecen una comprensión más compleja y detallada del suicidio al concebirlo como un proceso dinámico que no puede entenderse de manera lineal. Su aporte radica en integrar dimensiones psicológicas, sociales y contextuales para explicar por qué algunas personas permanecen en la ideación mientras otras avanzan hacia la acción. Además, brindan marcos conceptuales que permiten diseñar intervenciones focalizadas no solo en reducir la ideación, sino también en actuar sobre los factores que incrementan el riesgo de materializarla, lo que amplía significativamente las posibilidades de prevención y atención en el campo de la salud mental.

2.1.3. Trastornos mentales

Cusso et al. (2022) explican que los trastornos mentales son condiciones clínicas que afectan el funcionamiento psicológico, emocional y conductual de una persona. Estos trastornos pueden manifestarse en una amplia gama de síntomas que causan malestar significativo o deterioro en el funcionamiento cotidiano del individuo. Ejemplos comunes de trastornos mentales incluyen la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad.

Solmi et al. (2022) indican que los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. Los desequilibrios en los neurotransmisores del cerebro, factores genéticos heredados y experiencias traumáticas o estresantes pueden desempeñar un papel en la aparición y la manifestación de estos trastornos. La psiquiatría se dedica al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, utilizando enfoques terapéuticos que incluyen la medicación, la psicoterapia y la terapia cognitivo-conductual, entre otros, con el objetivo de aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Schuch y Vancampfort (2021) refieren que es importante destacar que los trastornos mentales son condiciones médicas legítimas que requieren atención y tratamiento adecuados. Aunque pueden presentarse estigmas sociales y barreras para acceder a la atención médica, es fundamental reconocer la importancia de la atención integral de la salud mental para promover el bienestar y la recuperación de quienes padecen estos trastornos. La psiquiatría, junto con otras disciplinas de la salud mental, desempeña un papel crucial en la identificación, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

A nivel mundial, los trastornos mentales se definen y clasifican a través de sistemas de referencia internacionalmente aceptados, entre los cuales destacan la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5). Ambos constituyen herramientas fundamentales en la práctica clínica y en la investigación, ya que ofrecen descripciones precisas de los criterios diagnósticos y de las manifestaciones sintomatológicas que permiten identificar de manera sistemática los distintos trastornos (First et al., 2021).

El uso estandarizado de estas clasificaciones no solo posibilita un reconocimiento clínico adecuado, sino que también favorece la comparación de datos epidemiológicos y el diseño de estrategias de intervención en diversos contextos de salud.

En este marco, el Capítulo V de la CIE-10, denominado Trastornos Mentales y del Comportamiento, se utiliza ampliamente para registrar los diagnósticos de pacientes que reciben atención psiquiátrica, mientras que el DSM-5 se ha consolidado como la clasificación estándar en Estados Unidos y es de uso extendido entre profesionales de la salud mental a nivel internacional.

Si bien ambos manuales cumplen funciones semejantes, las diferencias en la codificación diagnóstica pueden estar condicionadas por las reglas estructurales propias de cada sistema. En conjunto, tanto la CIE-10, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, como el DSM-5, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, desempeñan una función reguladora y validante en el proceso diagnóstico, asegurando que este se realice bajo parámetros científicos y consensuados. El primero aporta una perspectiva global y aplicable a la planificación de políticas públicas, mientras que el segundo enfatiza criterios clínicos y operativos que orientan de manera práctica el quehacer psicológico y psiquiátrico (Budyanti et al., 2023).

Cabe destacar que a efectos de este estudio se tomaron de forma global los siguientes trastornos según lo considerado en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en 2015 en Centros de Salud y Hospitales de Lima:

1. **Los trastornos afectivos:** son una categoría de trastornos mentales que se caracterizan principalmente por alteraciones en el estado de ánimo y las emociones de una persona, dentro de esta categoría, dos de los trastornos más comunes son la depresión y el trastorno bipolar. La depresión se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, falta de interés en actividades antes

disfrutadas y una disminución general en el funcionamiento diario (McEwen & Aki, 2020).

Puede manifestarse en episodios únicos o recurrentes y puede variar en gravedad, desde formas leves hasta formas graves que pueden provocar pensamientos suicidas, por otro lado, el trastorno bipolar se caracteriza por cambios extremos en el estado de ánimo, que incluyen episodios de depresión y episodios de manía o hipomanía, durante los episodios de manía, la persona puede experimentar una euforia excesiva, aumento de la energía, comportamiento impulsivo y pensamiento acelerado.

Estos episodios se alternan con períodos de depresión, lo que puede llevar a dificultades significativas en el funcionamiento diario y en las relaciones interpersonales, los trastornos afectivos pueden tener un impacto significativo en la vida de quienes los padecen, pero con el tratamiento adecuado, que puede incluir terapia, medicación y apoyo social, muchas personas pueden aprender a manejar sus síntomas y llevar una vida plena y satisfactoria (McEwen & Aki, 2020).

2. **Los trastornos de ansiedad:** son un grupo de trastornos caracterizados por sentimientos de ansiedad y miedo persistentes que son desproporcionados con respecto a la situación real y que interfieren significativamente en el funcionamiento diario de una persona, estos trastornos pueden manifestarse de diversas formas, como la ansiedad generalizada, las fobias específicas, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad por separación, entre otros. Las personas con trastornos de ansiedad pueden experimentar síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, temblores y mareos, así como síntomas psicológicos como preocupación excesiva, pensamientos negativos recurrentes y evitación de situaciones temidas (Delgado et al., 2021).

3. **El trastorno por abuso de sustancias:** se refiere a un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por síntomas como la pérdida de control sobre el consumo, la incapacidad para abstenerse del uso, el consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas y la presencia de síntomas de abstinencia cuando se intenta dejar de consumir, este trastorno puede implicar el uso de sustancias como el alcohol, las drogas ilegales o los medicamentos recetados de manera inapropiada, y puede tener graves consecuencias para la salud física, mental y social del individuo, el trastorno por abuso de sustancias se considera una enfermedad mental que involucra una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Los individuos con trastorno por abuso de sustancias pueden experimentar una amplia gama de síntomas, que van desde cambios en el estado de ánimo y la ansiedad hasta problemas de memoria y deterioro cognitivo (Mesas et al., 2023).
4. **Síndrome psicótico:** es un conjunto de síntomas que indican una pérdida de contacto con la realidad, lo que incluye experiencias como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y alteraciones en la percepción sensorial, desde una perspectiva psiquiátrica, los síndromes psicóticos pueden ser un síntoma de trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y los trastornos del estado de ánimo con características psicóticas. Estos síntomas pueden ser extremadamente angustiantes para quienes los experimentan, ya que pueden interferir con el funcionamiento cotidiano, las relaciones interpersonales y la calidad de vida, el tratamiento de los síndromes psicóticos generalmente implica la combinación de medicación antipsicótica, terapia psicológica y apoyo social, con el objetivo de reducir los síntomas, prevenir recaídas y mejorar el bienestar general del individuo (Aragón, 2021).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio se clasificó como de *tipo básico*, dado que su objetivo principal fue analizar fenómenos fundamentales sin perseguir la aplicación directa de los resultados en la práctica clínica o la resolución de problemas específicos. Asimismo, se desarrolló bajo un enfoque *descriptivo- correlacional simple*, con el propósito de identificar y analizar la relación existente entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales. Se trató de un *estudio transversal*, ya que los datos se recopilaron en un único momento temporal, permitiendo evaluar simultáneamente las variables de interés. La información sobre autoeficacia e indicadores suicidas de los participantes se obtuvo de *estudio secundario* a partir de la Base de Datos del Estudio Epidemiológico 2015, previamente recolectada por otros investigadores (Zúñiga et al., 2023), garantizando así el análisis de los fenómenos en el contexto temporal definido por dicha fuente. (Sánchez y Reyes, 2017).

De igual forma, se realizó un análisis secundario de la Base de Datos del Estudio Epidemiológico -2015 realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. El estudio epidemiológico fue de tipo poblacional, descriptivo, transversal, de tipo probabilístico y trietápico representativo de Establecimientos de Salud de Lima y Callao.

3.2. Población y muestra

La población es 1611 personas adultos con trastornos mentales, desde 18 años, de ambos sexos, que asistieron a los hospitales y centro de salud de la provincia de Lima y el Callao, que representan el 4.92%, considerada en este estudio fue la detallada en Base de Datos del Estudio Epidemiológico -2015.

Tipo de muestreo:

Tiene una muestra censal, de 1611 personas con trastornos mentales, desde 18 años, de ambos sexos, que se atendieron en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, siendo una ***la población igual a la muestra***, de acuerdo con la intención del investigador (Arias, 2012).

En la Tabla 1 se observa que entre los adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana (2015), el grupo etario más frecuente fue el de 45 a 64 años (37.1%), seguido por el de 25 a 44 años (36.6%), mientras que los grupos de 18 a 24 años (14.9%) y 65 años o más (11.4%) presentaron proporciones menores. Predominó el sexo femenino (70.2%), con más del 50% de los adultos habiendo completado la educación secundaria, en cuanto al estado civil, el 25.2% eran solteros y el 17.3% casados. Socioeconómicamente, el 52.2% se encontraba en situación de pobreza, y el 58.5% carecía de empleo remunerado. Además, la mayoría de los casos (88.5%) procedía de hospitales generales, y el resto, de centros de salud.

Tabla 1.

Características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales

Características sociodemográficas		n (%)
Sexo	Femenino	1131 (70,2)
	Masculino	480 (29,8)
Edad	18 a 24 años	240 (14,9)
	25 a 44 años	590 (36,6)
	45 a 64 años	597 (37,1)
	65 años o más	184 (11,4)
Estado civil	Conviviente	435 (27,0)
	Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	491 (30,5)
	Casado(a)	279 (17,3)
	Soltero(a)	406 (25,2)
Nivel educativo	Sin nivel a Primaria	348 (21,6)
	Secundaria	858 (53,3)
	Superior no universitaria	233 (14,5)
	Superior universitaria	172 (10,7)
Nivel de pobreza	Pobre	838 (52,2)
	No pobre	767 (47,8)
Trabajo remunerado	No	943 (58,5)

Tipo de establecimiento	Sí	668 (41,5)
	Hospital General	1426 (88,5)
	Centro de Salud	185 (11,5)

Ahora bien, la muestra de investigación se tomó siguiendo los siguientes criterios:

3.2.1. Criterios de selección de la población y muestra

- Sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos.
- Sujetos que acuden a Hospitales Generales y Centro de Salud de Lima Metropolitana- 2015.
- Sujetos con trastornos mentales (trastornos afectivos, ansiedad, trastorno de abuso a sustancias y psicóticos) determinados en el estudio según la aplicación Escala Mini realizado en el estudio epidemiológico.

3.3.Operacionalización de variables

(Ver Anexo B: Operacionalización de variables)

3.4. Instrumentos

La técnica usada fue la encuesta y de instrumento el cuestionario. Los cuestionarios usados fueron los siguientes:

3.4.1. *Escala de autoeficacia General Schwarzer y Jerusalem*

Los autores construyeron esta escala en Alemania, en el año 1979. Esta versión ha sido validada en población chilena, española y peruana. La adaptación en Lima-Perú fue realizada por Alcalde en el año 1998. La escala se configura de 10 afirmaciones tipo Likert con el propósito de analizar la autoeficacia, siendo diseñada en Alemania por Schwarzer y Jerusalem. Midiendo lo que las personas perciben sobre sus propias habilidades para el manejo diario de su vida en distintos hechos, luego en 1981 se hizo una reducción de la versión inicialmente elaborada de 20 afirmaciones a 10 ítems. Esta nueva adaptación se utilizó en esta investigación la cual también se validó entre los pobladores peruanos, chilenos y españoles. Asimismo, se aplica en el contexto de estudios epidemiológicos en el Perú, indicando datos psicométricos específicos (especialmente los valores de 0,919 para adultos y 0,864 para adolescentes con una varianza del 57,9%) (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018).

Para evaluar la autoeficacia percibida, Schwarzer y Jerusalem desarrollaron un instrumento conocido como "Escala de Autoeficacia General Percibida" (GSES, por sus siglas en inglés). Esta escala consiste en una serie de afirmaciones sobre la capacidad de una persona para enfrentar diferentes situaciones y tareas de la vida cotidiana, como resolver problemas, enfrentar desafíos laborales o manejar situaciones estresantes. Los participantes deben indicar su grado de acuerdo con cada afirmación en una escala de respuesta, lo que permite medir su nivel de autoeficacia percibida en diversas áreas de la vida. La GSES ha sido ampliamente utilizada en investigaciones sobre autoeficacia y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, lo que la convierte en una herramienta útil para evaluar esta dimensión psicológica (Warner et al., 2020).

En la validación realizada para la población peruana, se utilizó como muestra a estudiantes universitarios, considerando un puntaje promedio de 33. Las afirmaciones presentan cuatro alternativas de respuesta, las cuales tienen una puntuación entre uno a cuatro, tomando en cuenta que la escala tiene como puntuación máxima 40 puntos y mínima 10 puntos (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018). Esta puntuación permite clasificar los resultados en tres niveles: baja autoeficacia, media autoeficacia y alta autoeficacia, de acuerdo con los baremos establecidos por Curi Noreña Raquel, los cuales fueron considerados como referencia para la interpretación de los resultados en este estudio.

En esta validación se utilizó el análisis factorial encontrando que dominan dos factores donde el primero con un 36% de carga factorial dándose la unidimensionalidad de esta escala. En el proceso de confiabilidad se aplicó el Alfa de Cronbach en la que se alcanzó un valor de 0.7955, determinando valor aceptable de aplicable para el instrumento. *(Ver Anexo G: Escala de autoeficacia General Schwarzer y Jerusalem).*

3.4.2. Módulo de Indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia (Modificado)

El Cuestionario de Salud Mental de Colombia consta de 165 preguntas y seis secciones: datos socioeconómicos, uso de sustancias, características del comportamiento, percepción de salud, familia y soporte social y vida personal. El INSM “HD-HN” amplió preguntas y escalas para profundizar variables como suicidio, discapacidad, eventos vitales antes de los dieciocho años, actitudes hacia los problemas emocionales, estresores por violencia terrorista, estados de ánimo y religión. Fue ampliado con nuevas preguntas creadas por el equipo de investigación del área de prevención del suicidio del Instituto.

Está conformada por cuatro interrogantes referidas a los indicadores suicidas. Dicha escala se obtuvo del Cuestionario de Salud Mental de Colombia que fue modificado para alcanzar datos específicos para la aplicación en los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental,

“tomando en cuenta los distintos aspectos del espectro suicida, en lo que se consideraron el deseo de morir, pensamientos suicidas, planes suicidas e intentos suicidas” (El Instituto Nacional de Salud Mental, 2018). Las respuestas son dicotómicas. Para determinar la confiabilidad del instrumento, se empleó el Alfa de Cronbach encontrando un valor de 0.85, que determina su aplicabilidad. *(Ver Anexo H: Modulo de indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia- Modificado)*

3.5.Procedimientos

Se diseñó el proyecto de investigación, sustentado en datos proporcionados por la Base de Datos del Estudio Epidemiológico -2015, tomando información específica de las variables de investigación. La muestra considerada por el estudio fueron 10, 855 personas adultas, que asistieron a los hospitales y centro de salud de la provincia de Lima y el Callao (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

Se solicitaron los permisos correspondientes al Instituto Nacional de Salud Mental para que estos puedan proporcionar los datos detallados de las variables a observar y la población personas adultas con trastornos mentales, siendo 1611 adultos.

Se tomaron los datos proporcionados por el INSM (El Instituto Nacional de Salud Mental, 2018) para realizar el tratamiento estadístico que permitirá establecer la relación de las variables.

3.6.Análisis de datos

Al obtener la información proporcionada por el instituto, los datos fueron procesados y analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 21.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Las variables sociodemográficas y clínicas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Los niveles de autoeficacia fueron categorizados en niveles (bajo, medio y alto), y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) fueron analizados

como variables dicotómicas (sí/no). Para el análisis de los objetivos específicos, se realizaron tablas de distribución cruzada entre la autoeficacia y los indicadores suicidas, así como con las variables sociodemográficas.

Adicionalmente, se estimaron medidas de asociación mediante el cálculo de odds ratio (OR) crudo con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), con la finalidad de describir la dirección y magnitud de la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas.

3.7.Consideraciones éticas

A continuación, se describen los lineamientos éticos que rigieron el desarrollo del estudio de investigación. En el proceso de investigación, los aspectos éticos constituyen pilares fundamentales para garantizar la integridad y el respeto hacia los participantes. En primer lugar, el estudio se rigió por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), bajo los principios de responsabilidad, confidencialidad y bienestar, asegurando la protección de la integridad de los sujetos. Asimismo, el protocolo fue estructurado según los estándares de integridad científica del Comité de Ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal (2019) y su Reglamento General de Investigación. Se mantuvo, además, un estricto respeto por la autoría de las fuentes consultadas y se obtuvieron los permisos necesarios para garantizar la legalidad y transparencia en el acceso a los datos. Al tratarse de un análisis secundario, la investigación se alineó con las disposiciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" y su Comité de Ética en Investigación (2024), empleando la base de datos epidemiológica exclusivamente para fines científicos. Finalmente, se aplicó el principio de beneficencia para asegurar que los resultados contribuyan positivamente al desarrollo de programas en salud mental, garantizando así la validez, credibilidad y el respeto hacia el objeto de estudio.

Se indica que dicha investigación no realizó la aplicación del consentimiento informado, porque se usaron fuentes secundarias. Asimismo, dicha información adquirida de

las fuentes secundarias fue preservada con confidencialidad y reservo para fines de la investigación; durante la ejecución de análisis de datos hasta el término de la investigación.

IV. RESULTADOS

La Tabla 2 y Figura 1 revela un patrón descendente en los indicadores suicidas entre los adultos evaluados mientras el 25.4% manifestó deseos de morir, esta proporción disminuyó progresivamente en las siguientes etapas 13.0% presentó pensamientos suicidas, 5.6% avanzó a la planificación concreta del acto, y solo 3.3% llegó a intentarlo. Esta reducción escalonada sugiere que una cuarta parte de la población estudiada experimentó ideación pasiva (deseos de morir), la transición hacia conductas activas (planificación e intento) fue menor, lo que podría indicar la presencia de factores protectores o barreras que limitan la progresión del riesgo suicida.

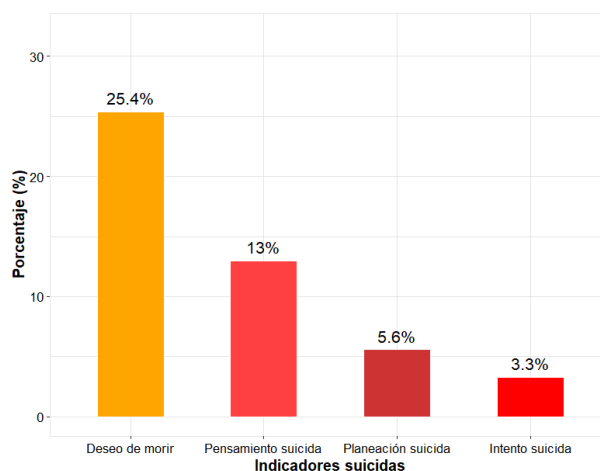
Tabla 2.

Indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales

Indicadores suicidas		n	(%)
Deseado de morir			
	No	1,189	74,6
	Sí	404	25,4
Pensamiento suicida			
	No	1,389	87,0
	Sí	207	13,0
Planeación suicida			
	No	1,503	94,4
	Sí	90	5,6
Intento suicida			
	No	1,535	96,7
	Sí	53	3,3

Figura 1.

Porcentaje de indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales



Objetivos específicos

OE1: Niveles de Autoeficacia según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 3 se observa que los grupos de 18 a 24, 25 a 44 y 45 a 64 años presentaron una prevalencia similar de autoeficacia media (alrededor del 50%), mientras que los adultos mayores (65 a más años) mostraron la mayor proporción de autoeficacia baja (21.3%) y los jóvenes (18-24 años) la mayor autoeficacia alta (34.2%). Por sexo, ambos grupos mantuvieron una autoeficacia media cercana al 50%, pero las mujeres registraron mayor autoeficacia baja (19.4% vs 17.1% en hombres) y los hombres mayor autoeficacia alta (33.5% vs 29.0%). En el estado civil, todas las categorías mostraron predominio de autoeficacia media, destacando los casados con mayor autoeficacia alta (32.6%) y los separados/divorciados/viudos con mayor autoeficacia baja (20.4%). Respecto a condiciones socioeconómicas, los adultos con trabajo remunerado tuvieron mayor autoeficacia alta (35.6% vs 26.7% en no remunerados), y los no pobres registraron mayor autoeficacia alta (37.0%) y menor baja (11.8%) en comparación con los pobres (24.0% alta y 25.0% baja).

Tabla 3.

Niveles de Autoeficacia según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales

Variables sociodemográficas	Autoeficacia					
	Bajo		Medio		Alto	
	%	n	%	n	%	n
Edad						
18 a 24 años	37	15.4	121	50.4	82	34.2
25 a 44 años	110	18.8	290	49.7	184	31.5
45 a 64 años	113	19.1	302	51.0	177	29.9
65 años o más	39	21.3	102	55.7	42	23.0
Sexo						
Femenino	218	19.4	581	51.6	326	29.0
Masculino	81	17.1	234	49.4	159	33.5
Estado civil						
Conviviente	68	15.7	231	53.5	133	30.8
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	99	20.4	244	50.2	143	29.4
Casado(a)	53	19.0	135	48.4	91	32.6
Soltero(a)	79	19.7	205	51.0	118	29.4
Nivel educativo						
Sin nivel a Primaria	91	26.3	172	49.7	83	24.0
Secundaria	168	19.7	448	52.6	235	27.6
Superior no universitaria	24	10.4	119	51.5	88	38.1
Superior universitaria	16	9.4	76	44.4	79	46.2
Trabajo Remunerado						
No	194	20.7	494	52.7	250	26.7
Sí	105	15.9	321	48.6	235	35.6
Nivel de pobreza						
No pobre	90	11.8	390	51.2	282	37.0
Pobre	208	25.0	424	51.0	200	24.0

OE2: Indicadores Suicidas según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 4 se presentan los indicadores suicidas según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana en el año 2015.

En relación con la edad, se observa que el deseo de morir fue más frecuente en el grupo de 18 a 24 años (30.1%) y en los adultos de 45 a 64 años (22.4%). El pensamiento suicida mostró mayor proporción en el grupo de 18 a 24 años (17.1%), mientras que la planeación suicida y el intento suicida presentaron porcentajes relativamente bajos en todos los grupos etarios, siendo ligeramente mayores en los adultos jóvenes.

Según sexo, el deseo de morir fue más frecuente en mujeres (25.9%) que en varones (24.1%). De manera similar, el pensamiento suicida se observó en mayor proporción en mujeres (13.7%) en comparación con varones (11.2%). En cuanto a la planeación suicida, se presentó en 6.0% de mujeres y 4.9% de varones, mientras que el intento suicida fue más frecuente en varones (3.4%) que en mujeres (3.3%), aunque con diferencias pequeñas.

En relación con el estado civil, el deseo de morir fue más frecuente en personas separadas, divorciadas o viudas (28.0%), seguido de los solteros (26.5%) y convivientes (26.2%). El pensamiento suicida presentó mayor proporción en este mismo grupo (15.3%). La planeación suicida y el intento suicida mostraron porcentajes relativamente bajos en todos los estados civiles.

Según nivel educativo, el deseo de morir fue más frecuente en personas con educación secundaria (25.6%) y sin nivel o primaria (25.9%). El pensamiento suicida mostró mayor proporción en el grupo con educación superior no universitaria (15.9%). La planeación suicida y el intento suicida mantuvieron bajas frecuencias en todos los niveles educativos.

En cuanto a la condición laboral, el deseo de morir fue más frecuente en personas no remuneradas (28.3%) en comparación con aquellas con trabajo remunerado (21.2%). El

pensamiento suicida también fue ligeramente mayor en el grupo no remunerado (14.0%). La planeación suicida y el intento suicida presentaron proporciones similares en ambos grupos.

Finalmente, según nivel de pobreza, el deseo de morir fue ligeramente mayor en personas en condición de pobreza (26.5%) en comparación con las no pobres (24.0%). El pensamiento suicida fue más frecuente en personas no pobres (13.2%), mientras que la planeación suicida y el intento suicida mostraron porcentajes bajos y similares en ambos grupos.

Tabla 4.*Indicadores suicidas según características sociodemográficas en adultos con trastornos mentales*

Variables	Deseos de morir		Pensamiento suicida		Planeación suicida		Intento suicida	
	SI (n=404)	No (n=1,189)	SI (n=207)	No (n=1,389)	SI (n=90)	No (n=1,503)	SI (n=53)	No (n=1,535)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad								
18 a 24 años	72 (30.1)	167 (69.9)	41 (17.1)	199 (82.9)	22 (9.2)	216 (90.8)	17 (7.1)	221 (92.9)
25 a 44 años	156 (26.8)	427 (73.2)	89 (15.2)	495 (84.8)	40 (6.9)	543 (93.1)	25 (4.3)	556 (95.7)
45 a 64 años	132 (22.4)	458 (77.6)	64 (10.9)	525 (89.1)	25 (4.2)	565 (95.8)	10 (1.7)	577 (98.3)
65 años o más	44 (24.3)	137 (75.7)	13 (7.1)	170 (92.9)	3 (1.6)	179 (98.4)	1 (0.5)	181 (99.5)
Sexo								
Femenino	290 (25.9)	829 (74.1)	154 (13.7)	967 (86.3)	67 (6.0)	1053 (94.0)	37 (3.3)	1078 (96.7)
Masculino	114 (24.1)	360 (75.9)	53 (11.2)	422 (88.8)	23 (4.9)	450 (95.1)	16 (3.4)	457 (96.6)
Estado civil								
Conviviente	113 (26.2)	318 (73.8)	56 (13.0)	376 (87.0)	28 (6.5)	404 (93.5)	14 (3.2)	417 (96.8)
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	136 (28.0)	349 (72)	74 (15.3)	411 (84.7)	30 (6.2)	456 (93.8)	19 (3.9)	465 (96.1)
Casado(a)	49 (17.7)	228 (82.3)	20 (7.2)	258 (92.8)	7 (2.5)	269 (97.5)	2 (0.7)	272 (99.3)
Soltero(a)	106 (26.5)	294 (73.5)	57 (14.2)	344 (85.8)	25 (6.3)	374 (93.7)	18 (4.5)	381 (95.5)
Nivel educativo								
Sin nivel a Primaria	89 (25.9)	254 (74.1)	38 (11.0)	306 (89.0)	12 (3.5)	332 (96.5)	5 (1.5)	339 (98.5)
Secundaria	217 (25.6)	631 (74.4)	111 (13.1)	739 (86.9)	54 (6.4)	794 (93.6)	32 (3.8)	811 (96.2)
Superior no universitaria	58 (25)	174 (75)	37 (15.9)	195 (84.1)	16 (7.0)	214 (93)	13 (5.7)	217 (94.3)
Superior universitaria	40 (23.5)	130 (76.5)	21 (12.4)	149 (87.6)	8 (4.7)	163 (95.3)	3 (1.8)	168 (98.2)
Trabajo Remunerado								
No	264 (28.3)	670 (71.7)	131 (14.0)	806 (86.0)	51 (5.4)	885 (94.6)	31 (3.3)	903 (96.7)
Sí	140 (21.2)	519 (78.8)	76 (11.5)	583 (88.5)	39 (5.9)	618 (94.1)	22 (3.4)	632 (96.6)
Nivel de pobreza								
No pobre	182 (24)	575 (76)	100 (13.2)	659 (86.8)	43 (5.7)	713 (94.3)	29 (3.9)	724 (96.1)
Pobre	220 (26.5)	610 (73.5)	105 (12.6)	726 (87.4)	46 (5.5)	785 (94.5)	22 (2.7)	807 (97.3)

OE3: Relación entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 5 se presenta la relación entre la autoeficacia y el deseo de morir en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana en el año 2015. Se observa que la autoeficacia presenta un OR crudo de 0.97 (IC95%: 0.95–0.98; $p<0.001$), lo que indica que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de deseo de morir tiende a ser menor.

En relación con la edad, tomando como referencia el grupo de 18 a 24 años, el grupo de 45 a 64 años mostró un OR de 0.69 (IC95%: 0.49–0.97; $p=0.031$), evidenciando menor frecuencia de deseo de morir en comparación con el grupo de referencia. Según sexo, los varones presentaron un OR de 0.92 (IC95%: 0.71–1.18; $p=0.491$) en comparación con las mujeres, observándose valores similares entre ambos grupos. En cuanto al estado civil, las personas casadas mostraron un OR de 0.60 (IC95%: 0.41–0.88; $p=0.009$), lo que indica menor frecuencia de deseo de morir en comparación con las personas convivientes. Respecto al nivel de pobreza, las personas en condición de pobreza presentaron un OR de 1.14 (IC95%: 0.91–1.43; $p=0.26$), observándose una frecuencia ligeramente mayor de deseo de morir en comparación con las no pobres. En relación con el nivel de instrucción, no se observaron diferencias relevantes entre los distintos niveles educativos. Finalmente, las personas con trabajo remunerado presentaron un OR de 0.69 (IC95%: 0.55–0.87; $p=0.002$), evidenciando menor frecuencia de deseo de morir en comparación con aquellas que no contaban con trabajo remunerado.

Tabla 5.

Asociación entre autoeficacia y deseo de morir en adultos con trastornos mentales

	Muestra (n=1593)	OR Crudo	(IC95%)	p
Autoeficacia		0.97	(0.95 - 0.98)	p<0.001
Edad				
18 a 24 años	239	Ref.		
25 a 44 años	583	0.87	(0.62 - 1.22)	0.416
45 a 64 años	590	0.69	(0.49 - 0.97)	0.031

65 años o más	181	0.76	(0.49 - 1.18)	0.225
Sexo				
Femenino	1119	Ref.		
Masculino	474	0.92	(0.71 - 1.18)	0.491
Estado civil				
Conviviente	431	Ref.		
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	485	1.1	(0.82 - 1.47)	0.539
Casado(a)	277	0.6	(0.41 - 0.88)	0.009
Soltero(a)	400	0.99	(0.73 - 1.35)	0.963
Nivel de pobreza				
No pobre	757	Ref.		
Pobre	830	1.14	(0.91 - 1.43)	0.26
Nivel de instrucción				
Sin nivel a Primaria	343	Ref.		
Secundaria	848	0.98	(0.73 - 1.3)	0.869
Superior no universitaria	232	0.94	(0.64 - 1.38)	0.761
Superior universitaria	170	0.88	(0.57 - 1.35)	0.564
Trabajo remunerado				
No	934	Ref.		
Sí	659	0.69	(0.55 - 0.87)	0.002

OR: Odds ratio, IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Por lo tanto, se comprueba la Hipótesis 1: Existe una relación significativa e inversa entre autoeficacia y deseo suicida.

OE4: Relación entre la autoeficacia y el pensamiento suicida en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 6 se presenta la relación entre la autoeficacia y el pensamiento suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana en el año 2015.

Se observa que la autoeficacia presenta un OR crudo de 0.95 (IC95%: 0.93–0.97; $p<0.001$), evidenciando que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de pensamiento suicida tiende a ser menor. En relación con la edad, tomando como referencia el grupo de 18 a 24 años, los adultos de 45 a 64 años (OR=0.62; IC95%: 0.40–0.96; $p=0.031$) y de 65 años a más (OR=0.39; IC95%: 0.20–0.75; $p=0.005$) presentaron menor frecuencia de pensamiento

suicida. Según sexo, los varones presentaron un OR de 0.80 (IC95%: 0.57–1.12; $p=0.195$), observándose valores similares en comparación con las mujeres. En cuanto al estado civil, las personas casadas mostraron un OR de 0.52 (IC95%: 0.30–0.89; $p=0.016$), evidenciando menor frecuencia de pensamiento suicida en comparación con los convivientes. Respecto al nivel de pobreza y nivel educativo, no se observaron diferencias relevantes entre los grupos. Finalmente, las personas con trabajo remunerado presentaron un OR de 0.82 (IC95%: 0.60–1.10; $p=0.187$), mostrando frecuencias similares respecto a quienes no contaban con trabajo remunerado.

Tabla 6.

Asociación entre la autoeficacia y pensamiento suicida en adultos con trastornos mentales

	Muestra (n=1596)	OR Crudo	(IC95%)	p
Autoeficacia		0.95	(0.93 - 0.97)	$p<0.001$
Edad				
18 a 24 años	240	Ref.		
25 a 44 años	584	0.92	(0.61 - 1.38)	0.678
45 a 64 años	589	0.62	(0.4 - 0.96)	0.031
65 años o más	183	0.39	(0.2 - 0.75)	0.005
Sexo				
Femenino	1121	Ref.		
Masculino	475	0.80	(0.57 - 1.12)	0.195
Estado civil				
Conviviente	432	Ref.		
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	485	1.21	(0.83 - 1.76)	0.322
Casado(a)	278	0.52	(0.3 - 0.89)	0.016
Soltero(a)	401	1.07	(0.72 - 1.6)	0.737
Nivel de pobreza				
No pobre	759	Ref.		
Pobre	831	0.95	(0.71 - 1.28)	0.748
Nivel de instrucción				
Sin nivel a Primaria	344	Ref.		
Secundaria	850	1.20	(0.81 - 1.77)	0.367
Superior no universitaria	232	1.50	(0.92 - 2.44)	0.107
Superior universitaria	170	1.14	(0.65 - 2.01)	0.654
Trabajo remunerado				
No	937	Ref.		

Sí	659	0.82	(0.6 - 1.1)	0.187
----	-----	------	-------------	-------

OR: Odds ratio, IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Por lo tanto, se comprueba la Hipótesis 2: Existe una relación significativa e inversa entre autoeficacia y pensamiento suicida.

OE5: Relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 7 correspondiente se presenta la relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana en el año 2015.

Se observa que la autoeficacia presenta un OR crudo de 0.95 (IC95%: 0.92–0.98; $p < 0.001$), evidenciando que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de planeación suicida tiende a ser menor. En relación con la edad, tomando como referencia el grupo de 18 a 24 años, los adultos de 45 a 64 años (OR=0.45; IC95%: 0.25–0.83; $p=0.01$) y de 65 años a más (OR=0.17; IC95%: 0.05–0.58; $p=0.005$) presentaron menor frecuencia de planeación suicida. Según sexo, los varones presentaron un OR de 0.82 (IC95%: 0.50–1.33; $p=0.419$), observándose valores similares respecto a las mujeres. En cuanto al estado civil, las personas casadas mostraron un OR de 0.38 (IC95%: 0.16–0.87; $p=0.023$), evidenciando menor frecuencia de planeación suicida en comparación con los convivientes. Respecto al nivel de pobreza y nivel educativo, no se observaron diferencias relevantes entre los grupos. Finalmente, las personas con trabajo remunerado presentaron un OR de 1.12 (IC95%: 0.73–1.72; $p=0.614$), mostrando frecuencias similares respecto a quienes no contaban con trabajo remunerado.

Tabla 7.*Asociación entre la autoeficacia y planeación suicida en adultos con trastornos mentales*

	Muestra (n=1593)	OR Crudo	(IC95%)	p
Autoeficacia		0.95	(0.92 - 0.98)	p<0.001
Edad				
18 a 24 años	238	Ref.		
25 a 44 años	583	0.75	(0.43 - 1.31)	0.314
45 a 64 años	590	0.45	(0.25 - 0.83)	0.010
65 años o más	182	0.17	(0.05 - 0.58)	0.005
Sexo				
Femenino	1120	Ref.		
Masculino	473	0.82	(0.5 - 1.33)	0.419
Estado civil				
Conviviente	432	Ref.		
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	486	0.95	(0.56 - 1.62)	0.846
Casado(a)	276	0.38	(0.16 - 0.87)	0.023
Soltero(a)	399	0.93	(0.53 - 1.63)	0.79
Nivel de pobreza				
No pobre	756	Ref.		
Pobre	831	0.97	(0.63 - 1.49)	0.895
Nivel de instrucción				
Sin nivel a Primaria	344	Ref.		
Secundaria	848	1.88	(0.99 - 3.57)	0.052
Superior no universitaria	230	1.95	(0.9 - 4.25)	0.092
Superior universitaria	171	1.36	(0.55 - 3.4)	0.508
Trabajo remunerado				
No	936	Ref.		
Sí	657	1.12	(0.73 - 1.72)	0.614

OR: Odds ratio, IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Por lo tanto, se comprueba la Hipótesis 3: Existe una relación significativa e inversa entre autoeficacia y planeación suicida.

OE6: Relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales

En la Tabla 8 correspondiente se presenta la relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana en el año 2015.

Se observa que la autoeficacia presenta un OR crudo de 0.95 (IC95%: 0.91–0.99; $p=0.004$), evidenciando que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de intento suicida tiende a ser menor. En relación con la edad, tomando como referencia el grupo de 18 a 24 años, los adultos de 45 a 64 años (OR=0.26; IC95%: 0.11–0.58; $p=0.001$) y de 65 años a más (OR=0.08; IC95%: 0.01–0.62; $p=0.015$) presentaron menor frecuencia de intento suicida. Según sexo, los varones presentaron un OR de 1.08 (IC95%: 0.59–1.96; $p=0.796$), observándose valores similares en comparación con las mujeres. En cuanto al estado civil, las personas casadas mostraron un OR de 0.22 (IC95%: 0.05–0.97; $p=0.046$), evidenciando menor frecuencia de intento suicida en comparación con los convivientes. Respecto al nivel de pobreza, no se observaron diferencias relevantes entre los grupos. En relación con el nivel educativo, las personas con educación superior no universitaria presentaron un OR de 3.80 (IC95%: 1.31–10.86; $p=0.014$), mostrando mayor frecuencia de intento suicida en comparación con el grupo sin nivel o primaria. Finalmente, las personas con trabajo remunerado presentaron un OR de 1.09 (IC95%: 0.62–1.91; $p=0.775$), mostrando frecuencias similares respecto a quienes no contaban con trabajo remunerado.

Tabla 8.

Asociación entre la autoeficacia e intento suicida en adultos con trastornos mentales

	Muestra (n=1588)	OR Crudo	(IC95%)	p
Autoeficacia		0.95	(0.91 - 0.98)	0.004
Edad				
18 a 24 años	238	Ref.		
25 a 44 años	581	0.66	(0.34 - 1.28)	0.22
45 a 64 años	587	0.26	(0.11 - 0.58)	0.001
65 años o más	182	0.08	(0.01 - 0.62)	0.015
Sexo				
Femenino	1115	Ref.		
Masculino	473	1.08	(0.59 - 1.98)	0.796
Estado civil				
Conviviente	431	Ref.		
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	484	1.22	(0.6 - 2.46)	0.585
Casado(a)	274	0.22	(0.05 - 0.97)	0.046

Soltero(a)	399	1.25	(0.6 - 2.59)	0.552
Nivel de pobreza				
No pobre	753	Ref.		
Pobre	829	0.68	(0.39 - 1.2)	0.18
Nivel de instrucción				
Sin nivel a Primaria	344	Ref.		
Secundaria	843	2.59	(1.0 - 6.72)	0.05
Superior no universitaria	230	3.8	(1.31 - 10.86)	0.014
Superior universitaria	171	1.21	(0.29 - 5.14)	0.792
Trabajo remunerado				
No	934	Ref.		
Sí	654	1.09	(0.62 - 1.91)	0.775

OR: Odds ratio, IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Por lo tanto, se comprueba la Hipótesis 4: Existe una relación significativa e inversa entre autoeficacia e intento suicida.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos procedentes del estudio, circunscrito a determinar la interacción entre la autoeficacia y los indicadores suicidas en adultos diagnosticados con trastornos mentales y atendidos en instituciones de salud de Lima Metropolitana en el año 2015, permite ampliar la base de la investigación original al revelar que una puntuación más elevada en la escala de autoeficacia se relaciona significativamente con una menor presencia de indicadores suicidas. En el análisis bivariado, además, se definieron como características sociodemográficas con una relación significativa ($p < 0.05$) las edades comprendidas entre 45 y 64 años y la de 65 años 45-64 años, el estado civil casado y contar con trabajo remunerado, variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con la disminución de los indicadores suicidas.

Desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura, estos hallazgos cobran sentido al considerar la autoeficacia actúa como un regulador emocional y amortiguador cognitivo que interrumpe la transición del pensamiento al acto suicida. Una elevada percepción de competencia permite gestionar síntomas y demandas del entorno con mayor resiliencia, mitigando la desesperanza e impidiendo que la ideación pasiva evolucione hacia la planeación o ejecución de conductas autolesivas.

Estos resultados pueden compararse con la literatura consultada, en los cuales se muestra cierta correspondencia con los hallazgos de la investigación de Olatunji et al. (2020), en el que el constructo de autoeficacia se evidenció correlacionándose con la atenuación de la ideación suicida; en esa indagación, sin embargo, la variable actuó mediando la relación entre el apoyo familiar y la amenaza suicida. A la vez, los resultados resultan congruentes con la indagación de Lee et al. (2020), que caracteriza la autoeficacia como predictor negativo de la propensión suicida al observar que sujetos con niveles deficitarios reportaron actitudes suicidas más marcadas y una intensidad mayor de síntomas depresivos, constancia que replica la

dirección de los hallazgos actuantes en la presente investigación y reafirma la pertinencia de la autoeficacia en el campo de la prevención de la conducta suicida.

Según el análisis reveló que en 2015 la población adulta con trastornos mentales atendida en Lima Metropolitana se distribuyó predominantemente entre los grupos de edad de 45 a 64 años (37,1%) y de 25 a 44 años (36,6%). El examen de variables sociodemográficas indica que la mayoría del conjunto constituido por el sexo femenino (70,2%) y, en cuanto a la formación académica, la categoría que alcanzó mayor proporción fue la instrucción secundaria. En el ámbito del estado civil, el 25,2% de los sujetos se reportó como soltero y el 17,3% como casado. Asimismo, más del 52,2% de los pacientes se encontraba en condiciones de pobreza, y el 58,5% no optó por reportar ningún ingreso laboral formal. Finalmente, se observó que la gran mayoría de los atendidos (88,5%) había sido referida desde servicios de hospitales generales, lo que concluye no sólo un perfil de vulnerabilidad extendida, sino, a la vez, una evidente dependencia del ingreso recurrente de servicios de salud especializada.

Los hallazgos se asemejan parcialmente a lo reportado por Li et al. (2024), ya que ambos estudios coinciden en que los adultos de mediana edad constituyen el grupo más vulnerable a la ideación suicida. Sin embargo, difieren en cuanto al sexo, dado que en el estudio chino la distribución fue equilibrada entre hombres y mujeres, mientras que en Lima se evidenció un claro predominio femenino. Asimismo, se observan diferencias en el enfoque contextual: mientras que Li et al. enfatizan factores clínicos como el insomnio y la salud mental, en Lima cobran mayor relevancia las condiciones socioeconómicas, como pobreza y desempleo, lo cual refleja particularidades propias de cada entorno social y cultural.

En relación con al primer objetivo específico, los niveles de autoeficacia en los jóvenes (18-24 años) presentaron mayor proporción de autoeficacia alta (34,2%), mientras que los adultos mayores (≥ 65 años) mostraron mayor proporción de autoeficacia baja (21,3%). Los hombres destacaron en niveles altos (33.5% vs 29.0%). y las mujeres en bajos (19.4% vs 17.1%

en hombres). Además, el estado civil, se destacan los casados con mayor autoeficacia alta (32.6%) y los separados/divorciados/viudos con mayor autoeficacia baja (20.4%). Respecto a condiciones socioeconómicas, los adultos con trabajo remunerado tuvieron mayor autoeficacia alta (35.6% vs 26.7% en no remunerados), y los no pobres registraron mayor autoeficacia alta (37.0%) y menor baja (11.8%) en comparación con los pobres (24.0% alta y 25.0% baja).

A su vez, los datos de Kiekens et al. (2020) refuerzan la línea anterior al evidenciar que la autoeficacia específica para resistir las conductas autolesivas no suicidas reduce de manera significativa la frecuencia de estas conductas en situaciones cotidianas, observándose este efecto incluso en los episodios en que ya se habían activado pensamientos de autolesión. Tales observaciones se completan con las de Li et al. (2024), que, al investigar la influencia de la autoeficacia general, documentan que los niveles más altos de este constructo se asocian con una menor prevalencia de ideación suicida, aún en contextos marcados por la presencia de factores de riesgo, entre los que se destaca el insomnio. En ese estudio, los síntomas de insomnio se correlacionan con un incremento de 2,85 veces en la prevalencia de ideación suicida ($OR = 2.85$); este riesgo se mantiene significativo al ajustar por autoeficacia, aunque la razón de momios se reduce a 2,62 ($OR = 2.62$). La autoeficacia en este contexto se presenta, a su vez, con un efecto protector residual ($OR = 0,92$), sugiriendo que incrementos en la autoeficacia general podrían mitigar la influencia del insomnio sobre el riesgo suicida.

De manera convergente, Castillo et al. (2023) reportaron en población peruana que los niveles elevados de autoeficacia se vinculan con menores indicadores suicidas, confirmando la consistencia de esta variable como un elemento que tiene correspondencia en diferentes contextos culturales y poblacionales. En conjunto, estos estudios respaldan la solidez del constructo de autoeficacia como una variable mediadora de la vulnerabilidad suicida.

En relación con el segundo objetivo específico, los resultados muestran un patrón descendente en los indicadores suicidas: el 25,4% manifestó deseos de morir, el 13,0% presentó

pensamientos suicidas, el 5,6% realizó planificación y solo el 3,3% llegó al intento. Asimismo, revelo que los adultos jóvenes (18-25 años) representan el grupo de mayor vulnerabilidad, registrando las proporciones más altas en todas las etapas: deseo de morir (30.1%), ideación (17.7%), planeación (9.2%) e intento suicida (7.1%). Por otro lado, en el deseo e ideación: Predominan en mujeres, personas sin trabajo remunerado, en situación de pobreza y con estado civil separado, divorciado o viudo. También, la planeación e intento suicida mostraron frecuencias bajas, muestran una mayor prevalencia en personas con instrucción superior no universitaria. El intento suicida, específicamente, destaca en varones (3.4%) y personas solteras (4.5%).

Tales resultados pueden compararse con los hallazgos de Castillo et al. (2022), cuyo estudio de los indicadores suicidas muestran correspondencia en cuanto a las proporciones obtenidas, donde el 26,9% de los participantes manifestó deseos de morir, un 12,4% pensamientos suicidas, el 4,6% planificación y un 2,7% intentos de suicidio, cifras que se ubican en un rango muy próximo a los valores registrados en el presente estudio, lo que evidencia una tendencia similar en la progresión decreciente de los comportamientos suicidas.

De manera semejante, los resultados de Castillo et al. (2023) también guardan correspondencia, pues encontró que el 23,6% de los adultos refirió deseos de morir, un 9% pensamientos suicidas, un 4,7% planificación y un 2,5% intentos de suicidio en algún momento de su vida. Estas cifras se asemejan a las encontradas en este trabajo, confirmando la misma lógica de disminución progresiva de los indicadores suicidas.

En relación al tercer objetivo específico se evidenció que la autoeficacia se asocia significativamente frente al deseo suicida, indicando que a mayores niveles de autoeficacia se reduce la presencia de pensamientos de morir (OR = 0.97; IC95%: 0.95-0.98; $p < 0.001$). Asimismo, se identificaron como características sociodemográficas asociadas como la edad

entre 45-64 años, estar casado y contar con trabajo remunerado como variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con el deseo suicida.

Estos resultados pueden compararse con la literatura consultada, en los cuales se muestra cierta correspondencia con los hallazgos de la investigación de Olatunji et al. (2020), en el que el constructo de autoeficacia se evidenció correlacionándose con la atenuación de la ideación suicida; en esa indagación, sin embargo, la variable actuó mediando la relación entre el apoyo familiar y la amenaza suicida. A la vez, los resultados resultan congruentes con la indagación de Lee et al. (2020), que caracteriza la autoeficacia como predictor negativo de la propensión suicida al observar que sujetos con niveles deficitarios reportaron actitudes suicidas más marcadas y una intensidad mayor de síntomas depresivos, constancia que replica la dirección de los hallazgos actuantes en la presente investigación y reafirma la pertinencia de la autoeficacia en el campo de la prevención de la conducta suicida.

Sobre el cuarto objetivo específico se evidenció que la autoeficacia se asocia significativamente frente a la ideación suicida, indicando que a mayores niveles de autoeficacia se reduce la presencia de pensamientos de morir ($OR = 0.95$; $IC_{95\%}: 0.93-0.97$; $p < 0.001$). Asimismo, se identificaron como características sociodemográficas asociadas como la edad entre 45-64, 65 a más años, estar casado, cuyas variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida.

Estos hallazgos se corresponden con lo reportado por Olatunji et al. (2020), quienes evidenciaron que la autoeficacia media la relación entre el apoyo familiar y la ideación suicida, reforzando su papel como elemento protector. Asimismo, coincide con Li et al. (2024), donde se observó que una mayor autoeficacia general se asoció con menores probabilidades de ideación suicida ($OR = 0.92$), confirmando que este constructo psicológico disminuye la vulnerabilidad ante el riesgo suicida en diferentes poblaciones.

De igual manera, los resultados son consistentes con los de Wu y Lee (2021), quienes identificaron que niveles bajos de autoeficacia en la población LGBT se relacionaban con un mayor riesgo de ideación suicida, lo que respalda la evidencia de que la autoeficacia cumple un rol crucial en la prevención de la ideación suicida, de manera que los antecedentes internacionales coinciden con los hallazgos locales, resaltando que el fortalecimiento de la autoeficacia constituye un factor clave en la reducción de la ideación suicida en diversos contextos socioculturales.

En relación con el quinto objetivo específico, se demostró que la autoeficacia se vincula de manera significativa frente a la planeación suicida en adultos con trastornos mentales, lo cual refleja una fuerte asociación inversa entre ambas variables ($OR = 0,95$; $IC_{95\%}: 0,92-0,98$; $p < 0,001$). Asimismo, se identificaron como características sociodemográficas asociadas los grupos etarios de 45 a 64 y 65 a más años y estar casado. Destacando que mayores niveles de confianza en la capacidad personal para enfrentar situaciones difíciles se asocian con una menor probabilidad de desarrollar planes suicidas.

En contraste con los antecedentes, los hallazgos obtenidos se corresponden parcialmente con lo reportado por Castillo et al. (2022, 2023). En ambos estudios, la autoeficacia fue evaluada con la escala de Schwarzer & Jerusalem y se encontró un nivel alto en la población (33,3% y 34,2%, respectivamente), lo que coincide con el rol protector evidenciado en la presente investigación frente a la planeación suicida. Asimismo, los resultados de Castillo et al. muestran una prevalencia de planeación de 4,6% en 2022 y de 4,7% en 2023, valores cercanos a lo identificado en este estudio, lo que refuerza la consistencia de que, a pesar de la presencia de ideación suicida en una proporción importante de la población, la progresión hacia la planeación es menor, posiblemente debido a la asociación positiva de la autoeficacia.

En relación con el sexto objetivo específico, se evidencio que la autoeficacia se interrelaciona significativamente con el intento suicida (OR = 0,95; IC95%: 0,91–0,98; $p < 0,004$). Este resultado pone de manifiesto la relevancia de la percepción la autoeficacia menor probabilidad de conductas suicidas. Se aprecia características sociodemográficas como grupos etarios de 45 a 64 y 65 a más años y estar casado como variables asociadas con relevancia en la reducción de la presencia de intento suicida.

Al contrastar los hallazgos obtenidos con el estudio de Wu y Lee (2021), se observa correspondencia en la asociación inversa entre autoeficacia e intento suicida, por lo que, los participantes LGBT con menores niveles de autoeficacia presentaban un mayor riesgo de suicidio e intentos previos, confirmando que la percepción de capacidad personal para afrontar dificultades influye de forma decisiva en la probabilidad de ejecutar conductas suicidas.

Por otro lado, los estudios de Castillo et al. (2022, 2023) también refuerzan estos resultados, se reportaron niveles elevados de autoeficacia (33,3% y 34,2% respectivamente), acompañados de bajas tasas de intento suicida (2,7% y 2,5% en algún momento de la vida; 0,4% y 0,2% en el último año). Estos datos guardan coherencia con los hallazgos obtenidos, en los que una mayor autoeficacia se asoció con una menor probabilidad de intento suicida.

Los resultados de este estudio confirman que la autoeficacia asocia con una disminución del deseo, la ideación, planificación e intento suicida, en consonancia con investigaciones nacionales e internacionales, sin embargo, la literatura muestra una limitación, pues la mayoría de estudios se centran en jóvenes o colectivos LGBT, con escasa atención a personas con trastornos mentales en servicios de salud, esta brecha restringe la comprensión del fenómeno, por lo que futuras investigaciones deben ampliar su abordaje, incorporando otros recursos psicológicos para fortalecer la prevención.

A pesar de la relevancia de los hallazgos presentados, es necesario interpretar ciertas limitaciones metodológicas propias del diseño de investigación. En primer lugar, el diseño de

corte transversal empleado impide establecer relaciones de causalidad; si bien se ha determinado una asociación significativa e inversa entre la autoeficacia y los indicadores suicidas, no es posible afirmar que una variable sea la causa directa de la otra, sino que coexisten en una dinámica de vulnerabilidad o protección.

En segundo lugar, el uso de una fuente secundaria correspondiente al año 2015 implica una limitación temporal. Aunque la base de datos del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) es altamente representativa, el contexto psicosocial de Lima Metropolitana ha experimentado cambios significativos en la última década, lo que sugiere la necesidad de futuros estudios que actualicen estas prevalencias.

Finalmente, dado que la muestra está constituida específicamente por adultos con trastornos mentales que acuden a servicios de salud, los resultados poseen una alta validez clínica para esta población, pero su generalización a la población general debe realizarse con cautela. Asimismo, la escasez de literatura previa que aborde simultáneamente la autoeficacia y el espectro suicida en pacientes con diagnósticos psiquiátricos específicos limitó en cierta medida la comparación de los resultados con otros marcos referenciales, subrayando la importancia de seguir profundizando en esta línea de investigación.

VI. CONCLUSIONES

Se concluye:

- 6.1. La autoeficacia se relaciona de manera significativa e inversa con los indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante el 2015, lo que indica que, mayor presencia de autoeficacia, la frecuencia de deseo, ideación, planeación e intento suicida tiende a ser menor.
- 6.2. La autoeficacia en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana (2015) varió según factores sociodemográficos. Los jóvenes (18-24 años) presentaron mayor proporción de autoeficacia alta (34,2%), mientras que los adultos mayores (≥ 65 años) mostraron mayor proporción de autoeficacia baja (21,3%). Los hombres destacaron en niveles altos (33.5% vs 29.0%). y las mujeres en bajos (19.4% vs 17.1% en hombres). Además, el estado civil, se destacan los casados con mayor autoeficacia alta (32.6%) y los separados/divorciados/viudos con mayor autoeficacia baja (20.4%). Respecto a condiciones socioeconómicas, los adultos con trabajo remunerado tuvieron mayor autoeficacia alta (35.6% vs 26.7% en no remunerados), y los no pobres registraron mayor autoeficacia alta (37.0%) y menor baja (11.8%) en comparación con los pobres (24.0% alta y 25.0% baja).
- 6.3. El análisis de indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana evidenció variaciones según características sociodemográficas. El deseo de morir fue mayor en edades de 18 a 24 años (30.1%), en mujeres (25.9%), separados, divorciados o viudos (28,0%) y en personas sin trabajo remunerado (28.3%) y nivel de pobre (26.5 %). La ideación suicida fue mayor en edades de 18 a 25 años (17.7 %), en mujeres (13.7%), separados, divorciados o viudos (15.3%), superior no universitario (15.9%), en personas sin trabajo remunerado (14.0%) y nivel de pobre (12.6 %). La planeación suicida fue mayor en edades de 18 a 25 años (9.2 %), en

mujeres (6.0%), conviviente (6.5%), superior no universitario (7.0%), en personas con trabajo remunerado (5.9%) y nivel no pobre (5.5 %). El intento suicida fue mayor en edades de 18 a 25 años (7.1 %), en varones (3.4%), solteros (4.5%), superior no universitario (5.7%), en personas sin trabajo remunerado (3.4%) y nivel no pobre (3.9 %).

- 6.4. La autoeficacia se relaciona con el deseo suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante 2015, con un OR crudo de 0.97 (IC95%: 0.95–0.98; $p<0.001$), lo que indica que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de deseo de morir tiende a ser menor. También, se aprecia menor frecuencia de morir en los grupos etarios de 45 a 64 años mostró un OR de 0.69 (IC95%: 0.49–0.97; $p=0.031$), estado civil en personas casadas mostro un OR de 0.60 (IC95%: 0.41–0.88; $p=0.009$) y personas con trabajo remunerado evidencio un OR de 0.69 (IC95%: 0.55–0.87; $p=0.002$).
- 6.5. La autoeficacia se relaciona de manera significativa e inversa con la ideación suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante 2015, con un OR crudo de 0.97 (IC95%: 0.93–0.97; $p<0.001$), lo que indica que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de pensamientos de morir tiende a ser menor. También, se aprecia menor frecuencia de morir en los grupos etarios de 45 a 64 y 65 a más años mostró un OR de 0.62 y 0.39 (IC95%: 0.4–0.96, 0.2–0.75; $p=0.031$, $p=0.005$ correspondiente), estado civil en personas casadas mostro un OR de 0.60 (IC95%: 0.41–0.88; $p=0.009$) y estado civil casado evidencio un OR de 0.52 (IC95%: 0.3–0.89; $p=0.016$).
- 6.6. La autoeficacia se relaciona de manera significativa e inversa con la planeación suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante 2015, con un OR crudo de 0.95 (IC95%: 0.92–0.98; $p<0.001$),

lo que indica que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de planes de morir tiende a ser menor. También, se aprecia menor frecuencia de morir en los grupos etarios de 45 a 64 y 65 a más años mostró un OR de 0.45 y 0.17 (IC95%: 0.25–0.83, 0.05– 0.58; $p=0.010$, $p=0,005$ correspondiente), estado civil en personas casadas mostro un OR de 0.60 (IC95%: 0.41–0.88; $p=0.009$) y estado civil casado evidencio un OR de 0.38 (IC95%: 0.16–0.87; $p=0.023$).

- 6.7. La autoeficacia se relaciona de manera significativa e inversa con el intento suicida en adultos con trastornos mentales atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante 2015, con un OR crudo de 0.95 (IC95%: 0.91–0.98; $p<0.004$), lo que indica que, a mayores niveles de autoeficacia, la frecuencia de intentos de morir tiende a ser menor. También, se aprecia menor frecuencia de morir en los grupos etarios de 45 a 64 y 65 a más años mostró un OR de 0.26 y 0.08 (IC95%: 0.11–0.58, 0.01– 0.62; $p=0.001$, $p=0,015$ correspondiente), estado civil en personas casadas mostro un OR de 0.22 (IC95%: 0.05–0.97; $p=0.046$).

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. A la dirección de cada uno de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana implementar programas de fortalecimiento de la autoeficacia dirigidos a pacientes con trastornos mentales, utilizando estrategias psicológicas y psicoeducativas que promuevan habilidades de afrontamiento y resiliencia, con el fin de reducir el riesgo de conductas suicidas, considerando además factores sociodemográficos como edad, estado civil y empleo, que influyen en la presencia de ideación suicida. Dado que se confirmó una relación inversa entre la autoeficacia y el espectro suicida, fortalecer la creencia en la propia capacidad de afrontamiento es una estrategia prioritaria para reducir la vulnerabilidad.
- 7.2. A los especialistas en psicología clínica, se recomienda incluir la Escala de Autoeficacia General como una herramienta de tamizaje rutinario en la evaluación de pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad. Esto permitirá identificar tempranamente a aquellas personas con baja percepción de competencia personal, quienes presentan un mayor riesgo de desarrollar planes o intentos suicidas.
- 7.3. Se recomienda a futuros investigadores de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud desarrollar estudios de tipo longitudinal. Dado que esta investigación fue de corte transversal y no permite establecer causalidad, un seguimiento en el tiempo permitiría determinar si el incremento en los niveles de autoeficacia precede efectivamente a la disminución de la conducta suicida en pacientes con trastornos mentales.
- 7.4. Se sugiere al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y a las autoridades sanitarias promover investigaciones que utilicen bases de datos actualizadas o recolección de fuentes primarias post-pandemia. Es fundamental corroborar si la relación inversa

hallada entre la autoeficacia y los indicadores suicidas se mantiene o ha variado tras el impacto psicosocial global del COVID-19.

- 7.5. Se recomienda replicar este estudio en otras regiones del país y en contextos no hospitalarios. Al haber trabajado exclusivamente con adultos atendidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, los resultados podrían variar en poblaciones rurales o en adultos que no han accedido a servicios de salud mental, lo que permitiría una visión más integral de la realidad nacional.
- 7.6. Se sugiere integrar en futuras investigaciones otras variables psicológicas protectoras, como el apoyo social percibido o la resiliencia, para complementar el modelo de autoeficacia. Esto permitirá enriquecer el cuerpo de conocimiento clínico y solventar la falta de referentes teóricos específicos que vinculan la competencia personal con el espectro suicida en poblaciones con trastornos mentales crónicos.

VIII. REFERENCIAS

- Allande-Cussó, R., García-Iglesias, J., Fagundo-Rivera, J., Navarro-Abal, Y., Climent-Rodríguez, J. A., & Gómez-Salgado, J. (2022). Salud mental y trastornos mentales en los lugares de trabajo. *Revista Española de Salud Pública*, 96(9).
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-trastornos-mentales-lugares-trabajo.pdf>
- Aragón, M., Lorenzo, S., & Bulnes, N. J. (2021). Adictividad: Una dimensión independiente en el síndrome psicótico. Presentación de la Escala de Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP). *Revista Española de Drogodependencias*, 46, 10–22.
<https://hdl.handle.net/10550/103161>
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6ta ed.). Episteme.
https://www.researchgate.net/publication/301894369_EL_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_6a_EDICION
- Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: Una breve descripción: Passive and active suicidal ideation: A brief description. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 6(1), 42–45. <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/170>
- Beasley, L., Kiser, R., & Hoffman, S. (2020). Mental health literacy, self-efficacy, and stigma among college students. *Social Work in Mental Health*, 18(6), 634–650.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1832643>

- Becerra, E., & Delgado, C. (2021). *Ideación suicida en adolescentes y adultos: Una revisión sistemática* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65996>
- Bhati, K., & Sethy, T. P. (2022). Self-efficacy: Theory to educational practice. *The International Journal of Indian Psychology*, 10(1), 1123–1128. <https://doi.org/10.25215/1001.112>.
- Bravo, A. (2024). *Autoeficacia y niveles de estrés en jóvenes adultos de una empresa privada en Quito* [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana]. <https://dspace.upse.edu.ec/handle/123456789/28678>
- Budiyanti, N., Dewi Rahmawati, F., & Sofiyah, S. (2023). Review of ICD-10 differences Chapter 5 Mental and Behavioral Disorders with DSM-5. *Jurnal Medisci*, 1(1). <https://doi.org/10.62885/medisci.v1i1.21>
- Calaguas, N., & Consunji, P. (2022). A structural equation model predicting adults' online learning self-efficacy. *Education and Information Technologies*, 27(5), 6233–6249. <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10871>
- Castillo, J., Schaeffer, V., Arana, Y., Solís, Y., Bustamante, S., Campos, V., & Pineda, J. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015. *Anales de Salud Mental*, 34(1), 1–172. <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/15>
- Castillo, J., Arana, Y., Schaeffer, V., Pineda, J., Solís, Y., Martell, H., & Padilla, M. (2022). Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018. *Anales*

de Salud Mental, 38(1), 1-281.

<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>

Castillo, J., Arana, Y., Schaeffer, V., Pineda, J., Solís, Y., Murga, H. V., & Lay, M. (2023).

Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Chiclayo 2019. *Anales de Salud Mental*, 39(1), 1–281. <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/490>

Chávez, R. (2020). *Factores de riesgo asociados a trastornos de conducta suicida en pacientes*

de consultorio externo del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo enero-febrero del 2020 [Tesis de licenciatura,

Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2964>

Chen, J., Li, J., Cao, B., Wang, F., Luo, L., & Xu, J. (2020). Mediating effects of self-efficacy,

coping, burnout, and social support between job stress and mental health among young Chinese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 163–173.

<https://doi.org/10.1111/jan.14208>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2024). Código de Ética y Deontología.

https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Curi, R. (2019). *Adaptación universitaria y autoeficacia general en estudiantes de psicología*

de una universidad nacional de Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3962>

- Delgado, E., De la Cera, D., Lara, M., & Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- First, M., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D., Kogan, C., Saunders, J., & Reed, G. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34–51. <https://doi.org/10.1002/wps.20825>
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>
- Hamidi, S., Ebrahimi, H., Vahidi, M., & Areshtanab, H. (2023). Internalized stigma and its association with hope, self-esteem, self-efficacy, and treatment adherence among outpatients with severe mental illness: A cross-sectional survey. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(3), 345–351. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_248_21
- Hebdon, M., Coombs, L., Reed, P., Crane, T., & Badger, T. (2021). Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101933. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101933>
- Huang, Q., Wang, X., Ge, Y., & Cai, D. (2023). Relationship between self-efficacy, social rhythm, and mental health among college students: A 3-year longitudinal study. *Current Psychology*, 42(11), 9053–9062. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02160-1>

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2024). *Resolución Directoral N° 113-2024-DG/INSM "HD-HN" que aprueba el Reglamento del Comité Institucional de Ética en Investigación. Plataforma digital única del Estado Peruano.* <https://www.gob.pe/institucion/inism/normas-legales/5556446-113-2024-dg-inism-hd-hn>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. (2021). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. Ministerio de Salud.* <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/issue/view/v37n2a2021>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. (2018). *Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana – 2015. Informe general. Anales de Salud Mental, 34(1).* <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/15>

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2009). *Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental Vol. XXV. Suplemento 1.* <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/31/144>

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental, 18(1-2), 1-197.* <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/1>

- Ji, S., Li, X., Huang, Z., & Cambria, E. (2022). Suicidal ideation and mental disorder detection with attentive relation networks. *Neural Computing and Applications*, 34(13), 10309–10319. <https://doi.org/10.1007/s00521-021-06208-y>
- Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Myin-Germeys, I., & Claes, L. (2020). Fluctuations in affective states and self-efficacy to resist non-suicidal self-injury as real-time predictors of non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 487290. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.487290>
- Koda, M., Harada, N., Eguchi, A., Nomura, S., & Ishida, Y. (2022). Reasons for suicide during the COVID-19 pandemic in Japan. *JAMA Network Open*, 5(1), e2145870. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.45870>
- Lara, R., Vázquez, M. L., Ogallar, A., & Godoy-Izquierdo, D. (2020). Optimism and social support moderate the indirect relationship between self-efficacy and happiness through mental health in the elderly. *Health Psychology Open*, 7(2), 2055102920947905. <https://doi.org/10.1177/20551029209479>
- Lee, S. J., Kim, S., Kim, G. U., Park, J. Y., & Keum, R. (2020). Relationships among suicide traumatic experiences, attitudes toward suicide, depression, self-efficacy, and social support in general adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 1–13. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2020.29.1.1>
- Maia, M. (2020). Pensamiento e ideación suicidas en jóvenes: Indicadores de validez interna y correlatos de la construcción. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 17(2), 275–292. <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/131>

- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: Implications for affective disorders. *Journal of Neuroscience*, 40(1), 12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>
- Mesas-Hueraman, R., Soto-Guaquin, J., & Soto-Salcedo, A. (2023). Programas de intervención y prevención en trastornos por abuso de sustancias en población infanto-juvenil: Una revisión sistemática. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 61(3), 351–362. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272023000300351>
- Miller, M. (2022). *Risk factors and theories of suicide represented in online narratives of suicide attempt survivors* (Tesis doctoral, Chestnut Hill College). ProQuest Dissertations Publishing. <https://search.proquest.com/openview/9f93c037e3feb9c641725a9f06ced8a2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Muenchhausen, S. V., Braeunig, M., Göritz, A. S., Bauer, J., & Lahmann, C. (2021). Teacher self-efficacy and mental health—Their intricate relation to professional resources and attitudes in an established manual-based psychological group program. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 510183. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.510183>
- Neyra, N. N., Vega, H. B., & García, P. J. J. (2022). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: Revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 32(1), 57–70. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2711>
- Nicho-Almonacid, T. L., Melendrez-Ugarte, D. S., & Olivas-Ugarte, L. O. (2023). Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: Una revisión sistemática. *Revista de Investigación en Psicología*, 26(1), 187–212. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.24206>

- Olatunji, O. A., Idemudia, E. S., & Olawa, B. D. (2020). Family support, self-efficacy and suicidal ideation at emerging adulthood: A mediation analysis. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 920–931. <https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1779762>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2020). The prevalence and correlates of suicidal ideation, plans and suicide attempts among 15- to 69-year-old persons in Eswatini. *Behavioral Sciences*, 10(11), 172. <https://doi.org/10.3390/bs10110172>
- Pulido, E., Lora, J., & Coronel, L. (2022). Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria*, 39(2), 297–312. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.19>
- Rodríguez, A., Reyes Peña, A., & Mojena Sánchez, S. (2021). Indicadores psicosociales de riesgo de conducta suicida en población adolescente. *Revista 16 de Abril*, 60(279), e1067. https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1067
- Román, B. (2022). *Relación entre autoeficacia y depresión en adolescentes: Una revisión sistemática* [Tesis de grado, Universidad de Jaén]. Repositorio CREA. <https://crea.ujaen.es/server/api/core/bitstreams/37b2783a-55a0-4e26-af2f-1e6b1f6eba4d/content>
- Saavedra, J., Robles, Y., Paz, V., Huamán, J., Luna, Y., Castillo I, H., Murga, H., Zevallos, S., & Padilla, M. (2023). Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua

y Puno 2018. *Anales de Salud Mental*, 38(1), 1–459.
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>

Sánchez, H., & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5ta ed.).

Business Support Anet.
file:///C:/Users/USER/Downloads/METODOLOGIA_Y_DISENOS_EN_LA_INVESTIGACION.pdf

Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: It is time to move on. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(3), 177–184.
<https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>

Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 186, 111363. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111363>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Sumianto, S., Admoko, A., & Dewi, R. S. I. (2024). Pembelajaran sosial-kognitif di sekolah dasar: Implementasi Teori Albert Bandura. *Indonesian Research Journal on Education*, 4(4), 102–109. <https://doi.org/10.31004/irje.v4i4.1015>

Tetri, B., & Juujärvi, S. (2022). Self-efficacy, internet self-efficacy, and proxy efficacy as predictors of the use of digital social and health care services among mental health

service users in Finland: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 291–303. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S340867>

Universidad Nacional Federico Villarreal. (2019). *Resolución Rectoral N° 6437-2019-CU-UNFV que aprueba el Reglamento del Comité de Ética*. Vicerrectorado de Investigación.

https://www.unfv.edu.pe/vrin/images/documentos_gestion/vrin/2019/REGLAMENTO%20DEL%20COMITE%20DE%20ETICA%20Resolucion_R_Nro_6437_2019_CU_UNFV.pdf

Valarezo-Bravo, O. F. (2023). Prevalencia de los trastornos mentales del 2018 al 2020 en Macará y Huaquillas, Ecuador. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 23(1), 111–121. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.745>

Villafaña, J. N. R., & Cárdenas, S. J. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: Una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>

Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, 77(2), 237–240. <https://doi.org/10.1093/elt/ccac046>

Warner, L. M., & Schwarzer, R. (2020). Self-efficacy and health. In *The Wiley encyclopedia of health psychology* (pp. 605–613). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch111>

Wu, C. Y., & Lee, M. B. (2021). Suicidality, self-efficacy and mental health help-seeking in lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Taiwan: A cross-sectional study.

Journal of Clinical Nursing, 30(15–16), 2270–2278.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15680>

Wu, H. C., Yang, C. Y., & Chen, Y. C. (2021). The role of self-efficacy in the recovery trajectory of mental health consumers. *The British Journal of Social Work*, 51(3), 907–926. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab025>

Xu, Z., & Du, J. (2021). A mental health informatics study on the mediating effect of the regulatory emotional self-efficacy. *Mathematical Biosciences and Engineering*, 18(3), 2775–2788. <https://doi.org/10.3934/mbe.2021141>

Yevilao, A. (2020). Autoeficacia: Un acercamiento al estado de la investigación en Latinoamérica. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 2(2), 91–102. <https://doi.org/10.22320/reined.v2i2.4124>

Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and second-generation psychological theories of suicidal behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 710. <https://doi.org/10.3390/bs14080710>

Zhao, K., Zhou, S., Shi, X., Chen, J., Zhang, Y., Fan, K., ... & Tang, W. (2020). Potential metabolic monitoring indicators of suicide attempts in first episode and drug naïve young patients with major depressive disorder: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 2791. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02791-x>

Zúñiga, P. I. V., Cedeño, R. J. C., & Palacios, I. A. M. (2023). Metodología de la investigación científica: Guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723–9762. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>

IX. ANEXOS

“AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA – 2015”

Anexo A. Matriz de consistencia

Título	Problema	Objetivos	Hipótesis	Diseño y Variables
Autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana – 2015	Problema general ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015?	Objetivo General Determinar la relación entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015.	Hipótesis general HG: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015. Ho: No relación significativa e inversa entre la autoeficacia y los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015.	Diseño: Básica Descriptivo- Correlacional Transversal No experimental Estudio Secundario Población y muestra: Tipo de muestreo: muestreo censal 1611 personas con trastorno mental (trastorno ansioso, depresivo, abuso de sustancias, psicóticos), en Lima Metropolitana se filtra con Escala Mini. Instrumentos: Escala de autoeficacia General Schwarzer & Jerusalem Módulo de Indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia (Modificado).

	Problemas específicos ¿Cuál son los niveles de autoeficacia en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas? ¿Cuáles son los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas?	Objetivos específicos Describir los niveles de autoeficacia en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana -2015, según características sociodemográficas. Describir los indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación e intento suicida) en adultos con trastornos mentales de Lima Metropolitana-2015, según características sociodemográficas.		Variables: Variable 1: Autoeficacia. Variable 2: Indicadores suicidas (deseo, ideación, planeación, intento suicida). Variables Sociodemográficas: Edad Sexo Estado civil Nivel de Instrucción Trabajo Remunerado Nivel de pobreza Establecimiento de salud
--	--	---	--	---

	¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas? ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas?	Determinar la relación entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. Determinar la relación entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana- 2015, según las características sociodemográficas.	Hipótesis específicas HE1: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el deseo suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. HE2: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. Ho: No existe relación significativa e inversa entre	
--	--	---	--	--

	¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas?	Determinar la relación entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana- 2015, según las características sociodemográficas.	la autoeficacia e ideación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. HE3: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas. Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y la planeación suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas.	
--	--	---	--	--

	¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas?	Determinar la relación entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de Salud de Lima Metropolitana- 2015, según las características sociodemográficas.	HE4: Existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015, según las características sociodemográficas Ho: No existe relación significativa e inversa entre la autoeficacia y el intento suicida en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015 según las características sociodemográficas.	
--	---	--	---	--

Anexo B. Operacionalización de variables

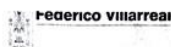
Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Autoeficacia	El Instituto Nacional de Salud Mental (2018), explican que la autoeficacia es la percepción de la propia capacidad para conducir la propia vida de manera autónoma y activa, gestionando las exigencias del entorno a través de comportamientos adaptativos.	Variable que se mide a través de la Escala de autoeficacia General de Schwarzer Jerusalem	1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga. 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. 3. Me es fácil persistir en lo que he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas. 4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados. 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas 6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo por qué. 7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. 8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario. 9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer. 10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	Escala Ordinal

Indicadores suicidas	El Instituto Nacional de Salud Mental (2018), señala que los indicadores suicidas son diferentes aspectos del espectro suicida como deseos de morir, pensamientos o ideación suicida, planeamiento del suicidio o intento suicida	Variable que se mide a través del Módulo de indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia (Modificado)	¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?	Escala nominal
			¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida?	
Características sociodemográficas	Edad	Años de vida	Registrada como variable cuantitativa continúa.	Escala continuar
Características sociodemográficas	Sexo		Masculino y Femenino	Escala Nominal
Características sociodemográficas	Estado civil actual		Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado	Escala nominal
Características sociodemográficas	Nivel de Instrucción	Se refiere al último año o grado de estudios aprobado	sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior universitario,	Escala ordinal

postgrado			
Trabajo Remunerado	Se refiere si cuenta con un trabajo por el cual recibe un pago o remuneración.	Si trabajo remunerado, No trabajo remunerado	Escala Nominal
Nivel de pobreza según NBI	Evaluación de las condiciones de vida mediante indicadores básicos y establecimiento de umbrales mínimos de satisfacción de necesidades fundamentales	Pobre, pobre extremo y no pobre	Escala ordinal
Establecimientos de salud	Entidad dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la salud de la población.	Centros de Salud y Hospitales	Escala Nominal

Anexo C. Constancia autorización por la Universidad Nacional Federico Villarreal



OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía peruana"

CONSTANCIA

(Art. 57° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Federico Villarreal

Resolución R. N° 2900-2018-CU-UNFV)

La Jefa de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado de la Escuela Universitaria de Postgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Hace constar que don (ña):

MAGDA JULIA VERA NAVARRETE

Ha aprobado el plan de tesis titulado: "AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA-2015", para optar el Grado Académico de MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD, encontrándose en condiciones de iniciar el desarrollo de su tesis.

Se otorga la presente constancia para los fines que estime conveniente.

Lima, 22 de enero del 2025



Lima, 28 de febrero del 2025

Carta N° 036-CE-UIIE-EUPG-2024

Doctora

Eulalia Jurado Falconi

Jefe de la Unidad de Investigación, Innovación y Emprendimiento

Escuela Universitaria de postgrado

Universidad Nacional Federico Villarreal

Presente

Ref.: OFICIO N° 073-2025-UIIE-EUPG-UNFV

De mi mayor consideración:

Saludándola cordialmente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que, en Sesión del Comité de Ética de la Escuela Universitaria de Post Grado el día de hoy con la asistencia en pleno de los miembros se acordó emitir **opinión FAVORABLE** al Plan de Tesis "**AUTOEFICACIA E INDICADORES SUICIDAS EN ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA - 2015**", de la egresada **VERA NAVARRETE MAGDA JULIA**, para optar el Grado Académico de **Maestra en Psicología Clínica y de la Salud**.

Es lo que informo a usted para los fines consiguientes.

Agradezco la atención a la presente, hago propicia la oportunidad para reiterarle mis consideraciones y aprecio personal.

Dra. Gloria Cruz Gonzales
Presidente del Comité de Ética

Adjunto: Acta de Evaluación N°036-2025 del Comité de Ética

Anexo D: Constancia de autorización por Instituto Nacional de Salud Mental “HD-HN”



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MEMORANDO N° 090-2025-OEAIDE/INSM "HD-HN"

A : Magda Julia Vera Navarrete

Asunto : Levantamiento de observaciones, OEAIDE 987-2025

Fecha : San Martín de Porres, 13 de marzo de 2025

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle y a la vez informarle que su proyecto de investigación **"Autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana"** después de haber sido evaluado por un juez ciego quién ha recomendado que el proyecto es *aceptable, en la presente forma*, por lo tanto, comunicamos a usted que se procederá con la oficialización del mismo.

Es cuanto informo a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Firmado digitalmente por SAAVEDRA CASTILLO Javier Esteban FAU
201313176414 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13.03.2025 15:03:26 -05:00

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo
Director Ejecutivo de la OEAIDE

JESC:pdlt



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CONSTANCIA DE EXENCIÓN DE REVISIÓN DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN N° 007- 2025 – CIEI- INSM- "HD-HN"

Por medio del presente, la presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" deja constancia que el protocolo detallado a continuación, ha sido Exonerado de Revisión por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI).

- **Título:** "Autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana"
- **Código de Inscripción:** 075-2025
- **Investigador(a) Principal:** Magda Julia Vera Navarrete

La exoneración incluye los documentos presentados por la investigadora principal descritos a continuación:

- Proyecto de investigación
- Anexos

Esta decisión fue tomada el 22 de mayo del 2025, en una sesión ordinaria. El protocolo fue presentado ante el Comité Institucional de Ética en Investigación el 18/03/2025 por la investigadora principal.

La constancia de exención de revisión emitida por el Comité Institucional de Ética en Investigación tiene un periodo de vigencia de un (01) año a partir de la emisión de este documento.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Fecha de emisión de la constancia: 26/05/2025

Firmado digitalmente por:
HERRERA LÓPEZ Vanessa Evelyn FAU
201313176414 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26/05/2025 14:51:45 -05:00

M.P. Vanessa Herrera López
PRESIDENTA
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA A LA INVESTIGACIÓN
INSM"HD-HN"

Anexo E: Correo electrónico y auspicio científico a proyecto de investigación- INSM “HD-HN”

AUSPICIO INSM 987-2025, INSM-PA-075-2025 Investigación X

S OEAIDE Investigación <oeaide@insm.gob.pe>
para mí

28 may 2025, 11:18 a.m. ☆ ☺ ↶

Parece que este mensaje está en inglés
[Traducir al español](#)

--

Estimada Lic. Julia:
Por especial encargo del Dr. Javier Saavedra Castillo, Director Ejecutivo de la OEAIDE, y siendo su proyecto aprobado por el CIEI, se remite su protocolo con código de auspicio INSM-PA-075-2025.
Saludos cordiales,

 **Pierina De la Torre Moreano**
Secretaria de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
Tel. (01) 7485600 Anexo 1257
E-mail: oeaide@insm.gob.pe
www.insm.gob.pe

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail •  Agregar a Drive

 **AUSPIO INSM 987-2025, INSM-PA-075-2025.pdf**
74 KB

M Magda Julia Vera Navarrete <mvera@insm.gob.pe>
para OEAIDE

28 may 2025, 2:57 p.m. ☆ ☺ ↶

Estimada Pierina:
Le escribo para saludarla y agradecerle por el envío de Auspicio Científico a mi proyecto de investigación.
Asimismo, le escribo para solicitar la base de Datos del Estudio epidemiológico en Hospitales Generales y Centro de Salud de Lima Metropolitana-2015, para la ejecución de mi Proyecto de Investigación "Autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastorno mental en establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015". Solicitando las variables:

- Autoeficacia
- Indicadores Suicidas
- Trastornos mentales (Trastornos ansiosos, depresivos, abuso de drogas, psicóticos)
- Establecimientos de Salud (Hospitales Generales y Centros de Salud)

Magda Julia Vera Navarrete
Psicóloga . C.P.S.P. 13481.
Departamento de Rehabilitación
INSM "HD-HN"

 **PERÚ** Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hedero Noguchi"

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

AUSPIO CIENTIFICO A PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NIVEL DEL OEAIDE:

Nombre del Proyecto:

"Autoeficacia e indicadores suicidas en adultos con trastornos mentales en establecimientos de salud de Lima Metropolitana - 2015"

Autor(es) principal(es): Lic. Magda Julia Vera Navarrete

Código Pre-Proyecto Aprobado: Si ☒ No ☐

OEAIDE- 987-2025

Fecha: 17/03/25

 **Firma digital**
Firmado digitalmente por: SAABVEDRA CASTILLO, JAVIER Efraim PAU
DNI: 748560011
Fecha: 2025.03.17 14:45:45

Director Ejecutivo, Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

NIVEL DE DIRECCION:

Comentarios:

Código Auspiciado Conformidad: Si ☒ No ☐

INSM-PA-075-2025

Fecha: 26/05/25

 **MINISTERIO DE SALUD**
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
HONORIO DELGADO-HEDERO NOGUCHI
Dr. ALFRETO SAABVEDRA CASTILLO
Director de Instituto Especializado
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Anexo F: Ficha sociodemográfica

Este instrumento se diseña para recoger las variables independientes que permiten caracterizar a la muestra y realizar comparaciones estadísticas.

I. Datos Sociodemográficos

1. **Sexo:** () Masculino () Femenino
2. **Edad:** _____ años.
3. **Estado Civil:** () Soltero () Casado () Conviviente () Separado/Divorciado () Viudo
4. **Grado de Instrucción:** () Sin nivel () Primaria () Secundaria () Superior No universitario () Superior Universitario
5. **Ocupación / Situación Laboral:** () Empleado remunerado () Desempleado () Independiente () Estudiante / Jubilado
6. **Lugar de Residencia:** _____
7. **Nivel Socioeconómico:** () No pobre () Pobre () Pobre extremo

II. Antecedentes Clínicos

1. **Diagnóstico Principal:** _____
2. **Tiempo de diagnóstico:** _____
3. **Tratamiento actual:** () Farmacológico () Psicoterapéutico () Ambos () Ninguno
4. **Antecedentes familiares de salud mental:** () Sí () No

Anexo G: Ficha técnica: Escala de Autoeficacia General de Schwazer y Jeruzalem

DATOS	DESCRIPCIÓN
Nombre	Escala de Autoeficacia General (EAG)
Autores	Ralf Schwarzer y Matthias Jerusalem (1995)
Adaptación/Validación en Perú:	Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2002) y Grimaldo (2005).
Objetivo	Evaluar el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes o desafiantes.
Administración	Individual o colectiva (aprox. 5 a 10 minutos).
Ámbito de aplicación	Adolescentes, jóvenes y adultos.
Estructura	Unidimensional, compuesta por 10 ítems.
Escala de respuesta	Escala tipo Likert: 1. Incorrecto. 2. Apenas cierto. 3. Más bien cierto. 4. Cierto
Calificación	La puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40 puntos. A mayor puntaje, mayor percepción de autoeficacia general. A mayor puntaje, mayor percepción de autoeficacia.
Niveles	- Bajo: 10 a 20 puntos: Percepción de incapacidad para afrontar estresores; alto riesgo de vulnerabilidad. - Medio: 21 a 31 puntos: Capacidad moderada para gestionar demandas; equilibrio en la resolución de problemas. - Alto: 32 a 40 puntos. Firme convicción de competencia personal; recurso protector sólido frente a crisis.
Confiabilidad	En población peruana, el coeficiente Alfa de Cronbach reportado es de 0.919 para adultos y 0.864 para adolescentes (INSM, 2002), lo que indica una consistencia interna excelente.

Validez	El análisis factorial confirma una estructura unidimensional que explica el 57.9% de la varianza total en la población adulta peruana, demostrando que todos los ítems convergen sólidamente en el constructo evaluado.
Indicadores	1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga. 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. 3. Me es fácil persistir en lo que he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas. 4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados. 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas 6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo por qué. 7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. 8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario. 9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer. 10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

**Anexo H: Módulo de Indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental
(Modificado)**

DATOS	DESCRIPCIÓN
Nombre	Módulo de Indicadores Suicidas del Cuestionario de Salud Mental (Adaptación del Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia)
Autores	Dr. José Posada Villa- Ministerio de Salud de Colombia
Año	1995 (Adaptado peruana por Perales) 2009 (Validez y confiabilidad por INSM “HD-HN”- Lima- Perú)
Año de la versión referenciada	2015 (Basada en la Replicación de Lima Metropolitana y Callao 2013).
Objetivo	Evalúa la presencia y frecuencia de la conducta suicida a través de cuatro niveles jerárquicos: deseos de morir (ideación pasiva), pensamientos de quitarse la vida (ideación activa), planes suicidas y conductas/intentos suicidas.
Administración	Individual o colectiva
Ámbito	Adolescentes y adultos (población general y clínica).
Duración	Aproximadamente de 5 a 10 minutos.
Estructura	Consta de ítems con respuesta dicotómica (Sí/No) referidos a la prevalencia de vida, anual y mensual.
Calificación	Se basa en la presencia de indicadores. Para análisis estadísticos avanzados, permite la categorización de riesgo o el uso de modelos de regresión logística para determinar el peso predictivo de factores asociados.
Confiabilidad	Presenta una alta consistencia interna con coeficientes Alfa de Cronbach y Kuder-Richardson (KR-20) superiores a 0.85 en estudios epidemiológicos peruanos (INSM, 2015).
Validez	Posee validez de contenido por juicio de expertos del INSM y validez de constructo mediante análisis factorial que confirma una estructura unidimensional sólida del riesgo suicida.
Indicadores	¿Alguna vez en su vida ha deseado morir? ¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida? ¿Alguna vez en su vida ha planeado quitarse la vida? ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?

