



FACULTAD DE PSICOLOGIA y CIENCIAS SOCIALES

Ideación Suicida, Espiritualidad y Sentimientos religiosos
en jóvenes y adultos entre 18 a 55 años de Argentina

Estudiante: Reyes Plazaola, Paola Tamara

Legajo: 28671

Director: Dr. Bernardo Kerman

Co-director: Dra. Analía Losada

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de doctor en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 11 de noviembre de 2025

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [X]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Capital Federal- 11 de noviembre de 2025

Firma y aclaración del autor: Lic. Prof. Paola Tamara Reyes Plazaola



Agradecimientos

La realización de este trabajo ha sido posible gracias al acompañamiento, apoyo y contribución de diversas personas e instituciones, a quienes deseo expresar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, quiero agradecer a mi director/a de tesis, Dr. Bernardo Kerman por esta oportunidad, junto a la Dra. Analía Losada me han brindado su orientación constante, su compromiso y sus valiosos aportes a lo largo de todo el proceso de investigación. Su guía ha sido fundamental para el desarrollo y la concreción de este trabajo.

También agradezco la generosidad y acompañamiento del Dr. Ralph Piedmont en el uso de instrumentos de análisis de la presente tesis.

Asimismo, extiendo mi agradecimiento a la Universidad de Flores por brindarme el espacio y los recursos necesarios para llevar adelante esta investigación. Del mismo modo, agradezco a los/as docentes y profesionales que, de una u otra manera, contribuyeron a mi formación académica y al desarrollo de este proyecto.

Agradezco especialmente a todas las personas que participaron de manera voluntaria en el estudio, ya que sin su colaboración este trabajo no habría sido posible.

Por otro lado, deseo expresar mi gratitud a mi familia y seres queridos por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento durante todo este proceso. Su sostén ha sido un pilar fundamental en los momentos más desafiantes.

Finalmente, agradezco a Juan mi querido amigo, a Nala mi animal de compañía y familia, ellos y mas, aunque no hayan sido mencionadas explícitamente, han contribuido directa o indirectamente a la realización de este trabajo.

Índice

<i>Resumen</i>	6
<i>Introducción</i>	8
<i>Marco Teórico</i>	14
<i>Suicidio</i>	14
Concepto y definiciones	14
<i>Teorías explicativas del suicidio</i>	16
Explicación sociológica del suicidio.....	16
Explicación psiquiátrica del suicidio.....	17
<i>Factores subyacentes al suicidio</i>	24
Factores de riesgo.....	24
Factores de Riesgo de la conducta suicida en Adolescentes.....	29
Factores de protección	31
<i>Ideación suicida</i>	32
<i>Espiritualidad y Sentimientos Religiosos</i>	34
Espiritualidad y Religiosidad: Una Distinción Conceptual	36
<i>Ideación Suicida, Espiritualidad y Sentimientos religiosos</i>	41
<i>Modelo de los cinco grandes</i>	46
<i>Análisis Transaccional, mandatos familiares y el no sentido de la vida</i>	48
<i>Antecedentes</i>	50
<i>Planteo del problema</i>	58
<i>Objetivos</i>	61
<i>Objetivo general</i>	61
<i>Objetivos específicos</i>	61
<i>Hipótesis</i>	62
<i>Método</i>	62
<i>Diseño</i>	62
<i>Participantes</i>	63
<i>Técnicas de recolección de datos</i>	65
Escala de Ideación Suicida (ISO).....	65
Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos religiosos (ASPIRES). 65	
Encuesta sociodemográfica	66
<i>Procedimientos</i>	66
<i>Análisis estadístico</i>	67
<i>Criterios de inclusión</i>	68

<i>Criterios de exclusión</i>	68
Resultados	69
<i>Datos descriptivos sociodemográficos</i>	69
<i>Datos descriptivos de las escalas</i>	72
<i>Pruebas no paramétricas</i>	74
<i>Varias muestras independientes</i>	81
<i>Correlación</i>	86
<i>Regresión</i>	87
<i>Síntesis</i>	89
Discusión	90
<i>Aportes a la Psicología</i>	96
<i>Limitaciones en el estudio</i>	97
<i>Fortalezas</i>	98
<i>Líneas Futuras de Investigación</i>	99
Conclusión	102
Referencias	104
Anexo	122

Resumen

El estudio tuvo como propósito explorar la relación entre la ideación suicida, la espiritualidad y los sentimientos religiosos, dadas las tres dimensiones que han sido objeto de debate en la literatura, dado que sus asociaciones particulares han resultado ser contradictorias en sus resultados. En este marco, se planteó que existe una relación negativa entre la ideación suicida y la espiritualidad. La investigación se sustentó en teorías del suicidio sociológicas, psiquiátricas y psicosociales, señalando que reducir el comportamiento suicida a un trastorno mental puede llevar a una interpretación reduccionista del complejo problema. También se identifican factores de riesgo y factores de protección. Una sección se centra en las definiciones y distinciones entre la espiritualidad y la religiosidad en la cual la espiritualidad refiere a la búsqueda interior de significado, mientras que la religiosidad es principalmente una adherencia organizada e institucionalizada. Método: Se llevó a cabo un estudio con un diseño no experimental de tipo cuantitativa correlacional-explicativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 284 jóvenes y adultos de 18 a 55 años residentes en Argentina. Para la recolección de datos se utilizaron la escala de Escala de Ideación Suicida: ISO y Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos religiosos (ASPIRES). Resultados: Los hallazgos mostraron que por un lado, existe un relación negativa estimada entre religiosidad y riesgo de suicidio indica que algunas formas de experiencia espiritual pueden servir como factores protectores contra el comportamiento suicida. Sin embargo, la investigación también encontró una correlación positiva entre lo que se llama crisis religiosa -conflicto interno o incluso cuestionamiento alrededor de las creencias- y el riesgo de ideación y suicidio. Discusión: El estudio buscó aportar al campo de la Psicología al mostrar que el suicidio no es un fenómeno unidimensional y no puede

reducirse únicamente a variables psicopatológicas. Al contrario, lejos de ser simple, es un fenómeno multidimensional afectado por elementos existenciales, religiosos, culturales y relacionales que deben ser atendidos en cada investigación e intervención terapéutica.

Palabras claves: Suicidio, ideación suicida, espiritualidad, sentimientos religiosos, factores de protección, sentido de la vida.

Introducción

El suicidio se reconoce como un problema importante y cada vez más destacado de la salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio hay 20 intentos (OMS, 2008).

Además, según la OMS, las tasas de suicidio han aumentado más del 60 % y este aumento ha sido aún más alarmante entre los adultos jóvenes, quienes actualmente constituyen el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. A este nivel, el suicidio es una de las tres principales causas de muerte en la población de entre 15 y 44 años, cuando se pierde a un ser querido, sufre aislamiento social, soledad y fracaso (OMS, 2008).

La justificación del estudio se sustenta en el hecho de que, si bien existen numerosas investigaciones sobre el suicidio y sus factores de riesgo (Allaoui y Devi, 2025; Mérida López et al., 2025; Capador et al., 2025), los aspectos espirituales y religiosos han sido escasamente explorados en la población argentina desde una perspectiva empírica.

En las últimas décadas, la psicología ha incorporado de manera progresiva la dimensión religiosa y espiritual en el abordaje clínico. Este cambio se vincula al reconocimiento del papel de la cultura en la vida de los pacientes y a la evidencia que demuestra la influencia positiva o negativa de la religión y la espiritualidad en la salud mental (Weber y Pargament, 2014). En este sentido, se plantea que la espiritualidad y los sentimientos religiosos, lejos de ser meros fenómenos secundarios, podrían tener un papel relevante tanto como factores de protección como, en algunos casos, de riesgo. Comprender cómo estas dimensiones interactúan con la ideación suicida puede aportar claves importantes para el diseño de estrategias preventivas y de intervención más integrales.

Desde los fundamentos teóricos generales, esta investigación se apoya en un enfoque interdisciplinario que articula teorías del suicidio

provenientes de la sociología, la psiquiatría, la psicología cognitiva, el Análisis Transaccional y la psicología de la religión.

Se retoman, entre otros, los aportes de Durkheim (1898) respecto al carácter social del suicidio; las críticas al modelo biomédico que reduce el fenómeno a un diagnóstico clínico; y los desarrollos contemporáneos que destacan el papel de la espiritualidad y la ausencia de sentido vital en la conducta suicida. Asimismo, se integra el enfoque del Análisis Transaccional, particularmente en lo referido a los mandatos familiares como por ejemplo -el no vivas- y las creencias destructivas sobre el valor de la vida, desarrollados por Kerman et.al (2007), como un marco comprensivo para explorar la influencia temprana de las configuraciones vinculares en la emergencia de pensamientos suicidas.

En tanto a los trastornos asociados la presencia de trastornos del estado de ánimo (Esposito et al., 2003), trastornos por uso de sustancias (Lamis et al., 2009), bajo apoyo social (Wilcox et al., 2010), conflictos familiares (Evans et al., 2004) y desesperanza (Drum et al., 2009) son factores de riesgo para un intento de suicidio en adultos jóvenes; asimismo, se encuentran múltiples factores con mayor frecuencia en aquellos que han intentado o ejecutado sin éxito un acto suicida (Pena et al., 2010).

Del mismo modo, Moscicki (2001) propuso que el riesgo de suicidio surge de la compleja interacción de factores de riesgo y la ausencia o acceso limitado a factores protectores como mejores habilidades para afrontamiento, cohesión familiar, apoyo social y acceso suficiente a servicios de salud mental. Además, Hatala (2011) agrega que la resiliencia o factor protector se basa en una interacción dinámica desde el apoyo social biológico hasta la capacidad espiritual.

En adultos jóvenes, los factores protectores relativos a los factores de riesgo son fuertes redes familiares y sociales (Compton et al., 2005), fe espiritual (Richardson-Vejlgaard et al., 2009), género (McLaren,

2011), y estilos de afrontamiento adaptativos (Grosz et al., 1995).

Teo et al., (2021) estudiaron las opiniones sobre el suicidio de las cuatro religiones más seguidas del mundo (cristianismo, islam, hinduismo y budismo). La revisión buscó explorar cómo las diversas religiones ven el suicidio, especialmente cómo el acto de autoinmolación se relaciona con el suicidio desde la perspectiva de diversas religiones y prácticas espirituales. Los estudios examinan el potencial rol protector de la religión y la espiritualidad, así como experiencias clínicas que muestran cómo motivaciones religiosas-políticas específicas, arraigadas en un contexto sociocultural determinado, pueden a veces inducir el acto de suicidio por autoinmolación. Además, realizaron recomendaciones para incluir factores protectores relevantes en iniciativas de prevención del suicidio.

Lawrence et al., (2016) completan una revisión sistemática de la última década de literatura con una articulación de 89 artículos entre Religión y Riesgo de Suicidio, con el fin de comprender la relación entre dimensiones específicas de la Religión y tipos de Suicidio. Descubrieron que, si bien la afiliación religiosa no proporciona necesariamente inmunidad frente a la idea suicida, sí proporciona protección contra los intentos de suicidio. El efecto protector que brinda la religión contra los intentos de suicidio puede variar según el significado cultural asociado a la pertenencia a una religión específica, con aquellos en minoría religiosa experimentando más aislamiento social. Después de ajustar por medidas de apoyo social, la asistencia a servicios religiosos no es especialmente protectora contra la ideación suicida, pero sí protege contra intentos de suicidio y posiblemente contra el suicidio en sí mismo al generar sentimientos similares a proyectos de vida.

Además, existe amplia evidencia que sostiene que la religión puede proporcionar un factor protector para formulaciones, comportamientos y planes suicidas, pero hay algunos estudios que afirman lo contrario. Se

necesita una mejor comprensión de las conexiones entre los parámetros suicidas y aspectos de la religiosidad. El estudio de Jongkind et al. (2019) exploró las dimensiones religiosas relacionadas con el intento de suicidio y la ideación suicida en pacientes con depresión mayor en una institución de salud mental cristiana. La muestra incluyó a 155 pacientes, tanto internados como ambulatorios, y se analizaron diversos factores religiosos, como la asistencia a servicios religiosos, la oración, la prominencia religiosa, la representación del concepto de Dios y las objeciones morales al suicidio (MOS), además de los sentimientos religiosos. Los resultados indicaron que la MOS tiene una asociación negativa y significativa con la ideación suicida y con antecedentes de intentos de suicidio, independientemente de las características demográficas y la gravedad de la depresión. Asimismo, la forma en que los pacientes perciben a Dios emerge como un predictor independiente de la ideación suicida: una imagen positiva y de apoyo de Dios se relaciona negativamente con la tendencia suicida, mientras que una percepción de un Dios pasivo y angustiante muestra una relación positiva con la ideación suicida. Los hallazgos sugieren que un alto nivel de MOS y una representación positiva de Dios pueden servir como puntos de referencia importantes para el desarrollo de estrategias terapéuticas en pacientes cristianos con depresión

Por su parte, Compton et al. (2005) señalan que la depresión media el efecto de los factores protectores (por ejemplo, el apoyo familiar y social). De igual manera, la fe espiritual se asocia a un menor riesgo de comportamiento suicida. Sin embargo, el papel de las creencias espirituales y su potencial para moderar los efectos de los factores protectores (por ejemplo, afrontamiento y apoyo social) sigue siendo ambiguo.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, las medidas de confinamiento implicaron una disminución significativa de la actividad física en adolescentes, lo que se asoció con efectos adversos como el

incremento del sedentarismo, una mayor prevalencia de obesidad y un deterioro en la salud mental. En paralelo, el estrés sostenido derivado de esta situación contribuyó a una reducción en la práctica de ejercicio, favoreciendo el aumento de los niveles de ansiedad y depresión en una etapa caracterizada por una elevada vulnerabilidad emocional, como es la adolescencia.

Estas condiciones podrían haber incidido en un incremento del riesgo de suicidio, lo que resalta la importancia de promover intervenciones tempranas y fortalecer el abordaje de la salud mental durante este período del desarrollo (Massa, 2020). En este marco, si bien la actividad física no constituye una solución única frente a la prevención del suicidio, su incorporación en programas de salud mental se presenta como una estrategia complementaria de gran valor tanto para los profesionales de la salud como para los propios pacientes.

Diversos estudios han evidenciado que niveles reducidos de actividad física se asocian con un incremento de los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes, lo cual podría favorecer la aparición de ideación suicida y conductas autolesivas (Michael et al., 2020). Asimismo, el sedentarismo —vinculado en gran medida al creciente uso de pantallas en la actualidad— ha mostrado una asociación significativa con mayores niveles de malestar psicológico, disminución de la autoestima y presencia de pensamientos suicidas (Hoare et al., 2016).

En contraposición, la realización sistemática de ejercicio físico no solo repercute positivamente en la salud corporal, sino que también cumple una función relevante en la regulación de las emociones y en la disminución del estrés durante la adolescencia (Tecco et al., 2022). En particular, la participación en deporte de equipo ha sido identificada como un factor protector frente a estas problemáticas, dado que promueve la construcción de vínculos sociales y el desarrollo de un sentido de

pertenencia, aspectos centrales para el bienestar psicológico (Massa, 2020). Del mismo modo, la práctica regular de entrenamiento aeróbico ha evidenciado una relación inversa con los síntomas depresivos, lo que sugiere su contribución en la mejora de las alteraciones del estado de ánimo en esta población (Tecco et al., 2022).

El vínculo entre seres humanos y animales ha estado presente a lo largo del tiempo; sin embargo, en años recientes se ha profundizado en el estudio de los mecanismos fisiológicos implicados en esta relación. En este sentido, se ha observado que la interacción con mascotas se asocia con un aumento significativo en la liberación de oxitocina, hormona vinculada al apego social y a la reducción del estrés interpersonal (Cirulli et al., 2011). De manera complementaria, otras investigaciones han evidenciado una disminución en los niveles de cortisol, indicador biológico del estrés, tras el contacto con animales, lo que sugiere un efecto modulador sobre la ansiedad (Polheber et al., 2014). Asimismo, se ha reportado una mayor tasa de supervivencia a largo plazo en pacientes que habían atravesado un infarto de miocardio y contaban con una mascota (Friedmann et al., 2011).

Por otro lado, distintos estudios han señalado que las personas que no poseen perros presentan una probabilidad significativamente mayor de experimentar depresión en comparación con aquellas que conviven con mascotas, posiblemente debido al papel que estas cumplen como fuente de apoyo emocional y como complemento de las redes sociales existentes, generando beneficios sostenidos en la salud (Muldoon et al., 2017). En este marco, si bien la presencia de mascotas podría constituir un recurso valioso para el bienestar psicológico, sus efectos positivos continúan siendo, en gran medida, subestimados y poco difundidos.

En cuanto a la estructura de la tesis, la misma se organiza de la siguiente manera: en el Capítulo 1 se presenta la Introducción, donde se

contextualiza y justifica la investigación. En el Capítulo 2 se desarrolla el Marco Teórico, abordando las principales teorías sobre el suicidio, los factores de riesgo y protección, la ideación suicida, y el papel de la espiritualidad y los sentimientos religiosos, así como el enfoque del Análisis Transaccional. El Capítulo 3 presenta los antecedentes empíricos más relevantes. El Capítulo 4 expone el Planteo del Problema, los Objetivos de la investigación y las Hipótesis. En el Capítulo 5 se describe el Método utilizado, incluyendo diseño, participantes, instrumentos y procedimiento. El Capítulo 6 presenta los Resultados obtenidos. En el Capítulo 7 se discuten dichos resultados a la luz del marco teórico y se formulan las Conclusiones, Limitaciones del estudio y Perspectivas futuras.

Marco Teórico

Suicidio

Concepto y definiciones

La etimología de la palabra “suicidio” remite a el latín *sui*, que significa “sí mismo” y *caedere*, cuyo significado es “matar”, por lo que se lo entiende como un “un acto de matarse voluntariamente a sí mismo” (Córdova Osnaya et al., 2007, p. 18). Sin embargo, de acuerdo con la intencionalidad, son varias las observaciones que se han hecho. Durkheim (2003) afirma que el suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado” (p. 16).

En el mismo sentido, Beck et al., (1979) han definido al suicidio como un acto deliberado que es causado hacia uno mismo y pone en riesgo la vida. De acuerdo con los autores, este acto da como resultado la muerte e incluye a todas las circunstancias alrededor de ésta.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976, citado en García y Peralta, 2002) ha planteado una unificación de su significado, proponiendo los términos de *acto suicida*, *suicidio* e *intento de suicidio*. El primero hace referencia al hecho mediante el cual un individuo se daña a sí

mismo, con independencia de su intención o motivos. El suicidio, por su parte, consiste en la muerte que se produce a causa de un acto suicida. Mientras que el intento de suicidio se distingue de éste, en tanto tiene que ver con un acto suicida que no terminó en la muerte del sujeto.

Puntualmente, el intento de suicidio implica aquellos comportamientos suicidas, tales como las intoxicaciones autoinfligidas, las lesiones hacia mismo de forma intencional, que pueden tener o no una intención mortal. Además, los actos o comportamientos suicidas incluyen una multiplicidad de conductas, desde el pensar en el suicidio, o ideación suicida y la planificación hasta el intento de cometerlo y su consumación (OMS, 2014).

Ahora, en lo referente al término de conducta suicida, Martínez Mena y Huaraca Urquizo (2024) afirman que éste sigue un proceso conformado por tres fases:

1. *Ideación suicida*, que consiste en aquellos pensamientos relacionados con terminar con la propia existencia.
2. *Intento de suicidio*. Éste también es conocido como parasuicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencional. Hace referencia a aquellos actos en los cuales el sujeto produce un daño hacia sí mismo sin que éste resulte en la muerte. Por este motivo, también suele denominarse suicidio fallido.
3. *Suicidio consumado*. Implica cualquier lesión infligida hacia uno mismo de forma deliberada con el objetivo de morir y cuyo resultado, efectivamente, es la muerte.

Otros estudios también abordan el tema y ubican, entre las fases 1 y 2, la presencia de un sentimiento de ambivalencia, en la cual el individuo comienza a plantearse el suicidio como una solución a sus problemas, seguida por la toma de una decisión, que da lugar a la acción, es decir, al

intento de suicidio (García y Peralta 2002; Romero Batista y Beato Santos, 2024).

En función de lo anterior, el adjetivo suicida puede aplicarse a diversos comportamientos que no desencadenan, necesariamente, la muerte, pero que son llevados a cabo de forma voluntaria por el propio sujeto, con la intención real de morir (Echavarría Villa y Uribe Lemus, 2019; Gallego Villardón, 2009).

Teorías explicativas del suicidio

Explicación sociológica del suicidio

El mayor referente de esta perspectiva es Émile Durkheim, quien planteó que los suicidios se producen a partir de una alteración en la relación individuo – sociedad. Durkheim (1897) considera al suicidio como un hecho social y, por este motivo, afirma que sus causas no pueden ser individuales, sino sociales. Por ello, abordó este estudio a través del análisis de la tasa de suicidios, y no desde el punto de vista individual. Es decir, su objetivo no consistía en explicar las condiciones que intervienen en cada caso particular, sino más bien, en investigar aquellos factores que inciden en la tasa social de suicidio (Heredia et al., 2024; Rodríguez Pulido et al., 1990).

Partiendo de lo anterior, establece una tipología del suicidio, en función de los factores que lo han provocado: 1) el *suicidio egoísta*, que se produce a partir de una falta de integración social, o bien, una excesiva individualización; 2) el *altruista*, vinculado con una integración social muy fuerte; 3) el *anómico*, que se genera por una falla o una dislocación de los valores sociales, llevando a una desorientación del sujeto y a un sentimiento de que la vida carece de significado; y 4) el *suicidio fatalista*, originado debido a que los sujetos conciben su futuro como inexorablemente limitado debido a un exceso de reglamentación (Castillo 2024; Villardón, 1993).

Explicación psiquiátrica del suicidio

Esta perspectiva considera al suicidio desde un punto de vista individual y patológico. Desde la psiquiatría clásica, éste es explicado a partir de la presencia de una enfermedad mental; posiciones más radicales lo consideran, incluso, como una alteración psicológica (Hernández Bello et al., 2024). El punto de vista psiquiátrico toma en cuenta una serie de factores que pueden influir en una mayor o menor incidencia del suicidio, denominados factores de riesgo (Villardón, 1993).

Entre ellos, considera aspectos sociodemográficos, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel sociocultural y económico; factores psicopatológicos, como la presencia de trastornos mentales y/o consumos problemáticos; y otros, como las conductas suicidas previas, enfermedades médicas, dolor crónico (Cruz y Reyes, 2022; González Arévalo, 2016).

La conexión entre los trastornos mentales y el suicidio está ampliamente documentada y su interpretación es mucho más compleja de lo que a menudo se asume. Se advierte que una visión reduccionista que simplifique esta relación no solo es insuficiente, sino además potencialmente engañosa. Por ejemplo, el dato de que el 90% de las personas que mueren por suicidio presentan o podrían haber presentado un trastorno mental requiere un análisis más profundo recaer en reduccionismos implica dejar de tener en cuenta otras variables iguales de importantes. No debe interpretarse automáticamente como que el diagnóstico de un trastorno mental es la causa directa del suicidio. Tampoco implica que el 90% de las personas con trastornos mentales terminan quitándose la vida. Estas ideas, aunque frecuentemente relacionadas de manera implícita, representan conceptos distintos que no deberían confundirse (Baños Chaparro, 2024; Stack, 2021).

Por un lado, la afirmación de que un alto porcentaje de quienes se

suicidan padecían algún trastorno mental (A) no se traduce en que la mayoría de las personas con diagnósticos clínicos se suiciden (B). Menos aún, sugiere que el diagnóstico en sí mismo sea la causa determinante del acto suicida (C). La mayoría de las personas con problemas clínicos no solo no llegan a intentar suicidarse, sino que tampoco manifiestan ideación suicida. Sin embargo, existe una tendencia en el discurso social y en algunos enfoques académicos a tratar los trastornos mentales como el centro explicativo principal de los comportamientos suicidas. Este fenómeno responde, en gran medida, al predominio del modelo biomédico en salud mental, el cual opera como una especie de marco automático en nuestra forma de entender y abordar estos temas (Mueller et al., 2021).

El modelo biomédico, basado en diagnósticos nosológicos y explicado a través de factores genéticos o neurológicos, ha adquirido un peso cultural significativo como explicación universal del comportamiento humano (Pérez-Álvarez, 2011). Aunque este enfoque tiene un valor importante en ciertos contextos, su predominancia puede llevar a una comprensión reduccionista que ignora factores contextuales, sociales y psicológicos más amplios. Este modelo, al simplificar la relación entre trastornos mentales y suicidio, tiende a desviar la atención de otros elementos fundamentales, como las circunstancias sociales, los eventos traumáticos, las experiencias subjetivas y las dinámicas culturales que pueden jugar un papel crítico en la génesis de la conducta suicida (Hernández Bello et al., 2024).

La adhesión casi automática al modelo biomédico en nuestras sociedades no solo predomina sobre otros modelos, como señala Pérez-Álvarez (2011), sino que también deslumbra, dificultando una visión más amplia y matizada del fenómeno del suicidio. Esta deslumbrante simplicidad puede llevarnos a conclusiones precipitadas, como asumir que

la intervención psiquiátrica o farmacológica por sí sola es suficiente para abordar las conductas suicidas, dejando de lado enfoques interdisciplinarios más integrales. De este modo, se produce un sesgo cognitivo-social que, en lugar de clarificar, oscurece los factores complejos que influyen en el suicidio.

Desafiar este sesgo constituye una tarea crucial en el campo de la salud mental y en la sociedad contemporánea en general. Requiere la capacidad de mirar más allá de las estadísticas aisladas y considerar el suicidio como un fenómeno multifacético, en el que los factores sociales, culturales, emocionales y relacionales son tan importantes como las predisposiciones individuales. Reconocer esta complejidad y resistir la tentación de reducir el comportamiento humano a una causa unidimensional es un desafío que debe ser asumido con seriedad y compromiso en nuestra época (García Haro et al., 2023).

El trastorno mental no puede considerarse una condición necesaria ni suficiente para explicar el suicidio, aunque se entiende que es un factor determinante aunque no el único y necesario. Aunque existe una relación entre psicopatología y conducta suicida, esto no implica que la psicopatología sea la causa directa del suicidio, una conclusión que muchas veces se asume debido a la naturalización biomédica del fenómeno (Insel y Cuthbert, 2015). Este error conceptual, que confunde un factor de riesgo con un factor explicativo (Franklin et al., 2017), se ve reforzado por los medios de comunicación, que al informar, generan interpretaciones y realidades sociales. Un ejemplo de esta confusión se refleja en titulares como: "Más del 90% de los suicidios en menores de edad se deben a un trastorno mental" (Mayordomo, 2019, p. 23). Este tipo de afirmaciones simplistas perpetúa la idea de una causalidad psiquiátrica que incluso autores críticos han cuestionado (León Pérez et al., 2012). Además, esta

narrativa tiende a presentarse de forma alarmista, se observa en diferentes artículos como en artículos citados anteriormente, donde se menciona que los suicidios son la segunda causa de muerte en adolescentes, señalando como la primera causa médica.

El diagnóstico de depresión está estrechamente asociado con las conductas suicidas sin embargo esto no implica necesariamente que el cuadro clínico de depresión sea la variable central para comprender la escena o el acto suicida.

Por último, se puede pensar en una persona que utiliza el alcohol para desinhibirse antes de llevar a cabo un acto suicida o para aliviar el sufrimiento emocional que antecede a esa decisión. En este caso, el consumo de alcohol no debe interpretarse como una causa del suicidio, sino más bien como un mecanismo utilizado para afrontar el dolor o como facilitador del acto. De manera similar, el uso de psicofármacos en intentos de autointoxicación no implica que estos medicamentos sean la causa o un factor de riesgo inherente del suicidio. Confundir los efectos secundarios o el uso de estas sustancias con una causa directa sería otro error conceptual grave.

Según lo anteriormente mencionado, sería un enfoque reduccionista atribuir el suicidio exclusivamente al diagnóstico de depresión, al consumo de alcohol o al uso de psicofármacos. Estas interpretaciones tienden a confundir los efectos o manifestaciones con las causas, ignorando el contexto psicosocial, los factores situacionales y las experiencias individuales que rodean el acto suicida. Un análisis más profundo debe considerar el suicidio como un fenómeno complejo, en el que múltiples variables interactúan y no pueden ser simplificadas a una única causa médica o diagnóstica.

Aunque la psicopatología es reconocida como un factor importante en el riesgo de suicidio, reducir la explicación del fenómeno a este único aspecto no solo es limitado, sino también potencialmente engañoso. Existen múltiples factores de riesgo que interactúan de manera compleja, y que deben considerarse para una comprensión integral del suicidio. Entre estos factores adicionales, destacan los antecedentes de maltrato y abuso sexual en la infancia, que han demostrado tener un impacto significativo en la vulnerabilidad a conductas suicidas (Angelakis et al., 2019; Beghi, Rosenbaum et al., 2013).

Asimismo, los factores psicosociales desempeñan un papel crucial en la configuración de este riesgo. Aspectos como la desesperanza, la impulsividad, el perfeccionismo y los sesgos cognitivos negativos, junto con la falta de apoyo social, contribuyen de manera significativa a la predisposición al suicidio (Baca-García et al., 2007; O'Connor y Nock, 2014). Estas variables no solo reflejan dinámicas psicológicas individuales, sino también el impacto de las relaciones interpersonales y la interacción del individuo con su entorno social.

Por otra parte, los determinantes sociales tienen un peso considerable en la explicación de las conductas suicidas. Factores como el nivel educativo, las condiciones laborales, el acceso a una vivienda adecuada y los ingresos económicos insuficientes configuran un contexto que puede exacerbar la vulnerabilidad (Estruch y Cardús, 1982; Fernández de Sanmaned et al., 2018; Navarrete Betancort et al., 2019). Estos determinantes estructurales no solo generan desigualdades, sino que también perpetúan condiciones de exclusión que pueden llevar a la desesperación y al aislamiento social.

Además, los conflictos existenciales y culturales representan otra dimensión significativa del problema. Como señalan Hjelmeland y Knizek

(2016) y Rendueles (2018), las tensiones derivadas de las creencias culturales, los valores y el significado de la existencia pueden influir profundamente en las decisiones relacionadas con el suicidio. Estos conflictos se hacen evidentes en situaciones donde las personas enfrentan crisis de identidad, dificultades para encontrar propósito en sus vidas o tensiones derivadas de choques culturales.

En este sentido, insistir en sobredimensionar el diagnóstico clínico como el factor central y exclusivo en el riesgo de suicidio es, como mínimo, una simplificación problemática. Esta postura no solo ignora otros factores igualmente importantes, sino que también puede responder a intereses ideológicos más que a una base científica sólida. Como argumenta Deacon (2013), existen intereses comerciales, económicos, profesionales y políticos que contribuyen a mantener este enfoque. Por ejemplo, la industria farmacéutica puede promover un modelo biomédico para justificar la medicalización como solución primaria, mientras que ciertas corporaciones profesionales pueden buscar consolidar su autoridad a través de este enfoque reduccionista. En definitiva, el suicidio es un fenómeno multifacético que no puede ser explicado únicamente desde una perspectiva biomédica. Reconocer la interacción entre factores psicológicos, sociales, económicos, culturales y existenciales es fundamental para desarrollar estrategias de prevención efectivas y éticamente responsables. Reducir esta complejidad a un diagnóstico clínico no sólo invisibiliza aspectos clave del problema, sino que también limita las posibilidades de intervención y comprensión profunda.

Los principales manuales de clasificación y diagnóstico, como la CIE-10 (WHO, 1992) y el DSM-5 (APA, 2013), enfatizan la intencionalidad como un elemento central en la comprensión de las conductas suicidas. En el caso de la CIE-10, se incluye el suicidio y las autolesiones intencionalmente autoinfligidas, destacando la deliberación

detrás de estos actos. Por su parte, el DSM-5 introduce el trastorno del comportamiento suicida, definiendo los intentos de suicidio como actos en los que el individuo tiene la intención de provocar su propia muerte. Sin embargo, el DSM-5 no especifica cómo debe evaluarse esta intencionalidad, dejando un vacío metodológico importante. Además, excluye de su definición ciertos actos que ocurren durante estados de confusión (criterio D) o aquellos con fines políticos o religiosos (criterio E). Estos criterios revelan la complejidad del fenómeno, ya que admiten interpretaciones tanto médicas como políticas- religiosas de las conductas suicidas. Esto genera confusión al intentar categorizar suicidios por su motivación, ya sea política-religiosa, médica o patológica, lo que dificulta una comprensión integral del fenómeno.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la conducta suicida como un acto en el que un individuo se quita deliberada e intencionalmente la vida (WHO, 2014). Sin embargo, desde la psicopatología se reconoce que la intencionalidad de una conducta no siempre es clara ni consciente. La intencionalidad puede operar de manera implícita, a menudo fuera del alcance de la verbalización del propio sujeto. Tampoco es una cuestión binaria de todo o nada, sino que se mueve en un espectro de complejidad, con zonas grises en las que los actos impulsivos pueden surgir tras un proceso acumulativo, como un vaso que gotea hasta desbordarse.

Un posible indicador externo de intencionalidad suicida son las notas o cartas de despedida, que, aunque no siempre están presentes, pueden ofrecer pistas relevantes. Según un estudio realizado por Rojas (1978), la existencia de una carta de despedida arrojó el índice estadístico más alto en casos de suicidio frustrado y consumado, mientras que su relevancia fue mínima en intentos fallidos o equivalentes suicidas. Sin embargo, es

fundamental aclarar que las razones o explicaciones plasmadas en estas notas no deben interpretarse como la verdad absoluta del suicidio. Más bien, constituyen una construcción narrativa que refleja parcialmente el estado emocional y cognitivo del individuo en el momento previo al acto.

Al respecto de las construcciones narrativas, más adelante se presentará como parte importante de los factores subyacentes al suicidio, las teorías desarrolladas dentro del Análisis Transaccional (AT) introducen a los mandatos familiares como parte fundamental en las conductas, pensamientos y emociones de la persona. En efecto, Kerman et al. (2007) plantea que las creencias de no sentido —tales como “la vida no tiene valor”, “no merezco estar vivo” y “no hay razones para seguir”— se originan en guiones internos configurados por vivencias vinculares dolorosas, la ausencia de reconocimiento en el plano existencial y la desvinculación de referentes trascendentes. Estas construcciones subjetivas generan una vulnerabilidad existencial considerable que, en ciertos escenarios, puede manifestarse en ideación suicida o en comportamientos autodestructivos. Esta teoría se desarrollará más adelante debido a su importancia explicativa.

En este sentido, la intencionalidad suicida debe entenderse como un fenómeno multifacético que trasciende el ámbito de lo puramente consciente o deliberado. Considerar factores contextuales, históricos y emocionales resulta crucial para aproximarse a una comprensión más profunda de las dinámicas que subyacen a estas conductas. Solo así se podrá abordar el suicidio desde una perspectiva interdisciplinaria que abarque tanto lo individual como lo social.

Factores subyacentes al suicidio

Factores de riesgo

Mann et al. (1999, citados en García de Jalón y Peralta, 2002)

proponen un modelo de la conducta suicida, entendida como un fenómeno compuesto por dos dimensiones relacionadas entre sí: los rasgos de las personas, que incluyen factores como la genética, el abuso de sustancias, la impulsividad, y los factores desencadenantes, tales como una enfermedad psiquiátrica aguda o eventos vitales adversos. De acuerdo con los autores, para que aumente el riesgo de suicidio, debe estar presente, al menos, por lo menos, un factor de cada una.

Corona Miranda et al. (2016), en su revisión bibliográfica, plantean que los factores de riesgo más influyentes en la comisión del suicidio se agrupan en: individuales, familiares, comunitarios e institucionales. En el primer grupo se encuentra el poseer alguna enfermedad crónica, alteraciones de la salud mental, como depresión, abuso de sustancias, intentos suicidas previos, vulnerabilidad a eventos humillantes, desesperanza. Benavides-Mora et al. (2019) agregan aspectos como la baja autoestima y la orientación sexual.

García de Jalón y Peralta (2002) sostienen que la relación entre el suicidio y la presencia de enfermedades médicas es significativa. En este sentido, debe considerarse que algunas de éstas, como el cáncer, VIH, enfermedades cardiovasculares, se asocian con alteraciones anímicas. Además, aspectos asociados con ellas, como la pérdida de la movilidad, el dolor crónico o la afectación del estatus laboral y las relaciones sociales, tienen influencia en la comisión de actos suicidas.

Asimismo, los autores comentan el fuerte vínculo entre esta problemática y las alteraciones mentales. Plantean que el riesgo es más elevado en las fases tempranas de la enfermedad y en los 6 primeros meses luego del alta psiquiátrica. Los trastornos del estado de ánimo y, especialmente, el trastorno depresivo mayor, aumentan significativamente las probabilidades de cometer suicidio. En relación con los trastornos de

ansiedad, los intentos de suicidio no terminan en la muerte, pero el riesgo aumenta si, junto a éstos, se presentan trastornos del estado de ánimo.

Las personas que padecen esquizofrenia, por su parte, poseen un riesgo de suicidio 8 veces mayor que la población general. A los factores sociodemográficos de riesgo se agregan las numerosas recaídas y el deterioro social y laboral que implica la enfermedad (García de Jalón y Peralta, 2002).

El abuso de sustancias, particularmente de alcohol, ha sido establecido, no sólo como un factor de riesgo para cometer suicidio, sino también como un factor precipitante para esas conductas. Además, el consumo puede estar asociado con alteraciones médicas y/o psicológicas, lo cual contribuye a empeorar la situación (García de Jalón y Peralta, 2002).

Corona Miranda et al. (2016) también mencionan el fracaso escolar, la falta de vinculación con contextos escolares o laborales, aislamiento y acontecimientos vitales como el divorcio, maltrato, duelo, factores socioeconómicos. En relación con estos últimos, diversos estudios han mostrado una mayor incidencia de suicidios consumados en personas desempleadas y de menor nivel cultural (García de Jalón y Peralta, 2002).

Además, otros factores sociodemográficos como el sexo, la edad y el estado civil pueden influir en este fenómeno. García de Jalón y Peralta (2002) sostienen que las mayores tasas de intento de suicidio e ideaciones suicidas son encabezadas por mujeres, mientras que la mayor parte de los suicidios consumados corresponden a los hombres.

Esto se condice con un estudio llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), el cual describe los niveles de mortalidad por suicidio en América, realizando un análisis de acuerdo con la edad, el sexo y los métodos empleados entre los años 2000 – 2014. La investigación mostró que las mayores tasas de suicidio se encontraban en los varones, en todos los grupos etarios.

García de Jalón y Peralta (2002) sostienen que esta diferencia puede deberse a que los métodos empleados por los hombres conllevan mayores niveles de violencia, tales como el uso de armas de fuego, ahorcamiento, saltos desde lugares altos, etc. Mientras que las mujeres, generalmente lo llevan a cabo mediante la intoxicación o cortes.

Además, se ha constatado que el riesgo de suicidio es directamente proporcional con la edad (García de Jalón y Peralta, 2002). En relación con esto, el Informe elaborado por la OPS (2021) sostiene que las cifras más altas en hombres son en personas de 70 años o más y las menores entre los 10 – 19 años.

En relación con el estado civil, se han observado mayores niveles de suicidios en personas solteras, divorciadas y viudas (García de Jalón y Peralta, 2002).

En cuanto a lo *familiar*, se incluye la desorganización o conflictos familiares, violencia doméstica, abuso sexual, ausencia y desatención por parte de los padres, muerte o separación de familiares (Corona Miranda et al., 2016). En relación con esto, Evans et al. (2004) sostienen una contribución directa, tanto del maltrato físico como del abuso sexual en los intentos de suicidio.

La revisión realizada por Evans et al. (2004) mostró una asociación significativa entre las conductas suicidas y la discordia familiar, la cual parece ser más pronunciada en mujeres que en hombres. En general, la falta de apoyo por parte de los padres está directamente asociado con el suicidio.

Además, se pueden mencionar los antecedentes de conductas suicidas y/o trastornos psicológicos en la familia. Diversas investigaciones han evidenciado que la transmisión intergeneracional del comportamiento suicida constituye un factor de riesgo relevante. En particular, se ha observado que los intentos de suicidio en los padres incrementan casi cinco

veces la probabilidad de que los hijos también incurran en intentos (Brent et al., 2015). De forma más amplia, la presencia de antecedentes familiares de suicidio o de intentos se ha vinculado consistentemente con la aparición de conductas suicidas en la descendencia (Ursul et al., 2022; Hernández Bello et al., 2020; Santos et al., 2017).

Este fenómeno podría estar mediado por condiciones emocionales y contextuales específicas. Algunos estudios sugieren que quienes cuentan con antecedentes familiares de suicidio tienden a presentar mayores niveles de estrés psicosocial, lo que se acompaña de una predisposición más marcada hacia la depresión (Tabares y Peralta, 2021; Gómez et al., 2019, 2020; Mortier et al., 2018).

Aunque una historia familiar de suicidio consumado no se ha mostrado directamente asociada a conductas suicidas, sí se ha probado la contribución de los intentos de suicidio dentro la familia en actos suicidas en adolescentes (Evans et al., 2004; Corona Miranda et al., 2016).

Cooper et al. (2002) demuestran que el suicidio está asociado con eventos adversos que vivieron las personas en los tres meses anteriores, y particularmente en la semana anterior a la comisión del acto suicida. Sin embargo, no sólo el momento, sino también el tipo de acontecimientos experimentado resulta relevante: los investigadores encontraron que los eventos más frecuentes antes del suicidio fueron los interpersonales, como problemas en las relaciones de pareja o familiares y problemas forenses, como ser arrestado o sentenciado. En este sentido, plantean que el comportamiento suicida se asocia con pobres habilidades para resolver problemas y un estilo cognitivo negativo. Además, en sus estudios, los autores concluyen que los eventos de vida adversos preceden al suicidio en personas jóvenes con y sin enfermedad mental severa. Sin embargo, los sucesos de vida recientes pueden tener un papel causal menor en individuos

con dicha enfermedad, lo cual puede vincularse con el fracaso a la hora de hacer frente a una experiencia adversa.

De la misma forma, se ha hallado que los adolescentes con intento suicida experimentaron más disturbios familiares -separación de los padres, cambios de cuidadores, cambios de domicilio, entre otros- y mayor inestabilidad social en el año anterior al intento en comparación con adolescentes deprimidos no suicidas y normales (De Wilde et al., 1993).

Por otra parte, a nivel *comunitario* Corona Miranda et al., (2016) mencionan el deterioro socioeconómico, dificultades para acceder a servicios de salud y educación y a un trabajo, inseguridad, exposición a situaciones violentas, guerras, pertenecer a minorías. Mientras que en la esfera *institucional* incluyen la violación de forma sistemática de los derechos fundamentales en centros para el tratamiento en abuso de sustancias, establecimientos penitenciarios y colegios.

Factores de Riesgo de la conducta suicida en Adolescentes

Existe evidencia disponible que indica que las adversidades en el entorno familiar, la disfunción familiar, contribuyen significativamente al aumento del riesgo de desarrollar conductas suicidas (Gould, 1998). Factores como la ausencia de calidez en las relaciones familiares, la falta de comunicación efectiva con los padres y la discordia en el hogar generan un contexto desfavorable para el aprendizaje de estrategias de resolución de problemas. Este tipo de ambiente también puede privar al adolescente del soporte emocional necesario para enfrentar eventos vitales estresantes o cuadros depresivos, incrementando su vulnerabilidad.

Diversos estudios han señalado una mayor incidencia de divorcios o separaciones parentales en adolescentes que han intentado suicidarse, en comparación con aquellos pertenecientes a grupos control no suicidas (Gould, 1998). El divorcio podría incrementar el riesgo de suicidio al

aumentar la susceptibilidad temprana a trastornos como la depresión, que actúa como un factor de riesgo conocido. Por otro lado, la asociación entre divorcio y suicidio también podría explicarse por la influencia de factores sociales y ambientales comunes a ambos fenómenos, como la presencia de psicopatología en los padres.

En una investigación destacada, Gould (1998) realizó un análisis de autopsia psicológica con 120 jóvenes menores de 20 años que se habían suicidado, comparándolos con un grupo control de 127 jóvenes de características similares en términos de edad, género y etnicidad, residentes en el área de Nueva York. Los resultados mostraron que, de las víctimas de suicidio, 58 provenían de familias con separaciones o divorcios permanentes, en comparación con 49 jóvenes del grupo control. El estudio examinó variables como la edad del joven en el momento de la separación parental, la existencia de nuevos matrimonios tras el divorcio, la frecuencia del contacto con el progenitor no conviviente, la calidad de la relación madre-hijo (o padre-hijo) y la psicopatología de los padres.

Los hallazgos indicaron que el impacto directo del divorcio o la separación en el suicidio adolescente era relativamente pequeño y disminuía aún más cuando se consideraba la psicopatología parental. Sin embargo, tanto el divorcio como la falta de comunicación con la madre se identificaron como factores independientes que aumentaban el riesgo suicida. Además, se observó un efecto interactivo entre la falta de comunicación con el padre y el divorcio. En situaciones en las que el padre no residía en el hogar debido al divorcio, la limitada comunicación podía considerarse normativa y no necesariamente disruptiva. Por el contrario, cuando el padre conviviente no lograba mantener una comunicación adecuada con el adolescente, ello reflejaba una relación más disfuncional. Cabe destacar que el hecho de que el padre conviviente contrajera nuevas

nupcias no parecía modificar significativamente el impacto del divorcio o la separación en el riesgo de suicidio. Gould (1998) argumenta que el aumento en las tasas de suicidio adolescente observado en las últimas tres décadas teniendo en cuenta el estudio realizado en los años 1998, no puede atribuirse únicamente al incremento en las tasas de divorcio. Más bien, estos resultados subrayan la importancia de considerar factores contextuales y relacionales, como la calidad de las interacciones familiares y la psicopatología parental, en la comprensión de las conductas suicidas en adolescentes.

Factores de protección

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de que se produzca una enfermedad o, en este caso, conductas dirigidas al suicidio. En relación con esto, Corona Miranda et al. (2016) mencionan factores *individuales* como contar con un buen estado de salud, hábitos saludables; un carácter positivo, optimista y con esperanza, además de una adecuada autoestima y capacidad para gestionar el estrés. También incluyen la existencia de un proyecto de vida, metas profesionales y poseer un buen nivel educativo.

Respecto a factores *familiares*, refieren la satisfacción de las necesidades básicas, encontrarse en un núcleo familiar estable, contar con valores como la amistad, la solidaridad, la tolerancia; la evitación de la violencia y la promoción de la resiliencia. Evans et al. (2004) sostienen que la armonía familiar puede tener un efecto mayor en la reducción del riesgo de suicidio que la discordia familiar en aumentarlo. Además, se observó una

clara asociación entre los pensamientos y comportamientos suicidas y la relación emocional con los padres en ambos sexos.

En consonancia con lo anterior, Benavides-Mora et al. (2019) afirman que unos niveles adecuados de autoestima, un grado elevado de habilidades sociales, así como contar con apoyo familiar y social constituyen factores protectores contra el suicidio.

Castro-Rueda et al. (2010) también plantean como un factor de protección el poseer razones para vivir, asociadas con la presencia de un sentido de responsabilidad con la familia, especialmente hacia los hijos.

En cuanto a lo *comunitario*, se puede mencionar el poseer oportunidades a nivel educativo y profesional, apoyo social, espiritualidad y desarrollarse en un entorno libre de violencia y drogas. Mientras que en el aspecto *institucional* se encuentra la capacitación del personal de la atención primaria a fin de detectar casos de riesgo, la creación de organizaciones que brinden un buen trato y la promoción de la salud mental de la población (Corona Miranda et al., 2016).

Finalmente, las distintas modalidades de terapia han demostrado eficacia en el tratamiento de la conducta suicida y la vulnerabilidad asociada, incluso considerando comorbilidades psiquiátricas. Este enfoque se centra en estrategias como el trabajo colaborativo, la psicoeducación, la participación familiar, la regulación emocional, la resolución de problemas, la disminución de la desesperanza y la elaboración de planes de seguridad para prevenir recaídas (Sosa et al., 2023).

Ideación suicida

Al ser la ideación suicida la fase de inicio del proceso de suicidio, se resalta como la fase más importante para la prevención (González, 1998). Existe cierta controversia, acerca de la aceptación de que el

comportamiento suicida es un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado; sin embargo, se han buscado explicaciones no sólo en factores externos sino también en términos de factores internos, como los procesos cognitivos, entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente (Reinecke y Franklin, 2005). Estos procesos presentan cargas motivacionales que, al interactuar con factores clínicos como trastornos del estado de ánimo, así como factores sociales, producen un comportamiento violento. Los mecanismos cognitivos, por sus características de internos, de hecho, no son totalmente inobservables si se considera que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona (González, 1998). Según Beck et al. (1979), la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio, pero no han hecho evidente el intento.

Según Pérez (1999), la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir. Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”, etc.

- La representación suicida. Consistente en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo, imaginarse ahorcado, etc.)

- La idea suicida sin un método determinado. Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.

- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún. Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde qué de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- La idea suicida con un método determinado sin planificación. El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- La idea suicida planificada o plan suicida. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito.

•

Espiritualidad y Sentimientos Religiosos

Los expertos consideran la espiritualidad y religiosidad como elementos adicionales y complementarios a las intervenciones psicosociales tradicionales, para un mejor manejo de los cuadros depresivos con riesgo suicida (Taha et al., 2011). Por ello, la espiritualidad como concepto, ha despertado interés histórico en el Ser Humano.

En efecto, fue tomando diferentes formas y ha sido representada con una prolífera diversidad de símbolos, pero siempre ha sido parte de la búsqueda de respuestas para el Ser Humano. Etimológicamente, la palabra espiritualidad surge en Occidente con el cristianismo a principios del primer milenio. Su origen en latín es *spiritualitas* que proviene del sustantivo *spiritual* (espíritu) etéreo, no material. Inicialmente fue relacionada con la práctica de una religión, un concepto que por largo tiempo fue patrimonio de la teología, pero en la actualidad gana terreno en el campo de la medicina y la psicología. La misma, es considerada una dimensión importante del ser, entendiéndose que su estudio se hace cada día

más importante (Príncipe, 1983).

En las últimas décadas, son cada vez más los estudios académicos que se han interesado en su abordaje. En el ámbito de la salud, este concepto ha ido ganando protagonismo y cada vez toman más relevancia las investigaciones que la vinculan con la salud y factores positivos de los individuos como, por ejemplo, la resiliencia. Dentro de los avances se destaca el intento por definir este concepto, a efectos de producir mayor viabilidad y una apertura hacia el campo de la psicología. Se han identificado cuatro acepciones de esta noción (Goris, 2013; Sessana, 2007):

1. La espiritualidad como sistema religioso (espiritualidad = religión).
2. La espiritualidad en el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás.
3. La espiritualidad como sistema de valores y creencias no religiosas.
4. La espiritualidad como un fenómeno metafísico o trascendente.

Del mismo modo, la espiritualidad ha sido descrita en un concepto más amplio que la religión, "un sistema de valores personales e individuales sobre la forma en que las personas abordan la vida" (Laukhof y Werner, 1998, pág. 62), variando de persona a persona y cambiando a lo largo de la vida, una búsqueda personal de significado y propósito. Por su parte, Labun (1988) conectó la espiritualidad con el amor, la fe, la esperanza y la confianza, subrayando que todos pertenecen a las esferas de las relaciones interpersonales.

Según Emblent (1992), en las definiciones de religión, aparecen con mayor frecuencia seis palabras: *sistema, creencias, organizado, persona, culto y prácticas*; en las definiciones de espiritualidad, aparecieron nueve palabras con mayor frecuencia: *personal, vida, principio, animador, ser,*

Dios (dios), calidad, relación y trascendente. Solo la palabra *persona (al)* apareció en ambas listas. Usando estas dos listas, las palabras (atributos definitorios) que aparecían con mayor frecuencia se formaron como definiciones de consenso. Se concluyó que la *espiritualidad* es actualmente el término más amplio y puede subsumir aspectos de la religión.

Espiritualidad y Religiosidad: Una Distinción Conceptual

El estudio de la espiritualidad y la religiosidad ha sido un tema recurrente en diversas disciplinas, especialmente en la psicología de la personalidad. Durante mucho tiempo e incluso en la actualidad, se ha intentado diferenciar y definir estos dos conceptos, dada su relevancia tanto para la comprensión del comportamiento humano como para su expresión dentro de diversos contextos sociales y culturales. Si bien ambos términos comparten algunas similitudes, también presentan importantes diferencias que es necesario destacar para una mejor comprensión de su relación y de su impacto en la personalidad. La espiritualidad se concibe como un atributo universal del individuo, un rasgo que está relacionado con la búsqueda de sentido y trascendencia en la vida. En este sentido, la espiritualidad se considera más bien como una característica inherente al ser humano, una tendencia a buscar significado, propósito y conexión con algo superior, sin que esto necesariamente dependa de la pertenencia a una tradición religiosa o institucionalizada. De acuerdo con Dy-Liacco et al., (2009), y MacDonald et al., (2015), la espiritualidad puede entenderse como un rasgo de la personalidad que influye en las decisiones y comportamientos de los individuos a lo largo de su vida.

Por otro lado, la religiosidad se refiere a un sistema de creencias, prácticas y valores que se manifiestan dentro de marcos institucionales y tradiciones sociales. Miller y Thoresen (1999), como citan Simkin y Azzollini (2015), definen la religiosidad como un conjunto de prácticas

organizadas, comunes a una comunidad, que buscan conectar a los individuos con lo trascendental, guiados por reglas y principios establecidos por una tradición religiosa. En este sentido, la religiosidad está fuertemente vinculada a la cultura y la educación de las personas, ya que los marcos religiosos son interpretados y vividos de manera distinta según la región, la cultura y el contexto en el que se encuentren los individuos (Wilkins et al., 2012).

Una de las teorías más relevantes en la actualidad para entender la relación entre la espiritualidad y la religiosidad es la propuesta por Piedmont (2012), quien define ambos conceptos desde la perspectiva de los cinco factores de la personalidad (FFM). Según Piedmont (2012), la espiritualidad es vista como una motivación innata que impulsa al individuo a buscar un sentido más profundo y trascendente a su vida, en un contexto escatológico relacionado con la vida después de la muerte. En cambio, la religiosidad se entiende como la forma en que la espiritualidad se expresa dentro de una estructura organizada, como una institución religiosa o un grupo social que comparte creencias y prácticas comunes. La religiosidad no se considera un rasgo de la personalidad en el sentido estricto, sino más bien un sentimiento o una forma de vida que puede variar de una persona a otra y de una cultura a otra.

Simkin (2016) complementa esta perspectiva al señalar que la espiritualidad, al ser un componente intrínseco de la personalidad humana, está relacionada con la necesidad de dar sentido a la vida ante la conciencia de la muerte. En este contexto, las personas tienden a hacer frente a preguntas existenciales sobre el propósito de la vida, la muerte y el significado de su existencia. Las respuestas que se dan a estas preguntas no

solo ayudan a las personas a encontrar un sentido más profundo, sino que también influyen en su bienestar emocional y resiliencia psicológica, ya que proporcionan un marco de referencia para lidiar con las adversidades de la vida.

Piedmont (2004), citado por Simkin (2016), clasifica las respuestas a las preguntas existenciales en dos dimensiones fundamentales: el transpersonalismo frente al materialismo, y el relacionalismo frente al intencionalismo. El transpersonalismo se refiere a la tendencia a buscar un sentido que trascienda el yo, comprometiéndose con las generaciones pasadas y futuras, y con un propósito que va más allá de los intereses inmediatos. En contraposición, el materialismo se enfoca en lo tangible y en el aquí y ahora, buscando satisfacción en los aspectos concretos de la vida cotidiana. Esta dicotomía refleja dos formas diferentes de abordar el sentido de la vida: una que se orienta hacia lo trascendental y otra hacia lo inmediato.

Por otro lado, el relacionalismo se refiere a la motivación de pertenecer a grupos sociales e instituciones, buscando vínculos y compromisos con otros, mientras que el intencionalismo se enfoca en la primacía de los intereses individuales, priorizando las necesidades del yo por encima de las demandas colectivas. Según Piedmont (2004), cuanto más amplio sea el horizonte utilizado para crear significado en la vida, mayor será la estabilidad emocional, la satisfacción personal y la salud mental de la persona.

La espiritualidad y la religiosidad, aunque a menudo se solapan, son conceptos distintos que pueden tener un impacto significativo en la personalidad y en el bienestar emocional de los individuos. La espiritualidad se relaciona con la búsqueda interna de sentido y trascendencia, mientras que la religiosidad se expresa a través de la

participación en una tradición religiosa organizada. Ambos aspectos pueden influir en el comportamiento, las emociones y la resiliencia psicológica de las personas, dependiendo de cómo se vivan y se comprendan dentro de diferentes contextos culturales y personales. Las dos dimensiones fundamentales del significado personal, materialidad e intencionalidad, así como relacionalidad y transpersonalismo, pueden combinarse de diversas maneras, dando lugar a cuatro variantes que reflejan distintos enfoques hacia la vida, el propósito y la conexión con lo trascendental. Estas variantes incluyen: Solipsismo (que vincula lo material con lo intencional), Humanismo secular (un enfoque material y relacional), Ascetismo (que fusiona la intencionalidad con lo transpersonal) y finalmente, Transpersonal-Relacional, que integra lo trascendental con lo relacional. Cada una de estas combinaciones refleja una perspectiva distinta sobre cómo las personas buscan el significado en la vida y cómo se relacionan con el mundo y con lo divino (Simkin, 2016).

En relación con el sentido más amplio de significado personal, la religión juega un papel crucial en la construcción de este propósito mediante sus enseñanzas y rituales. Estos no sólo guían el comportamiento diario de las personas, sino que también establecen metas y valores trascendentales por los que los individuos pueden “luchar” a lo largo de su vida. En este sentido, la religión proporciona una estructura que ayuda a dejar de focalizar la atención del “yo” y centra el enfoque en una relación con Dios, trascendiendo así la dimensión secular de la existencia. Este propósito trascendental, que la religiosidad ofrece, también tiene un efecto protector, funcionando como una estrategia de afrontamiento frente a los estresores y adversidades de la vida, incluidas las catástrofes o la ansiedad frente a la muerte. La religiosidad, por tanto, no sólo le da sentido a la vida,

sino que también proporciona resiliencia emocional en momentos de crisis existencial según Simkin, (2016).

Desde la perspectiva de Piedmont (2012), citado por Simkin (2016), la religiosidad no debe entenderse como un constructo motivacional inherente, sino más bien como un sentimiento y tendencias emocionales que surgen y se desarrollan a través de las tradiciones sociales y las experiencias educativas. Aunque estos sentimientos puedan influir en los pensamientos y comportamientos de los individuos, no son cualidades innatas como lo es la espiritualidad. En cambio, la religiosidad es susceptible a cambios, ya que su expresión depende de factores externos y de la interacción con el contexto social y cultural. En contraste, la espiritualidad se considera un rasgo universal e innato de la personalidad, que no está sujeto a la misma variabilidad o influencia cultural que la religiosidad.

Este enfoque sobre la distinción entre espiritualidad y religiosidad ha sido respaldado por varios autores, como Simkin (2015), lo que ha conducido a un consenso general sobre sus definiciones. En este marco, la religiosidad puede entenderse como una adaptación de los rasgos de la personalidad, según lo propuesto por Piedmont (2012) y Saroglou (2010), como se cita en Simkin y Azzollini (2015). Dentro del marco de la Teoría de los Cinco Factores de la personalidad, las experiencias religiosas podrían depender de cómo se conectan con las tendencias básicas de la personalidad y las influencias externas. De este modo, las instituciones religiosas transmiten valores, creencias e ideales que constituyen las bases sobre las que las personas se autoevalúan y se relacionan con su entorno (Paloutzian & Park, 2013; Pargament et al., 2013, citado en Simkin y Azzollini, 2015).

Además, la cultura desempeña un papel fundamental en este proceso,

pues influye en la forma en que los individuos perciben el valor de ser una persona. En muchas culturas, se considera que este valor debe ganarse a través del esfuerzo individual (Crocker & Park, 2004, citado en Simkin y Azzollini, 2015). De esta forma, las personas no solo buscan adherirse a los valores y creencias dictados por las tradiciones religiosas, sino que también se esfuerzan por alcanzar estos ideales, lo que refleja una dinámica de búsqueda de validación social y personal que es tanto cultural como religiosa.

En conclusión, la religiosidad y la espiritualidad, aunque interrelacionadas, se distinguen por su origen, expresión y función dentro de la vida de los individuos. La religiosidad está más vinculada a los contextos sociales e institucionales, mientras que la espiritualidad es un rasgo más intrínseco y personal. Sin embargo, ambas juegan un papel significativo en la construcción de significado, en la resiliencia ante la adversidad y en el desarrollo personal, influenciando la forma en que las personas se relacionan con el mundo y con lo trascendental.

Ideación Suicida, Espiritualidad y Sentimientos religiosos

La relación entre religión y suicidio ha sido y continua siendo un tema de debate y estudio durante años, y aunque algunos estudios sugieren que la religión podría tener un efecto protector frente al suicidio, los hallazgos no son concluyentes. De hecho, la evidencia empírica sobre este tema es contradictoria. Por un lado, investigaciones como las de Dervic et al. (2004) apuntan a que la religión puede actuar como un factor protector contra el suicidio, tal vez porque las creencias religiosas ofrecen un sentido de propósito, apoyo social y esperanza, lo cual a través de este trabajo se podría sostener que es posible que se puedan reducir los sentimientos de desesperación que con frecuencia están asociados con el suicidio. De hecho,

muchos estudios sugieren que la religión proporciona un marco de valores y enseñanzas que desmotivan o disuaden las ideas de suicidio, es decir que a través de la religiosidad o espiritualidad logran ver al suicidio como un acto inaceptable, esto es desde la perspectiva de muchas religiones.

Por otro lado, otros estudios, como el de Le et al. (2012), indican que no existe una relación clara entre la religiosidad y el riesgo de suicidio, sugiriendo que otros factores, como el apoyo social, el acceso a servicios de salud mental o las experiencias personales de cada individuo, podrían jugar un papel mucho más significativo en el riesgo de suicidio que la religión misma.

Es complejo comprender esta relación ya que radica en que tanto la religión como el suicidio son fenómenos complejos y multifactoriales. La religión no es un fenómeno monolítico; está compuesta por diversas dimensiones, como la afiliación religiosa, la participación en rituales y actividades religiosas, y la adherencia a ciertas doctrinas. Estos factores pueden influir de manera diferente en el bienestar de las personas. Por ejemplo, el apoyo social que una persona recibe dentro de su comunidad religiosa puede actuar como un factor protector, pero las estrictas normas doctrinales pueden generar angustia en aquellos que no cumplen con sus expectativas (Le et al., 2012).

Además, el suicidio tampoco es una experiencia única, ya que involucra una gama de experiencias, desde la ideación suicida (pensamientos sobre el suicidio) hasta intentos y consumación. Las personas que experimentan pensamientos suicidas pueden tener diferentes niveles de religiosidad y diferentes formas de interacción con su fe, lo cual influirá en cómo perciben el suicidio y si recurren o no a su religión como un medio para afrontar la angustia. En resumen, la relación entre religión y suicidio es altamente variable y depende de múltiples factores, como la

interpretación personal de la religión, el contexto cultural y social, y las características individuales de quienes atraviesan momentos de crisis emocional. La religión puede servir como una fuente de apoyo y consuelo, pero también puede ser un factor de riesgo, dependiendo de cómo se vivan las creencias y los valores religiosos en un contexto dado (Le et al., 2012).

En los Estados Unidos, las encuestas encontraron que hasta el 88% de los estadounidenses son religiosos y /o espirituales (Gallup, 2003). Dadas estas estadísticas, no es sorprendente que exista una gran cantidad de literatura médica destinada a examinar las relaciones entre religión, espiritualidad y salud mental. Dentro de esta literatura existe una distinción entre espiritualidad y religión. El foco actual de la literatura existente ha estado examinando dicha relación.

Algunos estudios han demostrado que tanto la espiritualidad como el aumento de las actividades religiosas está asociado con la disminución de la depresión, el abuso de sustancias y la ansiedad, entre otros trastornos (Baetz et al., 2004, 2006; Braam et al., 1997, 2004; Moreira-Almeida y Koenig, 2006). La mayor parte de esta investigación ha examinado la relación entre espiritualidad, ideación suicida e intentos (Colucci y Martin, 2008; Hovey, 1999). Una revisión reciente encontró que el 84% de los estudios encontraron tasas más bajas de suicidio entre personas más que practicaban la espiritualidad (Koenig et al., 2001).

Asimismo, la espiritualidad se ha asociado con la disminución de la ideación suicida en varias subpoblaciones (Garouette et al. 2002; McClain-Jacobson et al. 2004), pero los datos representativos a nivel nacional en esta área son carentes.

Dada la importancia de la enfermedad mental en el contexto del suicidio, es crucial comprender la relación entre religión, espiritualidad y suicidio en poblaciones de personas con enfermedades mentales. Un estudio, que examinó la prevalencia del suicidio en una población de

pacientes hospitalizados deprimidos, encontró que los sujetos no vinculados con la religión y espiritualidad habían mostrado mayores probabilidades de suicidio en comparación con aquellos que poseían alguna afiliación religiosa (Dervic et al., 2004).

De todos modos, no está claro si estos hallazgos en una muestra de pacientes deprimidos son generalizables a pacientes con otros trastornos mentales o la comunidad en general. De hecho, algunos estudios han sugerido que el apoyo social puede ser el mecanismo a través del cual la religión y espiritualidad se asocian con una disminución de las probabilidades de enfermedad y suicidio (Braam et al., 1997; Hughes et al., 2004; Mofidi et al., 2006; Moreira-Almeida et al., 2006).

Cada dominio, tanto la religiosidad como la espiritualidad, puede proporcionar sus propios medios de mitigar el riesgo. Por ejemplo, Ellison et al. (1997) sugirió que, en la religión, el efecto amortiguador se debe a la conexión social y la relación de grupo que se reflejan en la práctica religiosa pero también en la conexión de uno con su vivencia de Dios; es decir, aquello que podría ser protector es la conexión diaria con una práctica religiosa compartida y una doctrina religiosa.

La espiritualidad o el bienestar existencial, por otro lado, es la internalización de aspectos circunscriptos a los valores positivos basados en la fe, relacionados con estilos de afrontamiento positivos. El valor de la espiritualidad como factor protector puede ser su capacidad para mediar afecto entre religiosidad y depresión (Dew et al., 2008).

En otro estudio sobre religiosidad y suicidalidad, Greening y Stoppelbein (2002) encontraron que las religiones con mayores niveles de ortodoxia se relacionaron con menores incidentes de suicidio en una muestra de adolescentes. Los niveles más altos de ortodoxia pueden ser reconfortantes para los jóvenes, proporcionan estructura y se puede confiar en ellos a medida que los jóvenes navegan por crisis o hitos del

desarrollo (por ejemplo, asistir a la universidad, trabajar, entre otros) mientras se mueven hacia la autonomía personal y la edad adulta.

Además, Kirkpatrick (1998) sugirió que la relación de uno con Dios es una reminiscencia del apego temprano a las relaciones con el cuidador, en particular la relación madre-hijo. Por lo tanto, la relación de uno con su vivencia de Dios está imbuida de lo idealizado, elementos similares a la relación madre-hijo como la seguridad y la protección, a los que se puede recurrir en momentos de estrés (Pickard y Nelson-Becker, 2011). No obstante, Kirkpatrick (2005) propuso que, en este marco, una relación insegura o ansiosa con Dios puede incrementar la vulnerabilidad frente a amenazas o situaciones de incertidumbre. Cuando la conexión espiritual se vive desde la inseguridad, no brinda una regulación emocional efectiva, lo que puede potenciar enfermedades relacionadas con el estrés y deteriorar el organismo.

Así pues, otros estudios sugieren lo contrario, y hallan que la religiosidad puede ser, en ciertos casos, un factor de riesgo para el suicidio, en especial cuando refuerza emociones como culpa, vergüenza, desesperanza o ideación suicida (Williams, 2021). Por ejemplo, la investigación de Zhao et al. (2012) encontró que en algunos contextos, especialmente en aquellos con altos niveles de presión religiosa o con doctrinas religiosas que condenan el suicidio de manera rígida, las personas que experimentan pensamientos suicidas pueden sentirse avergonzadas, atrapadas y culpables por sus pensamientos, lo cual puede intensificar su sufrimiento emocional y aumentar el riesgo de intentar suicidarse. En esos casos, la religión, en lugar de ofrecer consuelo, podría contribuir a una mayor carga emocional.

Asimismo, Morales & Hernández (2023) destacan que ciertos sentimientos religiosos, tales como la falta de esperanza y la ausencia de

sentido vital, se relacionan estrechamente con la conducta suicida, influida además por la historia personal, la cultura y las creencias religiosas de cada individuo. En efecto, se ha observado que la religión puede intensificar el malestar y actuar como un factor desencadenante en lugar de aliviarlo (Pastwa-Wojciechowska et al., 2021). En este sentido, la relación con Dios influye en distintos procesos de afrontamiento, como la exposición, la reactividad y la recuperación (Jordan et al., 2021).

La evidencia muestra que una vivencia religiosa marcada por ansiedad se vincula con menor satisfacción vital y religiosidad (Pahlevan et al., 2021), además de asociarse positivamente con rasgos como el neuroticismo y el afecto negativo (Rowatt y Kirkpatrick, 2002).

Modelo de los cinco grandes

El modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (FFM) ha sido uno de los modelos más estudiados para investigar la religiosidad y la espiritualidad, y ha demostrado ser un componente clave en el estudio de la religiosidad y la espiritualidad, ya que permite explorar cómo estos constructos se desarrollan y se expresan a lo largo del ciclo vital, su importancia adaptativa, y cómo se relacionan con las diferencias individuales (Ashton & Lee, 2014; Chang et al., 2015; Piedmont, Ciarrocchi, et al., 2009; Piedmont & Wilkins, 2013; Rose & Exline, 2012; Saroglou & Jaspard, 2000). Este enfoque ha sido utilizado por numerosos estudios para vincular las características de la personalidad con los aspectos religiosos y espirituales de las personas, permitiendo así un entendimiento más profundo de cómo estos factores interactúan.

Según Piedmont (2005), el FFM ofrece un marco útil para asociar los constructos religiosos entre sí. Cuando las escalas de religiosidad o espiritualidad muestran correlaciones similares al FFM, se puede inferir

que tienen características psicológicas comunes. En cambio, patrones correlacionales diferentes indicarían que las escalas tienen poca relación entre sí. Esta perspectiva es respaldada por estudios realizados en diversas regiones del mundo, como Australia (Browne et al., 2014), Canadá (Browne et al., 2014; Taylor y MacDonald, 1999), y España (Saroglou y Muñoz García, 2008), entre otros. Estos estudios sugieren que la relación entre los numerosos constructos y el FFM es consistente a través de diferentes contextos culturales, religiosos y grupos etarios (Taylor y MacDonald, 1999).

Piedmont (2005) también resalta la importancia de los estudios longitudinales en este campo, que permiten observar cómo estas relaciones se desarrollan a lo largo del tiempo, como se observa en las investigaciones de Heaven y Ciarrochi (2007), McCullough et al. (2005), y Wink et al. (2007). Estos estudios proporcionan una visión más dinámica del vínculo entre personalidad, religiosidad y espiritualidad.

La investigación temprana sobre este tema incluye el trabajo de Costa, McCrae y Norris (1981), quienes hallaron una asociación inversa entre religiosidad y neuroticismo, y positiva con la introversión. A lo largo de los años, estudios más recientes han consolidado estos hallazgos, con investigaciones que encuentran que la religiosidad está vinculada con mayor estabilidad emocional (Koenig et al., 1990). En su meta-análisis, Saroglou (2010) clasifica las escalas utilizadas para evaluar los constructos numinosos en tres categorías principales: religiosidad, espiritualidad y fundamentalismo religioso. Este autor señala que la religiosidad se asocia positivamente con la responsabilidad y amabilidad, la espiritualidad se vincula con la extroversión, y la apertura está positivamente relacionada con la espiritualidad, pero negativamente con el fundamentalismo.

Koenig et al. (2012) han documentado numerosos estudios que

exploran la relación entre los rasgos de personalidad y los constructos numinosos, identificando tendencias generales, como una relación positiva entre religiosidad y amabilidad, y una relación más compleja entre religiosidad y neuroticismo. También se ha observado que, al controlar la espiritualidad, la relación con la religiosidad tiende a ser negativa (Saroglou, 2002). Estos hallazgos subrayan la importancia de entender cómo los factores de personalidad y los constructos religiosos interactúan para ofrecer una perspectiva más precisa sobre el bienestar y la adaptabilidad de los individuos.

Los estudios encontrados se han basado en los cinco grandes, en esta investigación se ha utilizado la Escala *de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES)* para evaluar Espiritualidad y Sentimientos religiosos.

Análisis Transaccional, mandatos familiares y el no sentido de la vida

Desde la perspectiva del Análisis Transaccional (AT), desarrollado inicialmente por Eric Berne (1958; 2025) y luego ampliado por diversos autores, los mandatos parentales internalizados durante la infancia constituyen uno de los elementos troncales que moldean la personalidad y las formas de vincularse de los individuos. Dentro de este marco, los mandatos familiares pueden ser comprendidos como mensajes implícitos y explícitos que los cuidadores transmiten —frecuentemente de manera inconsciente— y que actúan como guiones que regulan las elecciones personales, muchas veces sin que la persona pueda tener plena conciencia de ello.

Entre estos mandatos, uno de los más relevantes en el contexto de la conducta suicida es el denominado -No vivas-, identificado en la teoría transaccional como uno de los mensajes más graves y destructivos que

puede recibir un niño. Este mandato no suele expresarse necesariamente en forma directa, sino que suele transmitirse a través del desinterés afectivo, la violencia física o simbólica, el abandono, o la desvalorización sistemática del sujeto. Desde el AT, este mandato no sólo niega la legitimidad de la existencia, sino que también instala un modelo relacional en el cual el sujeto aprende a considerarse a sí mismo como carente de valor, lo que favorece el desarrollo de creencias nucleares orientadas al no sentido de la vida.

Kerman et al. (2007) plantea que estas creencias del no sentido —tales como “la vida no tiene valor”, “no merezco estar vivo”, “no hay razones para seguir”— surgen de estructuras de guión que han sido alimentadas por experiencias vinculares dolorosas, ausencia de reconocimiento existencial y falta de conexión con valores trascendentes. Estas configuraciones subjetivas generan una vulnerabilidad existencial profunda, que en determinados contextos puede dar lugar a ideación suicida o comportamientos autodestructivos.

En este sentido, la ausencia de sentido vital o espiritual puede actuar como un factor de riesgo, especialmente cuando se encuentra desprovista de redes de contención significativas o sistemas de creencias que permitan resignificar el dolor. Las investigaciones contemporáneas en salud mental, así como los aportes del Análisis Transaccional, destacan la importancia de abordar estas estructuras de guión y resignificar los mandatos destructivos a través de intervenciones psicoterapéuticas centradas en el reconocimiento del self y la construcción de nuevos significados (Kerman, 2015).

Asimismo, la dimensión espiritual o trascendente puede desempeñar un papel protector, ya que proporciona una narrativa alternativa frente al vacío existencial que puede emerger del mandato -No vivas- (Kerman, 2015). La espiritualidad, entendida como una búsqueda de sentido y

conexión profunda con uno mismo y con lo trascendente, ofrece una vía posible para desafiar los guiones autodestructivos, promover la esperanza y reconstruir una identidad más integrada y vital (Piedmont, 2004; Simkin, 2016) . Por lo tanto, incluir la perspectiva del Análisis Transaccional permiten enriquecer la comprensión del suicidio desde una óptica dinámica y existencial, integrando aspectos individuales, relacionales y espirituales del fenómeno.

Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), cada año más de 800.000 personas se quitan la vida, y el 75% de estos casos ocurren en países de ingresos medios y bajos. Además, muchas más personas intentan hacerlo, lo que genera un profundo impacto no solo en sus familias, sino también en sus comunidades y en la sociedad en general. La OMS alerta que, en promedio, una persona se suicida cada 40 segundos, de acuerdo con datos recogidos en agosto de 2015.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) proporciona cifras anuales que reflejan la magnitud de este problema. En 2012, se registraron aproximadamente 804.000 suicidios en todo el mundo, de los cuales 3.296 ocurrieron en España. Un dato preocupante es el aumento del 25% en la tasa de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años. En 2013, el número total de fallecimientos por esta causa en España ascendió a 3.870 personas, de las cuales 2.911 eran hombres y 959 mujeres, siendo la cifra más alta registrada en los últimos 25 años.

En cuanto a la diferencia entre sexos, basados en de la Organización de la Salud (2021) los datos muestran que, en términos generales, el número de suicidios es mayor entre los hombres que entre las mujeres. En los países con economías más desarrolladas, la tasa de suicidio en hombres

llega a triplicar la de las mujeres, especialmente en aquellos mayores de 50 años, quienes se consideran un grupo particularmente vulnerable. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios, el panorama es distinto: los adultos jóvenes y las mujeres mayores presentan tasas de suicidio más elevadas en comparación con los países de altos ingresos. Específicamente, las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de quitarse la vida en comparación con las mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años.

Esta información pone de manifiesto la urgencia de implementar estrategias efectivas para la prevención del suicidio, con un enfoque particular en los grupos más vulnerables de cada contexto social y económico.

Para analizar en profundidad las causas del suicidio y comprender los factores que influyen en su manifestación, es necesario basarse en diversas investigaciones y teorías que permitan identificar patrones y variables asociadas. Con este propósito, resulta pertinente clasificar los factores de riesgo en tres grandes categorías:

1. Factores individuales: Incluir aquellos aspectos relacionados directamente con la persona, como predisposición biológica, alteraciones psicológicas y antecedentes genéticos que puedan influir en la conducta suicida.
2. Factores familiares: Considerar la influencia del entorno familiar, las dinámicas de apego, antecedentes de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia, así como la presencia de otros casos de suicidio en la familia.
3. Factores sociales: Evaluar el impacto de las condiciones socioeconómicas, la marginación, el acceso a recursos de salud mental, la presión social y la exposición a situaciones de

discriminación o exclusión.

A su vez, estos factores de riesgo pueden agruparse en tres modelos o tipos de suicidio: subjetivo, objetivo y mixto.

El suicidio de origen **subjetivo** surge cuando la persona realiza una evaluación negativa de su realidad, lo que puede estar influenciado por trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias. En estos casos, la percepción de la vida se ve afectada por pensamientos disfuncionales y distorsionados, sin que necesariamente exista una causa externa evidente. Es importante considerar que las diferencias individuales juegan un papel crucial, ya que cada persona procesa y afronta las dificultades de manera única.

El suicidio de origen **objetivo** ocurre en respuesta a situaciones concretas y verificables, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad terminal, el desempleo prolongado o experiencias de violencia.

En estos casos, la persona puede sentirse sobrepasada por el sufrimiento y percibir la muerte como la única alternativa viable. Si bien estos eventos son reales y medibles, el grado de impacto y la capacidad de afrontamiento dependen de múltiples factores individuales y del entorno de apoyo disponible.

Por último, el suicidio de origen **mixto** combina elementos de los dos tipos anteriores, donde tanto factores subjetivos como objetivos interactúan y potencian el riesgo de conducta suicida.

Además de identificar los factores de riesgo, resulta fundamental analizar el concepto de **resiliencia**, entendido como la capacidad de una persona para afrontar situaciones adversas y superar crisis emocionales. No todas las personas con ideación suicida llegan a cometer el acto, ya que muchas de ellas experimentan intentos previos o mantienen pensamientos

recurrentes sin llevarlos a cabo. La intervención temprana, el acceso a redes de apoyo y el fortalecimiento de habilidades emocionales pueden desempeñar un papel determinante en la prevención del suicidio.

Se hace referencia a la resiliencia como la capacidad de los individuos o sistemas para afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Es importante destacar que no todas las personas que atraviesan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción u otros factores de riesgo para el suicidio logran concebir ni llevar a cabo el acto suicida.

Por otro lado se cuenta con una serie de factores protectores vinculados a la prevención de la conducta suicida, los cuales se explicarán en el apartado de “prevención”.

En cuanto a los factores suicidógenos asociados al sujeto se resalta la importancia de considerar los factores psicológicos, biológicos y genéticos del individuo.

Al referirse a los factores psicológicos, hay que basarse en el análisis psicológico y psicoanalítico de los individuos para explicar las causas del suicidio, según lo expuesto por el International Journal of Psychological Research (2008) sin quedar atado a la medicina tradicional y al biologismo.

De acuerdo con Bedout (2008, p. 53-63), se señalan algunos rasgos de personalidad predominantes en las personas con ideación y tendencias suicida, tales como la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, el aislamiento social, la falta de habilidades, la desesperanza, la impotencia, un concepto pobre de sí mismos, la escasa capacidad para resolver problemas, el resentimiento y la necesidad de control externo. Se suele considerar por otro lado que las experiencias pueden ser percibidas

como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente en casos de dependencia de alcohol y otras drogas, antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia, aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, en particular, la presencia de trastornos como la depresión y la esquizofrenia.

Bedout (2008, p. 53-63), plantea una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo con el objetivo de encontrar alivio mediante la autodestrucción o la evasión. Asociar con frecuencia el suicidio al trastorno bipolar o a la esquizofrenia.

Por otro lado, Raison (2012), basándose en su experiencia como especialista en salud mental, sostiene que los intentos de suicidio pueden tener diversas motivaciones. Según este autor, tales intentos son a menudo “un grito” para pedir ayuda, una forma de castigar a quienes les causan malestar o un intento por controlar una situación. A su juicio, las personas suelen quitarse la vida por tres razones: cuando enfrentan una enfermedad incurable que les pronostica un futuro doloroso y breve, cuando atraviesan un episodio psicótico y creen que deben morir por razones incomprensibles para otros, o cuando están perdiendo la lucha contra una depresión grave.

Por su parte, Pérez Barrero (1997) opina que la mayoría de las personas que se suicidan presentan alguna enfermedad mental diagnosticable. Este mismo patrón se observa en adolescentes, quienes, en su mayoría, padecen trastornos como depresión, ansiedad, abuso de alcohol o drogas, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia.

Un estudio realizado por Cortina et al. (2009, p. 55-74) en un grupo de pacientes (20 mujeres y 4 hombres) que habían intentado suicidarse reveló la presencia de factores psicológicos comunes, tales como

desesperanza, bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad como descontento, sumisión, indecisión, introversión e individualidad.

En cuanto al factor genético, investigadores de la Universidad Johns Hopkins en EE.UU. descubrieron en 2011 una pequeña región en el cromosoma 2, vinculada con un mayor riesgo de intentos suicidas, en un estudio publicado en la revista *Molecular Psychiatry*. Esta región contiene cuatro genes, incluido el ACP1, cuyas concentraciones fueron más altas de lo normal en el cerebro de personas que intentaron suicidarse.

Por otro lado, un estudio realizado en Argentina por la Universidad Miguel Hernández de Elche y el Instituto de Medicina Legal de Alicante en 2014 identificó varios genes relacionados con la conducta suicida. Estos genes mostraban alteraciones en los marcadores de casi el 100% de las 70 personas que se habían suicidado, quienes no consumían medicamentos que pudieran modificar dichos marcadores.

En Chile (2011) se presentó un consenso de expertos sobre "La Espiritualidad y Religiosidad como Factor Protector en Mujeres Depresivas con Riesgo Suicida", que se obtuvo utilizando una metodología Delphi. Sus resultados se han organizado en cinco áreas enfocadas en aspectos referentes al diseño de una intervención espiritual/religiosa: a) encuadre; b) características y formación del interventor, c) elementos a resguardar, d) contenidos y e) fases. Se concluyó que los aspectos espirituales y religiosos deben considerarse en cada caso, y que un acompañamiento en pacientes creyentes puede mejorar su evolución y prevenir nuevos episodios de riesgo suicida. En algunos casos la religiosidad pudiera aumentar los montos de culpa, aumentando la severidad y complejidad del cuadro clínico (Taha et al., 2011).

En Estados Unidos (2013) se realizó un estudio con el objetivo de examinar el papel del bienestar espiritual como predictor del riesgo de

suicidio, específicamente el papel de las creencias espirituales como variable mediadora en la predicción del riesgo en una muestra diversa de jóvenes en edad universitaria. Los participantes completaron instrumentos de autoinforme para evaluar el suicidio, el apoyo social, el bienestar espiritual y las razones para vivir. Se realizaron análisis de regresión logística utilizando las variables independientes para predecir comportamientos relacionados con el suicidio. Las creencias espirituales pueden funcionar como una variable mediadora al ayudar en la negociación del apoyo social donde los niveles elevados promueven niveles más altos de afrontamiento (Kyle, 2013).

En Canadá (2009) se realizó un estudio sobre espiritualidad, religión y comportamiento suicida en una muestra representativa a nivel nacional. Los datos se extrajeron de la Encuesta de salud comunitaria canadiense. La regresión logística se utilizó para examinar la relación entre los valores espirituales y la asistencia al culto religioso con la ideación e intentos suicidas de doce meses. Las regresiones se ajustaron por factores sociodemográficos y apoyos sociales. Luego se probaron las variables de interacción para examinar la posible modificación del efecto por la presencia de un trastorno mental. Los resultados sugieren que la asistencia religiosa se asocia con una disminución de los intentos de suicidio en la población general y en aquellos con una enfermedad mental independiente de los efectos de los apoyos sociales (Rasic et al., 2009).

En Irán, Abdullahi y Abu Talib (2015), examinaron el papel moderador de la espiritualidad entre la desesperanza, la espiritualidad y la ideación suicida en 202 pacientes internos adolescentes deprimidos iraníes, quienes completaron medidas de salud del paciente, ideación suicida, desesperanza y experiencia espiritual central. El modelado de ecuaciones estructurales indicó que los pacientes hospitalizados deprimidos con un alto nivel de desesperanza, pero también un alto nivel de espiritualidad, tenían

menos ideación suicida que otros. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la espiritualidad como factor protector contra la desesperanza y la ideación suicida.

Se puede mencionar el consenso de expertos sobre “La Espiritualidad y Religiosidad como Factor Protector en Mujeres Depresivas con Riesgo Suicida” (Taha et al., 2011), realizado en Chile. Éste se obtuvo utilizando una metodología Delphi. Sus resultados se han organizado en cinco áreas enfocadas en aspectos referentes al diseño de una intervención espiritual/religiosa: a) encuadre; b) características y formación del interventor, c) elementos a resguardar, d) contenidos y e) fases. Se concluyó que los aspectos espirituales y religiosos deben considerarse en cada caso, y que un acompañamiento en pacientes creyentes puede mejorar su evolución y prevenir nuevos episodios de riesgo. Sin embargo, en algunos casos la religiosidad podría aumentar la culpa, impactando en la severidad y complejidad del cuadro clínico.

Otro estudio (Florenzano et al., 2015) realizado en ese país consistió en un análisis retrospectivo de las creencias religiosas de 214 mujeres diagnosticadas con un trastorno afectivo, que habían sido atendidas en el servicio de psiquiatría por riesgo suicida entre 2003 – 2010. Los resultados mostraron que las mujeres no creyentes presentaban depresiones más severas que aquellas que sí las poseen.

Los investigadores consideran que estas diferencias pueden deberse a que estas creencias brindan certeza o un sentido a la existencia. Además, el estudio mostró que las pacientes no creyentes tenían niveles más altos de malestar psicológico cuando solo tienen pensamientos suicidas, pero menores en los intentos de suicidio. Por otro lado, las pacientes creyentes experimentan niveles más bajos de malestar cuando solo tienen ideaciones suicidas, pero experimentan un aumento significativo en los intentos. Esto sugiere que la religión puede actuar como una barrera moral para los

pacientes creyentes, limitando su propensión a la autolesión, mientras que los no creyentes pueden tener menos inhibiciones morales y recurrir al suicidio con más facilidad (Florenzano et al., 2015).

Desde el Observatorio de Psicología Social Aplicada (OPSA) dependiente de La Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires durante la crisis del COVID-19, Argentina implementó la medida del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) cuya duración fue de más de 135 días. Considerable evidencia sugirió que la pandemia de COVID-19 se asoció a problemas de salud mental y malestar psicológico significativo. En un estudio se propusieron estudiar el impacto psicológico de la pandemia de la COVID-19 y el ASPO en Argentina.

En cuanto a los resultados arrojados sobre el suicidio, la media de puntaje de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) ascendió de 7,09 durante julio (16 semanas) a 9,5 en octubre (32 semanas). Este crecimiento es similar al porcentaje de personas en riesgos de sufrir un trastorno mental. Al preguntar “¿Cuánto ha cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio, comparado con antes de la pandemia del COVID-19?”, 31,1% respondieron que existe un cambio en julio (16 semanas) y 30,17%, en octubre. 4,3% en julio y 4,69% en octubre (32 semanas) consideraron que sus pensamientos sobre la muerte y el suicidio cambiaron mucho durante la pandemia de COVID-19.

Planteo del problema

Según Corona Miranda et al., (2016) la OMS ha referido que el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante en una gran cantidad de naciones. A pesar de ser evitable, se ha estimado que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas ocurridas en el mundo, traducándose en casi un millón de víctimas al año a nivel mundial, con los correspondientes costos familiares, sociales, económicos, etc. La misma

organización, también ha realizado proyecciones en las que se estimaba que para el año 2020, las víctimas fatales podrían ascender a 1,5 millones sin contar aquellas que quedan con serios padecimientos y discapacidades tras un intento fallido de suicidio.

Según la OMS (2014) en muchos países, el suicidio es estigmatizado o ilegal y como resultado, la obtención de datos de alta calidad sobre el comportamiento suicida resulta impreciso, sobre todo en los países que no tienen buenos sistemas de registro de mortalidad o buenos sistemas de recopilación de datos sobre la prestación de servicios hospitalarios (que controlan los intentos suicidas). El reconocimiento de un suicidio en algunos lugares es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, inclusive a menudo a la policía. Los países que no poseen un sistema estadístico fiable de las muertes, los suicidios, simplemente, no se cuentan.

Por su parte, la ideación suicida en la adolescencia rara vez se presenta como un fenómeno aislado; por el contrario, suele configurarse como el desenlace de múltiples presiones acumuladas que superan los recursos de afrontamiento disponibles. Este período del desarrollo concentra una serie de condiciones que incrementan la vulnerabilidad psicológica, entre ellas la elevada plasticidad neurobiológica, la mayor sensibilidad al estrés, los cambios hormonales, la reorganización cerebral, el proceso de construcción identitaria y la exposición sostenida a demandas sociales y familiares (Baker et al., 2024). En este marco, la adolescencia constituye una etapa particularmente crítica, en la que la interacción entre factores individuales y contextuales puede favorecer la emergencia de pensamientos autodestructivos, lo que justifica su abordaje específico como grupo de estudio.

La pubertad profundiza este escenario de vulnerabilidad, dado que no se limita a transformaciones físicas, sino que implica una

reconfiguración significativa de la autoimagen, la sensibilidad interpersonal y la vivencia emocional. La evidencia indica que los cambios en el desarrollo inciden tanto en los procesos cognitivos como en la regulación del estado de ánimo, incrementando la variabilidad emocional y la reactividad frente al estrés (Li, 2024). En la misma línea, los riesgos psicobiológicos asociados a esta etapa deben comprenderse en estrecha relación con el desarrollo etario, en tanto este introduce modificaciones relevantes en los sistemas de respuesta emocional y conductual (Ho et al., 2021).

Desde una perspectiva neurobiológica, algunas investigaciones sugieren que las alteraciones en el funcionamiento del sistema serotoninérgico se asocian con un incremento en la impulsividad, una menor capacidad de regulación emocional y una mayor propensión a conductas autolesivas, particularmente cuando se combinan con variables psicológicas como la depresión y la desesperanza (López-Castromán et al., 2020; Navarro et al., 2023).

En este contexto, los estresores interpersonales adquieren un rol central en la comprensión del bienestar adolescente, dejando de ser considerados factores accesorios para constituirse como ejes explicativos fundamentales. Su impacto no se restringe al plano conductual, sino que se asocia con una disminución de la autoestima, un aumento de los niveles de estrés y una mayor presencia de sintomatología internalizante, particularmente ansiedad y depresión (Murugesan y Vanamali, 2025). En conjunto, estos elementos refuerzan la pertinencia de focalizar el análisis en la población adolescente, dado que la convergencia entre transformaciones biológicas, demandas psicosociales y vulnerabilidades emocionales propias de esta etapa incrementa el riesgo de ideación suicida y subraya la necesidad de su estudio específico.

Cabe destacar que según Canals (2010), la espiritualidad y

religiosidad pueden prevenir las conductas suicidas en muchos casos, aunque en algunos puede representar un factor de riesgo. Este posible rol protector de la Espiritualidad y la Religiosidad (ER) en la disminución de conductas suicidas fue conceptualizada por Durkheim y durante la última década se ha convertido en un área de interés para la psicología académica (Smith et al., 2007). Según investigaciones también se ha documentado vías biológicas que intermedian la utilidad de las aproximaciones espirituales a diversas condiciones médicas, lo que abre la posibilidad de que el acompañamiento espiritual sea una intervención psicosocial en el tratamiento de patologías tanto médicas como mentales (Seeman et al., 2003).

Así pues, con el objetivo de responder a la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre ideación suicida, espiritualidad y sentimientos religiosos?, esta investigación busca contribuir a una comprensión más amplia y humana del suicidio, considerando no solo el sufrimiento psíquico y social, sino también las búsquedas de sentido, trascendencia y valor existencial que atraviesan a los sujetos en crisis.

Objetivos

Objetivo general

- Explorar la relación entre ideación suicida, espiritualidad y sentimientos religiosos.

Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos y los valores de espiritualidad, religiosidad e ideación suicida.
- Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y la espiritualidad y sentimientos religiosos.
- Explorar la relación entre los factores sociodemográficos y la ideación suicida.
- Evaluar los factores de riesgo en personas con ideación suicida.

Hipótesis

- Existe una relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida, la espiritualidad y los sentimientos religiosos en población del estudio
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ideación suicida en función del sexo, el grupo etario y el estado civil de los participantes y demás variables sociodemográficas.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de espiritualidad y sentimientos religiosos en función de las variables sociodemográficas de la muestra.
- La espiritualidad se asocia de manera negativa y significativa con la ideación suicida; a mayores niveles de espiritualidad, menores niveles de ideación suicida.
- La crisis religiosa se asocia de manera positiva y significativa con la ideación suicida; a mayores niveles de crisis religiosa, mayores niveles de ideación suicida.
- La espiritualidad y la crisis religiosa son variables predictoras significativas que explican la varianza de la ideación suicida o riesgo suicida, en la muestra estudiada.

Método

Diseño

La presente investigación se enmarca en un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, con alcance correlacional-explicativo y de corte transversal. Este tipo de diseño se caracteriza por la ausencia de manipulación deliberada de las variables independientes y la no asignación aleatoria de los participantes a condiciones experimentales, lo que implica

que los fenómenos son estudiados tal como se presentan en su contexto natural (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

En este sentido, el estudio adopta un diseño correlacional con alcance explicativo, dado que no solo busca identificar asociaciones entre variables, sino también explorar posibles relaciones de influencia entre ellas, particularmente en lo referido a la ideación suicida, la espiritualidad y los sentimientos religiosos. Si bien este tipo de diseño no permite establecer causalidad en sentido estricto, sí posibilita aproximarse a la comprensión de patrones relacionales entre variables psicológicas relevantes (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Asimismo, el carácter transversal del estudio implica que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, lo cual permite obtener una “fotografía” del fenómeno en la población analizada. Este enfoque resulta adecuado para examinar la coexistencia y relación entre variables en un contexto determinado, especialmente en estudios de tipo exploratorio y correlacional (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El enfoque cuantitativo adoptado se sustenta en la medición objetiva de las variables mediante instrumentos estandarizados, así como en el análisis estadístico de los datos, lo que permite identificar tendencias, asociaciones y diferencias significativas entre los grupos estudiados. En conjunto, la elección de este diseño metodológico responde a la naturaleza de los objetivos planteados, orientados a analizar relaciones entre variables sin intervenir directamente sobre ellas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Participantes

La muestra estuvo conformada por jóvenes y adultos de entre 18 y 55 años residentes en Argentina. La selección de los participantes se

realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional por conveniencia, en función de la accesibilidad y disponibilidad de los sujetos para participar en el estudio.

De acuerdo con Creswell y Creswell (2017), la población se define como el conjunto de individuos que comparten características específicas de interés para el investigador, sobre los cuales se pretende realizar inferencias. En este sentido, la población objetivo del presente estudio estuvo constituida por personas adultas residentes en Argentina dentro del rango etario establecido.

La muestra, entendida como un subconjunto de la población, permite recolectar información relevante para aproximarse a la comprensión de las características del universo de estudio. Para que esta aproximación sea válida, resulta fundamental que la muestra refleje, en la medida de lo posible, las particularidades de la población de referencia. En este marco, el proceso de muestreo implica la selección de unidades que permitan obtener información significativa, siendo el marco muestral, es decir, el conjunto accesible de elementos de la población un aspecto clave que influye directamente en la calidad de la muestra y en la validez de los resultados (Ahmed, 2024; Makwana et al., 2023).

Asimismo, según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la unidad de análisis corresponde al elemento sobre el cual se recolectan los datos. En la presente investigación, la unidad de análisis estuvo constituida por cada participante individual que completó los instrumentos de evaluación.

Si bien el muestreo no probabilístico no permite garantizar la representatividad estadística de la población total ni la generalización de los resultados en sentido estricto, resulta adecuado en estudios de tipo

correlacional y explicativo, especialmente cuando el acceso al universo completo es limitado. En este sentido, la elección de este tipo de muestreo se justifica en función de la viabilidad del estudio y de los objetivos planteados.

Técnicas de recolección de datos

Escala de Ideación Suicida (ISO)

Para evaluar a la ideación suicida, se investigó por medio de la escala ISO que fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida. Desde el punto de vista formal, se trata de un instrumento autoadministrable, compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala Likert de cuatro posiciones (0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo. 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo). Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: bajo, moderado y alto el riesgo suicida contempla cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5, 10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los mencionados ítems críticos.

Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos religiosos (ASPIRES)

Para evaluar Espiritualidad y Sentimientos religiosos se usó la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos o Assessment of Spirituality and Religious Sentiments Scale (ASPIRES) (Piedmont, 2004,

2010) que incluye treinta y cinco ítems en su versión original y trece en la versión abreviada, permitiendo distinguir dos grandes dimensiones:

Sentimientos religiosos y Trascendencia espiritual.

La primera dimensión se compone de dos subescalas: Participación religiosa (e.g. “¿Cuán seguido asiste a servicios religiosos?”) y Crisis religiosa (e.g. “Siento que Dios me está castigando”). Por su parte, la segunda dimensión distingue tres sub-escalas: Realización en la oración (e.g. “En la tranquilidad de mis rezos y/o de la meditación siento una sensación de plenitud”), Universalidad (e.g. “Hay un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano”) y Conectividad (e.g. “La muerte realmente pone fin a la proximidad emocional con otro”). En el contexto local se han reportado propiedades psicométricas adecuadas tanto para la versión original ($.57 \leq \alpha \leq .91$) (Simkin, 2013, 2017) como para la versión abreviada ($.77 \leq \alpha \leq .92$) (Simkin y Piedmont, 2018), las cuales replican la estructura factorial propuesta en la literatura (Piedmont, 2004, 2010, 2012; Piedmont et al., 2008).

Encuesta sociodemográfica

Se confeccionó un cuestionario a fin de indagar acerca de las características sociodemográficas de los participantes tales como el género, la edad y residencia.

Procedimientos.

La investigación fué ejecutada por medio de un cuestionario Google Forms enviado vía online a los que cumplan con los requisitos de rango de edad y lugar de residencia junto con el consentimiento informado. A su vez, previo a la toma de datos, se comunicó a los participantes que la información relevada será utilizada con fines exclusivamente académico-científicos, según lo indica la Ley Nacional 25.326 de protección de datos

personales. Asimismo, se tendrán en cuenta las condiciones de privacidad y respeto a la intimidad, a fin de avalar el anonimato de los participantes.

En el desarrollo del presente trabajo se emplearon herramientas de inteligencia artificial con fines estrictamente de apoyo académico. Se utilizó ChatGPT (OpenAI, versión GPT-5) como recurso auxiliar para la gestión bibliográfica (organización, verificación de normas de citación y formato APA, 7ª edición) y para el apoyo en la redacción, específicamente en la revisión de estilo y claridad de ciertos apartados, manteniendo siempre la autoría intelectual de los contenidos. Asimismo, para el análisis estadístico de los datos se empleó el software IBM SPSS Statistics, versión 24, a fin de realizar los cálculos descriptivos e inferenciales correspondientes.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics (versión 24). En una primera etapa, se calcularon estadísticos descriptivos (media, mediana y moda) con el objetivo de caracterizar la muestra y describir el comportamiento de las variables principales del estudio.

Posteriormente, se evaluó el supuesto de normalidad de las distribuciones mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Dado que varias de las variables no cumplieron con dicho supuesto ($p < 0,05$), se optó por la utilización de pruebas no paramétricas para el análisis inferencial, en línea con las recomendaciones metodológicas para este tipo de datos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

En función de los objetivos planteados, se emplearon distintas técnicas estadísticas. Para analizar diferencias entre grupos según variables sociodemográficas (género, situación de pareja, práctica deportiva, antecedentes familiares de suicidio, asistencia a terapia psicológica,

tenencia de mascotas y afiliación religiosa), se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney (para dos grupos independientes) y Kruskal-Wallis (para más de dos grupos independientes).

Asimismo, con el fin de explorar la relación entre las variables principales del estudio (religiosidad, crisis religiosa, trascendencia, ideación suicida y riesgo suicida), se realizaron análisis de correlación de Spearman, adecuados para variables de nivel ordinal o que no cumplen con el supuesto de normalidad. El nivel de significancia adoptado en todos los análisis fue de $p < 0,05$.

Finalmente, para evaluar el aporte de las variables psicológicas en la explicación del riesgo suicida, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, considerando como variable dependiente el riesgo suicida y como variables independientes la religiosidad, la crisis religiosa y la trascendencia. Este procedimiento permitió identificar el peso relativo de cada predictor en el modelo y estimar la proporción de varianza explicada.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio aquellos participantes que cumplieran con los siguientes criterios:

- Tener entre 18 y 55 años de edad.
- Residir en la República Argentina.
- Aceptar participar de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio aquellos participantes que:

- No cumplieran con el rango etario establecido.
- No residían en la República Argentina.
- No brindaron su consentimiento informado para participar.
- Presentaban respuestas incompletas en los instrumentos

administrados.

Resultados

Datos descriptivos sociodemográficos

En cuanto al objetivo que intenta arribar a una descripción sociodemográfica y de las escalas. En el presente estudio participaron 284 individuos con edades comprendidas entre los 18 y 69 años. La media de edad fue de 36 años (DE = 11,109). La mediana, que representa el punto medio de la distribución, fue de 34 años, mientras que la moda, es decir, la edad que más se repitió entre los participantes, fue de 27 años.

Tabla 1

Datos estadísticos de la edad de los participantes

N	284
Media (DE)	36 (11,109)
Mediana	34
Moda	27
Mín.	18
Máx.	69

Nota. DE= Desviación estándar.

Se observó que, de los 284 participantes del estudio, 166 (58,5%) se identificaron como femeninos, mientras que 114 (40,1%) se identificaron como masculinos. Además, 2 participantes (0,7%) se identificaron como no binarios, 1 (0,4%) como ambos géneros, y 1 (0,4%) como queer.

Tabla 2

Datos estadísticos sobre el género de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	114	40,1
Femenino	166	58,5
Ambos géneros	1	,4
Queer	1	,4
No binario	2	,7
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

De los 284 participantes, 137 (48,2%) indicaron que practican algún deporte, mientras que 147 (51,8%) informaron que no lo hacen. La totalidad de los participantes se distribuyó equitativamente entre ambas opciones.

Tabla 3

Datos estadísticos sobre el ejercicio deportivo de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	137	48,2
No	147	51,8
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

En la muestra, 176 (62,0%) informaron tener pareja, mientras que 108 (38,0%) indicaron no tenerla. Esto refleja que la mayoría de los participantes se encuentran en una relación de pareja.

Tabla 4

Datos estadísticos sobre la pareja de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	176	62,0
No	108	38,0
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

Del total de la muestra, 32 (11,3%) reportaron haber tenido un familiar que se suicidó, mientras que 252 (88,7%) indicaron no tener antecedentes de suicidio en la familia. La gran mayoría de la muestra no presenta este antecedente familiar.

Tabla 5

Datos estadísticos sobre antecedentes familiares de suicidio de los

participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	11,3
No	252	88,7
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

De los participantes, 241 (84,9%) informaron haber asistido alguna vez a terapia, mientras que 43 (15,1%) indicaron no haberlo hecho. Este desglose muestra que la gran mayoría de los participantes han tenido alguna experiencia con la terapia psicológica.

Tabla 6

Datos estadísticos sobre asistencia a terapia de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	241	84,9
No	43	15,1
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

De los participantes, 193 (68,0%) reportaron tener una mascota, mientras que 91 (32,0%) indicaron no tenerla. La mayoría de la muestra posee una mascota, según los datos recopilados.

Tabla 7

Datos estadísticos sobre la mascota de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	193	68,0
No	91	32,0
Total	284	100,0

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

La muestra total incluyó 277 respuestas válidas sobre afiliación religiosa, representando el 97,5% de los participantes, con 7 datos perdidos (2,5%). En cuanto a la afiliación religiosa de los participantes, 133 (46,8%)

se identificaron como católicos. Otros se identificaron como ateos/agnósticos (n=71; 25,0%) y evangélicos (n=35; 12,3%). Las categorías restantes incluyen otra tradición/fe (n=19; 6,7%), budistas (n=3; 1,1% y n=2; 0,7%), judíos (n=4; 1,4%), otra religión cristiana (n=6; 2,1%), unitarios (n=1; 0,4%), luteranos (n=1; 0,4%), mormones (n=1; 0,4%), e hindúes (n=1; 0,4%).

Tabla 8

Datos estadísticos sobre la afiliación religiosa de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Católico	133	46,8
Unitario	1	,4
Otra religión cristiana	6	2,1
Budista	3	1,1
Luterano	1	,4
Budista	2	,7
Judío	4	1,4
Ateo/Agnóstico	71	25,0
Evangélico	35	12,3
Otra tradición/Fe	19	6,7
Mormón	1	,4
Hindú	1	,4
Perdidos	7	2,5
Total	277	97,5

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 284).

Datos descriptivos de las escalas

En la Tabla 9 se observan los datos estadísticos correspondientes a las variables de religiosidad, crisis religiosa, trascendencia y sus factores, junto con los factores del riesgo suicida. La Religiosidad muestra una media de 22 (Me = 20, Mo = 14), lo que sugiere que la mayoría de los participantes tienen puntuaciones relativamente altas en esta escala. En cuanto a la Crisis Religiosa, la media se sitúa en 9 (Me = 8, Mo = 8), lo que indica que los valores tienden a concentrarse alrededor de ese punto

central.

Con respecto a los factores de la Trascendencia, la Realización tiene una media de 29 (Me = 28, Mo = 25), reflejando una dispersión considerable en las puntuaciones. La Universalidad muestra una media de 17 (Me = 17, Mo = 17), sugiriendo que las puntuaciones se distribuyen de manera más uniforme en torno a la media. En el caso de la Conectividad, denota una leve variabilidad en las respuestas (M = 16, Me = 16, Mo = 12).

Pasando a los factores del Riesgo Suicida, la Baja Autoestima presenta una media de 5 (Me = 4, Mo = 4), mientras que la Desesperanza tiene una media similar (M = 5, Me = 4, Mo = 2). La Incapacidad para Afrontar Emociones también se encuentra en una media de 7 (Me = 7, Mo = 5), lo que indica que esta dificultad es una característica notable en la muestra. En cuanto a la Soledad y el Abatimiento, la media es de 5 (Me = 4, Mo = 3), mostrando una tendencia hacia puntajes bajos, similar a lo observado en la Ideación Suicida, que tiene una media de 3 (Me = 2, Mo = 1). Finalmente, el Riesgo Suicida se ubica en una media de 26 (Me = 22, Mo = 18), lo que refleja una mayor variabilidad en comparación con los otros factores mencionados.

Tabla 9
Datos estadísticos descriptivos de las escalas

	Religiosidad	Crisis	Realización	Universalidad	Conectividad	Trascendencia	Baja Autoestima	Desesperanza	Incapacidad para Afrontar Emociones	Soledad	Ideación	Riesgo Suicida
Válido	274	284	284	284	284	284	284	284	284	28	28	28
Perdidos	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Me	21	8	28	17 (5)	16	62	5 (3)	4 (3)	7 (3)	5	3	25

dia (D E)	(8)	(2)	(10)		(4)	(15)				(3)	(3)	(1 5)
Media	20,0	8,5	28,0	17,00	16,00	61,00	4,00	4,00	7,00	4,0	2,0	22,0
Moda	0	0	0							0	0	0
Moda	14	8	25	17	12 ^a	55	4	2	5	3	1	18
Mín.	9	4	10	7	6	28	0	0	0	0	0	0
Máx.	46	17	50	34	28	102	17	17	17	18	18	81

Nota. a= Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Pruebas no paramétricas

Con respecto al segundo objetivo específico, se analizaron los resultados de la relación entre los factores sociodemográficos de la muestra y las dimensiones de espiritualidad y sentimientos religiosos. Los datos se presentan en la tabla correspondiente, destacando las diferencias y asociaciones observadas según edad, género, nivel educativo, situación laboral y otras características sociodemográficas relevantes.

Para el tercer objetivo específico, se examinaron los vínculos entre los factores sociodemográficos y la ideación suicida. En la tabla se detallan los resultados obtenidos, permitiendo identificar qué variables sociodemográficas muestran mayor relación con los niveles de ideación suicida dentro de la muestra.

Los resultados obtenidos a partir de las pruebas de Mann-Whitney, que comparan variables psicológicas según la práctica de deporte, revelan diferencias significativas en varios factores relacionados con el riesgo suicida. En primer lugar, se observaron diferencias notables en la desesperanza, con una media más baja para los deportistas ($M = 4,24$) en comparación con aquellos que no practican deporte ($M = 5,14$), lo cual resulta significativo ($p = 0,03$). De igual manera, la incapacidad para afrontar emociones muestra diferencias importantes, con los deportistas

reportando una media de 6,99, frente a una media de 7,80 en el grupo que no realiza deporte ($p = 0,039$).

Además, las diferencias en la variable de soledad y abatimiento también fueron significativas. Los participantes que practican deporte presentaron una media de 4,45, mientras que quienes no practican deporte alcanzaron una media más alta de 5,88 ($p = 0,009$). En cuanto a la ideación suicida, se observó una media más baja en los deportistas ($M = 2,58$) en comparación con el otro grupo ($M = 4,09$), evidenciando una diferencia significativa ($p = 0,04$). Finalmente, el riesgo suicida mostró diferencias relevantes, con una media de 23,01 en quienes practican deporte, frente a 28,22 en aquellos que no lo hacen ($p = 0,019$).

Por otro lado, al analizar las variables relacionadas con la espiritualidad, como religiosidad, crisis religiosa, realización, universalidad y conectividad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p > 0,05$).

Finalmente, la baja autoestima tampoco mostró diferencias significativas ($M = 4,74$ en deportistas y $M = 5,31$ en no deportistas, $p = 0,376$), lo que indica que la práctica deportiva no parece tener un impacto considerable en esta dimensión específica.

Tabla 10

Prueba no paramétrica de 2 muestras no relacionadas según la práctica de deporte

	Sí Media	No Media	Sig. asintótica (bilateral)
--	-------------	-------------	-----------------------------------

Religiosidad	21,99	21,86	0,881
Crisis Religiosa	8,78	8,93	0,56
Realización	28,13	29,64	0,201
Universalidad	16,86	17,27	0,667
Conectividad	15,52	16,50	0,054
Trascendencia	60,51	63,40	0,101
Baja Autoestima	4,74	5,31	0,376
Desesperanza	4,24	5,14	0,03*
Incapacidad Afrontar	6,99	7,80	0,039*
Emociones	4,45	5,88	0,009*
Soledad y Abatimiento	2,58	4,09	0,04*
Ideación Suicida			
Riesgo Suicida	23,01	28,22	0,019*

*Nota. *p<.05 **p<.001*

En la Tabla 11 se presentan los resultados obtenidos a partir de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, que analiza las diferencias entre las personas que tienen pareja y las que no, en función de varias dimensiones psicológicas. Los hallazgos muestran diferencias significativas en ciertos factores relacionados con el riesgo suicida y la autoestima.

En particular, se observaron diferencias significativas en la baja autoestima, con las personas sin pareja mostrando niveles más elevados ($M = 5,59$) en comparación con aquellas que tienen pareja ($M = 4,70$). Esta diferencia es significativa ($p = 0,029$), lo que sugiere que la presencia de una pareja influye de manera positiva en los niveles de autoestima.

Asimismo, las diferencias en la variable de soledad y abatimiento también fueron significativas. Los individuos sin pareja experimentaron una mayor tendencia a reportar mayores niveles de soledad y abatimiento ($M = 5,66$), en contraste con aquellos que tienen pareja ($M = 4,91$), lo cual resultó en una significancia de $p = 0,036$.

De manera similar, se encontraron diferencias significativas en la

ideación suicida, con las personas sin pareja reportando una media más alta ($M = 3,86$) en comparación con aquellas que tienen pareja ($M = 3,05$), con un valor de significancia de $p = 0,018$. Este patrón se mantiene al observar el riesgo suicida, donde las personas sin pareja también presentan niveles más elevados ($M = 27,94$) frente a quienes tienen pareja ($M = 24,34$), con una diferencia significativa de $p = 0,017$.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables relacionadas con la espiritualidad, como la religiosidad ($M = 21,36$ para quienes tienen pareja y $M = 22,82$ para quienes no tienen, $p = 0,325$), crisis religiosa ($M = 8,74$ y $M = 9,05$, $p = 0,442$), realización ($M = 29,53$ y $M = 27,91$, $p = 0,178$), universalidad ($M = 17,39$ y $M = 16,55$, $p = 0,175$), conectividad ($M = 15,80$ y $M = 16,39$, $p = 0,182$) y la trascendencia general ($M = 62,72$ y $M = 60,84$, $p = 0,257$). Estos resultados sugieren que la presencia de una pareja no tiene un impacto significativo en estas dimensiones.

Finalmente, tampoco se encontraron diferencias en la capacidad para afrontar emociones ($M = 7,28$ para quienes tienen pareja y $M = 7,62$ para quienes no la tienen, $p = 0,396$), lo cual indica que esta habilidad no parece estar influenciada por la relación de pareja.

Tabla 11
Prueba no paramétrica de 2 muestras no relacionadas según la pareja

	Sí Media	No Media	Sig. asintótica (bilateral)
Religiosidad	21,36	22,82	0,325
Crisis Religiosa	8,74	9,05	0,442
Realización	29,53	27,91	0,178
Universalidad	17,39	16,55	0,175
Conectividad	15,80	16,39	0,182
Trascendencia	62,72	60,84	0,257
Baja Autoestima	4,70	5,59	0,029*
Desesperanza	4,39	5,21	0,092
Incapacidad Afrontar	7,28	7,62	0,396

Emociones			
Soledad y Abatimiento	4,91	5,66	0,036*
Ideación Suicida	3,05	3,86	0,018*
Riesgo Suicida	24,34	27,94	0,017*

*Nota. *p<.05 **p<.001*

En la Tabla 12, se observan diferencias significativas en algunos factores de trascendencia, lo que sugiere un impacto importante en la experiencia de aquellos que han tenido un familiar que se ha suicidado.

En cuanto la variable de trascendencia, los resultados muestran que las personas con antecedentes familiares de suicidio obtuvieron un promedio más bajo ($M = 55,41$) en comparación con quienes no tienen dicho antecedente ($M = 62,85$), con una significancia de $p = 0,017$. Esta diferencia sugiere que el sentido de trascendencia puede verse afectado en aquellos que han vivido una pérdida de esta naturaleza. Asimismo, los participantes con antecedentes familiares de suicidio presentan una media más baja ($M = 13,34$) de conectividad en comparación con aquellos sin antecedentes ($M = 16,37$), lo que indica una diferencia significativa ($p < 0,001$). Esto refleja que aquellos con antecedentes familiares tienden a experimentar menores niveles de conexión con los demás, lo que podría estar relacionado con su vivencia personal.

Por otro lado, en variables como religiosidad, crisis religiosa, realización, universalidad, baja autoestima, desesperanza, incapacidad para afrontar emociones, soledad y abatimiento, ideación suicida y riesgo suicida, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Esto sugiere que la experiencia de haber tenido un familiar que se haya suicidado no tiene un impacto diferenciador en estas áreas según los resultados obtenidos.

Estos resultados subrayan la importancia de la conectividad y la trascendencia como áreas sensibles en las personas que han enfrentado la

experiencia de un suicidio familiar, mientras que otros aspectos psicológicos parecen no estar tan directamente impactados por esta vivencia.

Tabla 12
Prueba no paramétrica de 2 muestras no relacionadas según antecedente familiar suicida

	Sí Media	No Media	Sig. asintótica (bilateral)
Religiosidad	23,16	21,77	0,398
Crisis Religiosa	8,88	8,85	0,907
Realización	26,16	29,26	0,159
Universalidad	15,91	17,22	0,153
Conectividad	13,34	16,37	0**
Trascendencia	55,41	62,85	0,017*
Baja Autoestima	5,84	4,94	0,099
Desesperanza	4,78	4,69	0,8
Incapacidad Afrontar Emociones	8,50	7,27	0,092
Soledad y Abatimiento	5,41	5,17	0,632
Ideación Suicida	3,59	3,33	0,77
Riesgo Suicida	28,13	25,40	0,303

*Nota. *p<.05 **p<.001*

En la Tabla 13 se presentan los resultados de las pruebas de Mann-Whitney y Wilcoxon que evaluaron las diferencias en diversas variables psicológicas en función de la asistencia a terapia. Los resultados destacan diferencias significativas en la variable de universalidad, mientras que en otras áreas no se encontraron diferencias estadísticamente relevantes.

En relación con la universalidad, las personas que asistieron a terapia obtuvieron una media de 16,74, mientras que aquellos que no asistieron a terapia tuvieron una media más alta de 18,91. La prueba de Mann-Whitney muestra un U de 3834 y una significancia bilateral de 0,007 ($p < 0,05$), indicando que la asistencia a terapia tiene un impacto significativo en esta

dimensión de trascendencia.

En contraste, no se encontraron diferencias significativas en otras variables. Estos resultados indican que la asistencia a terapia influye de manera significativa en la dimensión de universalidad, mientras que, en las demás variables evaluadas, la asistencia a terapia no muestra un efecto diferenciador notable.

Tabla 13

Prueba no paramétrica de 2 muestras no relacionadas según si asiste a terapia

	Sí Media	No Media	Sig. asintótica (bilateral)
Religiosidad	21,93	21,90	0,618
Crisis Religiosa	8,82	9,05	0,603
Realización	28,67	30,28	0,339
Universalidad	16,74	18,91	0,007*
Conectividad	15,89	16,77	0,294
Trascendencia	61,30	65,95	0,071
Baja Autoestima	4,92	5,70	0,076
Desesperanza	4,64	5,05	0,119
Incapacidad Afrontar Emociones	7,41	7,44	0,934
Soledad y Abatimiento	5,13	5,56	0,249
Ideación Suicida	3,35	3,40	0,967
Riesgo Suicida	25,45	27,14	0,163

*Nota. * $p < .05$ ** $p < .001$*

En la Tabla 14 los análisis mediante las pruebas de Mann-Whitney y Wilcoxon para evaluar diferencias en diversas variables psicológicas según la tenencia de mascotas revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas. En efecto, aunque la ideación suicida presentó un U de Mann-Whitney de 7681,000 con una significancia bilateral de 0,08, sugiriendo una tendencia hacia la significancia, no alcanzó el nivel tradicional de significancia estadística.

Tabla 14
Prueba no paramétrica de 2 muestras no relacionadas según si tiene mascota

	Sí Media	No Media	Sig. asintótica (bilateral)
Religiosidad	21,76	22,26	0,771
Crisis Religiosa	8,99	8,57	0,257
Realización	29,61	27,44	0,136
Universalidad	17,19	16,82	0,485
Conectividad	16,11	15,84	0,554
Trascendencia	62,91	60,10	0,227
Baja Autoestima	5,08	4,95	0,891
Desesperanza	4,76	4,59	0,827
Incapacidad Afrontar Emociones	7,52	7,18	0,326
Soledad y Abatimiento	5,33	4,91	0,427
Ideación Suicida	3,54	2,97	0,084
Riesgo Suicida	26,23	24,59	0,46

*Nota. *p<.05 **p<.001*

Varias muestras independientes

En la tabla 15, se realizó un análisis utilizando la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si existen diferencias significativas en varias dimensiones psicológicas según el género.

En la dimensión de universalidad se observaron diferencias significativas entre los géneros, con un Chi-cuadrado de 14,864 y una significancia asintótica de 0,005 ($p < .05$). Las medias en esta dimensión fueron de 16,31 para el género femenino, 18,18 para el masculino, 22,00 para ambos, 7,00 para queer, y 20,00 para no binario. El grupo con la puntuación más alta en universalidad fue el de ambos géneros, mientras que el grupo queer mostró la puntuación más baja.

De manera similar, se observaron diferencias significativas en baja

autoestima, también se encontraron diferencias significativas, con un Chi-cuadrado de 11,800 y una significancia asintótica de 0,019 ($p < .05$). Las medias fueron de 4,75 para femenino, 5,35 para masculino, 2,00 para ambos, 2,00 para queer, y 14,50 para no binario. El grupo con la mayor puntuación en baja autoestima fue el no binario, mientras que los grupos de ambos y queer presentaron las puntuaciones más bajas.

Asimismo, la puntuación total de trascendencia se identificaron diferencias significativas, con un Chi-cuadrado de 12,788 y una significancia asintótica de 0,012 ($p < .05$). Las medias en trascendencia fueron de 60,00 para femenino, 64,80 para masculino, 71,00 para ambos, 36,00 para queer, y 78,00 para no binario. El grupo con la puntuación más alta en trascendencia fue el no binario, y el grupo queer mostró la puntuación más baja.

Tabla 15
Prueba no paramétrica de varias muestras no relacionadas^{a,b}

	Femenino Media (DE)	Masculino Media (DE)	Ambos Media (DE)	Queer Media (DE)	No binario Media (DE)	Sig.
Religiosidad	22,68	20,95	21,00	29,00	14,00	0,076
Crisis Religiosa	8,73	9,00	9,00	8,00	11,00	0,732
Realización	27,85	30,39	35,00	12,00	38,50	0,058
Universalidad	16,31	18,18	22,00	7,00	20,00	0,005*
Conectividad	15,84	16,24	14,00	17,00	19,50	0,554
Trascendencia	60,00	64,80	71,00	36,00	78,00	0,012*
Baja Autoestima	4,75	5,35	2,00	2,00	14,50	0,019*
Desesperanza	4,59	4,77	2,00	4,00	12,00	0,153
Incapacidad Afrontar Emociones	7,64	6,99	5,00	6,00	14,50	0,102
Soledad y Abatimiento	5,17	5,04	4,00	7,00	15,00	0,191
Ideación Suicida	3,49	3,00	0,00	4,00	14,00	0,067
Riesgo Suicida	25,64	25,16	13,00	23,00	70,00	0,14

Nota. a. Prueba de Kruskal Wallis

Nota. b. Variable de agrupación: Género

*Nota. * $p < .05$ ** $p < .001$*

Se realizó un análisis utilizando la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si existían diferencias significativas en varias dimensiones psicológicas según la afiliación religiosa. Los resultados se resumen en la Tabla 16.

En cuanto a la religiosidad, se encontraron diferencias altamente significativas, con un Chi-cuadrado de 128,005 y una significancia asintótica de $p < 0,001$. Las medias para los distintos grupos fueron: 22,66 para católicos, 18,00 para unitarios, 23,83 para otra religión cristiana, 21,33 para budistas, 28,00 para luteranos, 32,00 para judíos, 22,50 para ateos/agnósticos, 14,49 para evangélicos, 32,79 para otra tradición/fe, 23,67 para mormones y 19,00 para hindúes. Los luteranos y judíos obtuvieron las puntuaciones más altas en religiosidad, mientras que los evangélicos tuvieron la puntuación más baja.

Para la crisis religiosa, se observaron diferencias significativas con un Chi-cuadrado de 25,368 y una significancia asintótica de $p = 0,008$. Las medias fueron: 8,74 para católicos, 10,00 para unitarios, 8,83 para otra religión cristiana, 6,67 para budistas, 9,00 para luteranos, 5,00 para judíos, 9,75 para ateos/agnósticos, 10,07 para evangélicos, 7,94 para otra tradición/fe, 8,00 para mormones y 6,00 para hindúes. Los evangélicos y ateos/agnósticos mostraron las puntuaciones más altas en crisis religiosa, mientras que los judíos y budistas presentaron las puntuaciones más bajas.

En la dimensión de realización, también se encontraron diferencias significativas, con un Chi-cuadrado de 103,846 y $p < 0,001$. Las medias fueron: 27,17 para católicos, 13,00 para unitarios, 27,83 para otra religión cristiana, 18,33 para budistas, 26,00 para luteranos, 16,00 para judíos, 29,75 para ateos/agnósticos, 38,55 para evangélicos, 20,49 para otra tradición/fe, 23,32 para mormones y 18,00 para hindúes. Los evangélicos y ateos/agnósticos mostraron las puntuaciones más altas en realización, mientras que los unitarios y budistas tuvieron las puntuaciones más bajas.

Se identificaron diferencias significativas en universalidad, con un Chi-cuadrado de 45,439 y $p < 0,001$. Las medias fueron: 16,86 para católicos, 9,00 para unitarios, 18,17 para otra religión cristiana, 12,33 para budistas, 11,00 para luteranos, 15,00 para judíos, 15,00 para ateos/agnósticos, 19,63 para evangélicos, 16,31 para otra tradición/fe, 12,32 para mormones y 13,00 para hindúes. El grupo de evangélicos presentó la puntuación más alta en universalidad, mientras que los unitarios y luteranos tuvieron las puntuaciones más bajas.

En conectividad, también se identificaron diferencias significativas con un Chi-cuadrado de 23,306 y $p = 0,016$. Las medias fueron: 15,05 para católicos, 16,00 para unitarios, 18,67 para otra religión cristiana, 17,00 para budistas, 13,00 para luteranos, 18,50 para judíos, 12,75 para ateos/agnósticos, 16,17 para evangélicos, 18,11 para otra tradición/fe, 17,00 para mormones y 11,00 para hindúes. Los grupos de otra religión cristiana y budistas mostraron las puntuaciones más altas en conectividad, mientras que los hindúes presentaron la puntuación más baja.

Finalmente, se observaron diferencias significativas en la trascendencia, con un Chi-cuadrado de 76,511 y $p < 0,001$. Las medias fueron: 59,09 para católicos, 38,00 para unitarios, 64,67 para otra religión cristiana, 47,67 para budistas, 50,00 para luteranos, 49,50 para judíos, 57,50 para ateos/agnósticos, 74,35 para evangélicos, 54,91 para otra tradición/fe, 52,63 para mormones y 42,00 para hindúes. Los evangélicos obtuvieron la puntuación más alta en trascendencia, mientras que los unitarios mostraron la puntuación más baja.

No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de baja autoestima ($p = 0,148$), desesperanza ($p = 0,610$), incapacidad para afrontar emociones ($p = 0,438$), soledad y abatimiento ($p = 0,366$), ideación suicida ($p = 0,527$) y riesgo suicida ($p = 0,475$).

Tabla 16
Prueba no paramétrica de varias muestras no relacionadas ^{a,b}

	Cat ólic o Med ia (DE)	Unit ario Med ia (DE)	Otra relig ión cristi ana Med ia (DE)	Bud ista Med ia (DE)	Luter ano Medi a (DE)	Bud ista Med ia (DE)	Judi o Me dia (DE)	Ateo/Ag nóstico Media (DE)	Evan gético Medi a (DE)	Otra tradici ón/Fe Media (DE)	Mor món Medi a (DE)	Hi nd ú Me dia (DE)	Sig .
Religio sidad	22,6 6	18,0 0	23, 83	21, 33	28, 00	32, 00	22 ,5 0	14,49	32,79	23,67	19, 00	19, 00	0* *
Crisis Religio sa	8,74	10,0 0	8,8 3	6,6 7	9,0 0	5,0 0	9, 75	10,07	7,94	8,00	6,0 0	6,0 0	0,0 08 *
Realiza ción	27,1 7	13,0 0	27, 83	18, 33	26, 00	16, 00	29 ,7 5	38,55	20,49	23,32	18, 00	13, 00	0* *
Univers alidad	16,8 6	9,00	18, 17	12, 33	11, 00	15, 00	15 ,0 0	19,63	16,31	12,32	13, 00	9,0 0	0* *
Conecti vidad	15,0 5	16,0 0	18, 67	17, 00	13, 00	18, 50	12 ,7 5	16,17	18,11	17,00	11, 00	15, 00	0,0 16 *
Trascen dencia	59,0 9	38,0 0	64, 67	47, 67	50, 00	49, 50	57 ,5 0	74,35	54,91	52,63	42, 00	37, 00	0* *
Baja Autoest ima	4,73	3,00	4,8 3	3,6 7	4,0 0	3,5 0	2, 75	5,86	5,77	3,58	3,0 0	8,0 0	0,1 48
Desespe ranza	4,51	4,00	3,8 3	4,6 7	5,0 0	2,5 0	2, 25	5,31	5,29	3,58	5,0 0	6,0 0	0,6 1

Incapacidad Afronter Emociones Soledad y Abatimiento Ideación Suicida Riesgo Suicida	7,02	9,00	6,83	7,33	8,00	8,00	5,75	8,48	7,17	6,84	4,00	8,00	0,438
	4,86	6,00	4,33	6,00	3,00	1,00	2,25	6,08	5,43	4,63	4,00	6,00	0,366
	3,23	0,00	2,83	3,67	1,00	0,50	1,50	3,70	3,77	2,68	7,00	3,00	0,527
	24,35	22,00	22,67	25,33	21,00	15,50	14,50	29,44	27,43	21,32	23,00	31,00	0,475

Nota. a. Prueba de Kruskal Wallis

Nota. b. Variable de agrupación: Afiliación religiosa

Nota. *p<.05 **p<.001

Correlación

Para dar cumplimiento al objetivo general de este estudio, se presentan los resultados relacionados con la exploración de la relación entre ideación suicida, espiritualidad y sentimientos religiosos, considerando las diferentes dimensiones evaluadas en las escalas aplicadas. A continuación, se muestran los hallazgos que permiten identificar posibles asociaciones entre estas variables centrales del estudio.

Los resultados, presentados en la Tabla 17, revelan correlaciones significativas entre las escalas de espiritualidad, religiosidad, crisis religiosa, ideación suicida y riesgo suicida. Específicamente, se encontró una correlación negativa significativa entre la religiosidad y la crisis religiosa ($r = -0.404$, $p < 0.001$), así como entre la religiosidad y la trascendencia ($r = -0.597$, $p < 0.001$). Además, la religiosidad mostró una correlación negativa con el riesgo suicida ($r = -0.124$, $p < 0.05$).

Por otro lado, la crisis religiosa correlacionó positivamente de manera significativa con la trascendencia ($r = 0.368$, $p < 0.001$), la ideación suicida ($r = 0.210$, $p < 0.001$) y el riesgo suicida ($r = 0.307$, $p < 0.001$). Asimismo, la trascendencia correlacionó positivamente con el riesgo suicida ($r =$

0.162, $p < 0.001$). Finalmente, se observó una fuerte correlación positiva entre la ideación y el riesgo suicidas ($r = 0.768$, $p < 0.001$).

Así pues, estos hallazgos sugieren relaciones clave entre estas dimensiones, indicando que la crisis religiosa y la trascendencia están vinculadas tanto a ideación suicida como a riesgo suicida.

Tabla 17
Correlación entre las escalas de espiritualidad, religiosidad, crisis religiosa, ideación suicida y Riesgo Suicida

Rho de Spearman	Religiosidad	Crisis Religiosa	Trascendencia	Ideación Suicida	Riesgo Suicida
Religiosidad	1,000	-0,404**	-0,597**	-0,081	0,124*
Crisis religiosa	-0,404**	1,000	0,368**	0,210**	0,307*
Trascendencia	-0,597**	0,368**	1,000	0,114	0,162*
Ideación Suicida	-0,081	0,210**	0,114	1,000	0,768*
Riesgo Suicida	-0,124*	0,307**	0,162**	0,768**	1,000

Nota.**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota.*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Regresión

Por último, en función del cuarto objetivo específico, se exploraron los factores de riesgo asociados con la ideación suicida, incluyendo variables psicológicas, sociales y demográficas. Los resultados se detallan en la tabla respectiva, permitiendo identificar los factores más relevantes que podrían incidir en la aparición o intensidad de la ideación suicida en la muestra estudiada. Siguiendo las recomendaciones de la literatura, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, con riesgo suicida como variable

dependiente, y las dimensiones de religiosidad, crisis religiosa y trascendencia como variables independientes. Los resultados, presentados en la Tabla 18, indican que el modelo general es adecuado para predecir el riesgo suicida.

Entre las variables predictoras, la crisis religiosa resultó ser el factor con mayor peso en el modelo, con un coeficiente Beta de 0.335, lo que sugiere una influencia significativa sobre el riesgo suicida ($t = 5.329$, $p < 0.001$). De manera similar, la trascendencia mostró una asociación positiva significativa con el riesgo suicida, con un coeficiente Beta de 0.170 ($t = 2.468$, $p = 0.014$). Aunque la religiosidad también fue incluida en el modelo, su relación con el riesgo suicida no alcanzó el nivel de significancia ($t = 1.794$, $p = 0.074$).

En resumen, los hallazgos destacan que la crisis religiosa y la trascendencia son predictores significativos del riesgo suicida, mientras que la religiosidad mostró una tendencia, pero no alcanzó significancia estadística.

Tabla 18

Matriz de regresión lineal

Modelo	B	estándar	Beta	T	Sig.
1 (Constante)	-5,538	6,943		-,798	,426
Religiosidad	,237	,132	,128	1,794	,074
Crisis Religiosa	1,769	,332	,335	5,329	,000
Trascendencia	,169	,068	,170	2,468	,014

Nota. a. Variable dependiente: Riesgo Suicida

Tal como se presenta en la Tabla 19, la bondad de ajuste del modelo de regresión fue evaluada. El análisis mostró que las variables religiosidad, crisis religiosa y trascendencia explican en conjunto el 13,7% de la varianza en el riesgo suicida, según el valor de R cuadrado. Sin embargo, al observar el R cuadrado ajustado, que corrige por el número de predictores en el

modelo, se observa una varianza explicada ligeramente menor, del 12,8%. El error estándar de la estimación fue de 14,210, lo que sugiere una variabilidad residual que no es explicada por las variables incluidas en el modelo.

Tabla 19

Matriz de bondad de ajuste de regresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,370 ^a	,137	,128	14,210

Nota. a. Predictores: (Constante), Trascendencia, Crisis Religiosa, Religiosidad

En conjunto, estos resultados indican que, si bien las variables de religiosidad, crisis religiosa y trascendencia contribuyen a explicar una porción del riesgo suicida, aún existen factores adicionales que no fueron capturados en este modelo y que podrían influir sobre la variable dependiente.

Síntesis

La muestra estuvo compuesta por 284 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y 69 años ($M = 36$, $SD = 11.11$). En cuanto al género, el 58.5% se identificó como femenino, el 40.1% como masculino, y el 1.4% como otras identidades de género. Respecto a la afiliación religiosa, el grupo mayoritario fue el católico (46.8%), seguido por ateos/agnósticos (25%), evangélicos (12.3%) y otras confesiones religiosas. Los puntajes obtenidos en las distintas escalas revelaron lo siguiente: la media de ideación suicida fue de 3 ($SD = 3$), mientras que el riesgo suicida alcanzó una media de 25 ($SD = 15$). En las dimensiones evaluadas por el ASPIRES, se observaron medias de 21 para religiosidad, 8.0 para crisis religiosa, y 62 para trascendencia. Los factores de riesgo suicida mostraron

puntajes moderados: baja autoestima ($M = 5$), desesperanza ($M = 4$), incapacidad para afrontar emociones ($M = 7$), y soledad y abatimiento ($M = 5$).

A nivel relacional, el análisis de correlaciones de Spearman reveló asociaciones estadísticamente significativas. Se halló una correlación negativa entre religiosidad y crisis religiosa ($r = -0.404$, $p < 0.001$), entre religiosidad y trascendencia ($r = -0.597$, $p < 0.001$), y entre religiosidad y riesgo suicida ($r = -0.124$, $p < 0.05$). A su vez, la crisis religiosa se correlacionó positivamente con la ideación suicida ($r = 0.210$, $p < 0.001$) y con el riesgo suicida ($r = 0.307$, $p < 0.001$). También se observó una fuerte correlación positiva entre ideación suicida y riesgo suicida ($r = 0.768$, $p < 0.001$).

Se realizaron análisis no paramétricos para examinar diferencias en las variables en función de los antecedentes familiares de suicidio y la asistencia a terapia. La prueba de Mann-Whitney mostró diferencias significativas en la dimensión de conectividad ($p < 0.001$) y trascendencia ($p = 0.017$) según antecedentes familiares de suicidio, y en universalidad ($p = 0.007$) según la asistencia a terapia.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las asociaciones entre la ideación suicida, la espiritualidad y los sentimientos religiosos entre jóvenes adultos de Argentina con un rango de edad de 18 a 55 años. Se obtuvieron datos utilizando la Escala de Ideación Suicida (ISO), la escala ASPIRES y un cuestionario sociodemográfico, lo que permitió realizar análisis relacionales entre estas dimensiones y produjo resultados que validan parcialmente lo postulado por la literatura, al tiempo que aportan matices significativos de interés para los campos clínico y académico.

Tanto la Psicología como la Psiquiatría han mostrado una apertura

creciente hacia la consideración de los aspectos religiosos y espirituales. Este giro responde, en respuesta al reconocimiento del valor que posee la cultura en la vida de los pacientes y a la evidencia que indica que la espiritualidad y la religión ejercen un impacto significativo sobre la salud mental, tanto favorable como desfavorable (Weber y Pargament, 2014).

Por un lado, se ha encontrado una relación inversa estimada entre religiosidad y riesgo de suicidio, indicador de que algunas formas de experiencia espiritual pueden servir como factores protectores contra el comportamiento suicida. Esto se alinea con las contribuciones de Koenig et al. (2001), el argumento de que la afiliación religiosa (dentro de contextos específicos) está inversamente relacionada con las tasas de intentos de suicidio.

Ciertamente, la religión, que puede entenderse como un sistema formal de valores y prácticas relacionadas con la identidad, puede proporcionar no solo contención simbólica sino también una red de apoyo comunitario, ayudando a la integración social y a la resolución de conflictos existenciales (Durkheim, 2003; Lawrence et al., 2016).

Se ha sugerido que esta función protectora podría extenderse desde el sentido de pertenencia, vida significativa y coherencia interna que la religiosidad puede ofrecer, todos los cuales son importantes factores protectores, no solo para los pensamientos suicidas, sino también para el suicidio (Ellison et al., 1997).

Sin embargo, la investigación también encontró una correlación positiva entre lo que se llama crisis religiosa —conflicto interno o incluso cuestionamiento alrededor de las creencias— y el riesgo de ideación y suicidio. En esta misma línea de investigación, también se han documentado efectos adversos vinculados a la experiencia religiosa, particularmente cuando ésta contribuye a reforzar o intensificar sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza o incluso ideación suicida

(Williams, 2021). De igual modo, se ha señalado que la interacción entre la religión y determinados trastornos psiquiátricos puede agravar el curso clínico de los mismos. En tales situaciones, la fe, lejos de constituir un recurso de alivio, puede amplificar el sufrimiento o convertirse en un factor desencadenante (Pastwa-Wojciechowska et al., 2021).

En esta línea de pensamiento, se ha evidenciado que variables como la ausencia de esperanza o la carencia de un propósito vital constituyen factores estrechamente vinculados con la aparición de conductas suicidas. Asimismo, se reconoce que estas experiencias se encuentran profundamente condicionadas por la trayectoria personal de cada individuo, así como por el contexto cultural y las creencias religiosas que orientan su vida (Morales y Hernandez, 2023).

Este descubrimiento es importante, porque afirma no que sea la religiosidad en sí misma la que protege o que uno se vuelva vulnerable, sino más bien cómo se entiende experiencialmente la religiosidad. Como recomiendan Zhao et al. (2012), en situaciones donde las doctrinas religiosas son inflexibles o muy prescriptivas, las personas que atraviesan una crisis podrían tener un sentido muy agudo de culpa, vergüenza o aislamiento, lo que puede intensificar los sentimientos de desesperanza y aumentar el riesgo de suicidio. En estos casos, la religiosidad es un espacio contencioso, no una fuente de resiliencia.

Resulta interesante el planteo de Kirkpatrick (2005), quien señaló que la manera en que las personas se relacionan con las figuras espirituales puede estar, en parte, influida por experiencias tempranas de la vida. En este sentido, se ha destacado el riesgo que conlleva mantener una relación marcada por la ansiedad o la inseguridad hacia Dios, dado que al no percibirse como un verdadero sostén, este vínculo deja a la persona más vulnerable frente a situaciones de amenaza o incertidumbre. Una conexión espiritual vivida desde la inseguridad no logra ofrecer una adecuada

regulación emocional, lo que puede favorecer la intensificación de enfermedades vinculadas al estrés y acelerar el desgaste de los sistemas fisiológicos. De acuerdo con la evidencia empírica, una vivencia religiosa acompañada de ansiedad se asocia negativamente con la religiosidad y la satisfacción con la vida (Pahlevan et al., 2021), y se relaciona de manera directa con el neuroticismo y el afecto negativo (Rowatt y Kirkpatrick, 2002).

Por su parte, la espiritualidad —especialmente en sus dimensiones trascendentes y universales— mostró una asociación diferencial con variables clínicas y familiares. En quienes cuentan con antecedentes familiares de suicidio, se observaron niveles más bajos de conectividad y trascendencia, lo que sugiere una menor capacidad de la pérdida para generar significados protectores y vínculos con algo superior. En este sentido, la espiritualidad podría desempeñar un papel moderador, atenuando el impacto que ejercen los antecedentes familiares sobre el riesgo suicida. La relación con Dios puede incidir, por lo tanto, en distintas dimensiones del afrontamiento del estrés, como la exposición, la reactividad, la recuperación y la restauración (Jordan et al., 2021). Así, la ausencia de este recurso simbólico y emocional limitaría su función reguladora, aumentando la vulnerabilidad frente a conductas suicidas. En este contexto, investigaciones previas han indicado que los intentos de suicidio en los padres aumentan casi cinco veces la probabilidad de que la descendencia también los presente (Brent et al., 2015).

De manera más general, se ha descrito que la historia familiar de suicidio o intento de suicidio se vincula con mayor frecuencia a la aparición de conductas suicidas (Ursul et al., 2022; Hernández Bello et al., 2020; Santos et al., 2017). Algunos estudios explican esta vinculación debido a que la población con antecedentes familiar con suicidio, tendrían mayores niveles de estrés psicosocial y un grado de tendencia hacia la

depresión (Tabares y Peralta, 2021; Gómez et al., 2019, 2020; Mortier et al., 2018)

Por otro lado, la introspección entre los participantes que asistían a psicoterapia demostró mayores tasas de universalidad, una sugerencia de mayor apertura hacia la noción de integrar la experiencia y tal procesamiento simbólico del sufrimiento en relación unos con otros. Así que, en este sentido, el trabajo de la terapia podría ser un mediador que permita la resignificación de la espiritualidad como fuente de significado, algo ya notado por Simkin (2016) y Piedmont (2012).

Se propone que la terapia no solo ayuda clínicamente, sino que también abre la posibilidad de trabajar la espiritualidad como recurso de sentido. Esto la convierte en un factor mediador y protector frente al sufrimiento psíquico y al riesgo suicida. A partir de esta perspectiva, en individuos con antecedentes de conductas suicidas o episodios depresivos, se ha observado que las intervenciones orientadas a promover la esperanza, fortalecer el sentido vital, favorecer la proyección futura y consolidar procesos de integración personal han resultado eficaces en la reducción de la sintomatología asociada al comportamiento suicida (Morales y Hernandez, 2023).

Manteniendo la misma lógica que el análisis anterior, las diferentes modalidades de terapia han demostrado ser altamente efectivas para tratar tanto la conducta suicida como la vulnerabilidad asociada, incluso al considerar la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Este abordaje se caracteriza por apoyarse en diversas estrategias clave, tales como el trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, la psicoeducación, la organización estructurada del proceso terapéutico, la participación de la familia, la regulación emocional, el fortalecimiento de las habilidades para resolver problemas, la reducción de la desesperanza y la elaboración de planes de seguridad que incluyan acciones preventivas frente a posibles recaídas

(Sosa et al., 2023).

Otra observación pertinente es la fuerte correlación entre la ideación suicida y el riesgo de suicidio. Como destacado por Beck et al. (1979) y Pérez (1999), la ideación suicida es el primer paso en el continuo del comportamiento suicida, y una advertencia importante que debe considerarse clínicamente. Esta robusta asociación crea un imperativo añadido para la prevención temprana de manera que no tenga que esperar hasta que se estén intentando intervenciones, y la inclusión de la espiritualidad como una variable significativa en la comprensión del sufrimiento.

Desde una perspectiva integradora, los hallazgos acumulan evidencia para la crítica al modelo biologicista reduccionista del suicidio planteada por autores como Pérez-Álvarez (2011) y Deacon (2013). Estos hallazgos apuntan a la necesidad de examinar las dimensiones subjetivas, relacionales, simbólicas y espirituales del comportamiento suicida en lugar de centrarse exclusivamente en diagnósticos psicopatológicos. De esta manera, la espiritualidad aparece no como un accesorio sino como un punto clave en el contexto del sufrimiento, la esperanza y el sentido de la vida.

Así pues, algunos enfoques de atención dirigidos a personas que atraviesan sufrimiento psíquico o presentan trastornos mentales se desarrollan desde perspectivas distintas a las tradicionales, en particular al modelo biomédico, incorporando influencias de la medicina oriental. No obstante, el suicidio constituye un fenómeno de gran complejidad, en tanto su comprensión se encuentra atravesada históricamente por factores de carácter social. En consecuencia, se torna indispensable examinar e integrar múltiples dimensiones, entre ellas la espiritual, que permitan generar estrategias más amplias y efectivas para la protección de la vida y el acompañamiento de quienes enfrentan estas problemáticas (Morales & Hernandez, 2023).

Finalmente, cabe mencionar que los resultados fueron mixtos en la literatura y, como se muestra en este estudio, la experiencia religiosa puede ser de apoyo pero también una fuente de sufrimiento. Esta ambivalencia obliga a los profesionales de la salud mental a integrar una perspectiva estratificada y neutral de estos componentes, evitando una idealización ingenua así como percepciones patológicas sobre las experiencias religiosas.

Aportes a la Psicología

La presente investigación contribuye al campo de la Psicología al evidenciar la relación entre la dimensión espiritual y religiosa con la ideación suicida, un aspecto que aún se encuentra en desarrollo dentro de la literatura nacional e internacional. Los hallazgos permiten enriquecer la comprensión teórica sobre cómo los recursos simbólicos, culturales y de sentido pueden funcionar como factores protectores o, en ciertos casos, como posibles vulnerabilidades en la salud mental. De esta manera, se fortalece la discusión científica sobre la importancia de considerar variables no únicamente biomédicas, sino también psicosociales y espirituales en la explicación de la conducta suicida.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio aporta al campo al integrar el análisis de variables psicológicas y espirituales en una misma línea de investigación, utilizando instrumentos estandarizados que facilitan la comparación con otras poblaciones. Esta integración ofrece un marco de referencia útil para futuras investigaciones que busquen replicar o ampliar los resultados, así como también plantea la pertinencia de seguir validando y adaptando escalas que midan espiritualidad y religiosidad en contextos latinoamericanos. Así, el trabajo contribuye a generar un andamiaje metodológico que permita profundizar en la relación entre espiritualidad, cultura y riesgo suicida.

En el plano aplicado, los resultados de esta investigación ofrecen

herramientas relevantes para el diseño de estrategias de prevención e intervención clínica, considerando la espiritualidad y la religiosidad como dimensiones que inciden en la experiencia subjetiva del sufrimiento psíquico. Asimismo, el estudio brinda herramientas para que profesionales de la Psicología puedan abordar el fenómeno del suicidio de manera más integral, reconociendo el peso de las creencias y significados personales en los procesos de afrontamiento. Desde una perspectiva social, se resalta la necesidad de articular los aportes de la Psicología con las redes comunitarias y los recursos culturales disponibles, fortaleciendo así las acciones de promoción de la salud mental y prevención del suicidio en la población.

Limitaciones en el estudio

A pesar de los aportes realizados, esta investigación presenta una serie de limitaciones que deben ser reconocidas y consideradas al momento de interpretar sus resultados. En primer lugar, la muestra utilizada fue de tipo *no probabilística*, lo que limita la posibilidad de poder generalizar los hallazgos a la población general.

Si bien se logró obtener diversidad en cuanto a edades y contextos socioculturales, el criterio de inclusión voluntaria y la recolección de datos en entornos específicos pueden haber introducido sesgos de autoselección.

En segundo lugar, la metodología empleada fue de *tipo transversal*, lo que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. La asociación entre ideación suicida, espiritualidad y sentimientos religiosos debe entenderse como correlacional, lo cual no permite inferir dirección ni causalidad. Otra limitación relevante es la naturaleza autoinformada de los instrumentos utilizados, que depende de la honestidad y autorreflexión de los participantes. Esto puede estar influido por factores como el deseo de responder socialmente de manera aceptada, especialmente en dimensiones sensibles como la religiosidad o el suicidio.

El sesgo de deseabilidad social puede afectar los instrumentos autoadministrados, particularmente en lo que respecta a temas sensibles como el suicidio y la espiritualidad.

Además, el diseño transversal impide establecer causalidad. Sin embargo, los datos recogidos refuerzan líneas futuras de investigación y destacan la necesidad de continuar aportando perspectivas cualitativas y longitudinales para entender estos vínculos en relación con la complejidad del fenómeno.

Con todo lo mencionado, si bien se incluyó una perspectiva teórica amplia, no se abordaron en profundidad otros factores potencialmente relevantes, como las dimensiones culturales específicas, las experiencias traumáticas previas o las prácticas religiosas concretas que podrían matizar la relación entre las variables. En particular, no se exploraron diferencias entre credos religiosos ni niveles de práctica espiritual específica, lo cual podría enriquecer futuros estudios.

Fortalezas

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en el abordaje integral de variables que tradicionalmente han sido analizadas de manera aislada. La inclusión de espiritualidad, religiosidad e ideación suicida dentro de un mismo marco de investigación permitió una visión más amplia del fenómeno, enriqueciendo la comprensión de las dinámicas psicológicas involucradas.

Asimismo, la utilización de instrumentos validados y el tamaño de la muestra fortalecen la solidez de los resultados, otorgando mayor confiabilidad a los hallazgos y posibilitando su comparación con otros estudios nacionales e internacionales. Este rigor metodológico contribuye a la credibilidad del trabajo y a la posibilidad de generar nuevas investigaciones a partir de sus conclusiones.

Finalmente, otra fortaleza destacable es el aporte contextual, ya que

la investigación se desarrolló en un marco cultural específico, el argentino y latinoamericano, lo que favorece la producción de conocimiento situado. Esto no solo amplía la literatura en torno a la temática, sino que también ofrece insumos relevantes para el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención ajustadas a las particularidades socioculturales de la región.

Líneas Futuras de Investigación

Con base en los hallazgos de la investigación obtenidos, se proponen varias líneas futuras de investigación que pueden contribuir a una perspectiva más profunda y comprensiva sobre la relación entre espiritualidad, religiosidad y suicidio:

Estudios Longitudinales

Sería pertinente aplicar diseños de seguimiento para observar cómo la espiritualidad y los sentimientos religiosos se transforman en relación con la ideación suicida, especialmente en contextos de crisis vital o duelo.

Investigación Cualitativa

Mediante entrevistas o el análisis de narrativas existentes, los investigadores pueden profundizar en la experiencia subjetiva de la espiritualidad y la crisis religiosa, descubriendo matices y complejidades perdidas en métodos cuantitativos que oscurecen el significado personal, la contradicción y la resignificación.

Análisis Transculturales

Dado que la religiosidad está mediada por variables culturales, se fomentan estudios comparativos entre regiones de Argentina o entre países de América Latina para aprender cómo el contexto sociocultural se correlaciona con la experiencia espiritual y su conexión con el comportamiento suicida.

Vínculo entre Espiritualidad, Resiliencia y Estilos de Afrontamiento

Se sugiere investigar más profundamente la manera en que la espiritualidad se asocia con los recursos personales como la resiliencia, el optimismo y los estilos de afrontamiento, y cómo tales variables pueden mediar o moderar el riesgo de suicidio.

Poblaciones Clínicas Específicas

Estas relaciones podrían investigarse más a fondo en individuos con diagnósticos clínicos, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno límite de la personalidad o antecedentes de intentos de suicidio para adaptar mejor los enfoques de intervención basados en perfiles psicopatológicos.

Evaluación de la Eficacia de las Intervenciones Espirituales

Finalmente, sería valioso estudiar la efectividad de las intervenciones que incorporan la dimensión espiritual (por ejemplo, terapias orientadas al significado, espiritualidad no confesional, apoyo pastoral) en la reducción de la ideación suicida.

Estas líneas futuras llevarían a una mayor integración de modelos psicológicos que nos ayudarían a construir un enfoque terapéutico sensible a la dimensión espiritual del ser humano, un elemento todavía subestimado en varias estrategias de la práctica clínica contemporánea.

Basado en los resultados obtenidos, se puede describir un conjunto de recomendaciones enfocadas en fortalecer la prevención del suicidio desde una perspectiva integradora que considere la dimensión espiritual y la dimensión religiosa de los individuos como parte de su experiencia subjetiva.

a) Recomendaciones para la práctica clínica

Integrar la evaluación de la espiritualidad y la religiosidad en la evaluación clínica general. Esto permitirá la identificación tanto de recursos protectores como de potenciales fuentes de disonancia interna (por

ejemplo, crisis religiosa) que puedan asociarse con la ideación suicida.

La espiritualidad perdida de EE. UU. no es solo este retiro reduccionista de la verdad espiritual o del evangelio. En lugar de ver estas dimensiones como signos de que la persona está siendo irracional o protectora, considérelas como posibles aspectos de significado y herramientas para enfrentar el sufrimiento.

Establecer espacios para la resignificación simbólica en los procesos terapéuticos, especialmente cuando surgen el sufrimiento espiritual o existencial como una dimensión relevante del sufrimiento subjetivo. Involucrarse con cualquier líder espiritual o religioso que el paciente desee, enfatizando una perspectiva interprofesional y reverente de su sistema de creencias.

b) Sugerencias para actuar en la comunidad

Desarrollar iniciativas de prevención del suicidio culturalmente sensibles que acomoden y aprecien las prácticas religiosas y espirituales presentes en la comunidad en lugar del enfoque homogéneo que descuida la diversidad simbólica.

Fortalecer los sistemas de contención comunitaria, donde las comunidades basadas en la fe participen en la detección temprana de señales de advertencia y en el acompañamiento de aquellos en riesgo. Capacitar a agentes comunitarios y religiosos en Primeros Auxilios Psicosociales (PAP), especialmente cuando se trate de sufrimiento emocional y espiritual, y su referencia adecuada a profesionales de salud mental.

c) *Recomendaciones para el campo de la educación*

Enseñar contenido contundente sobre salud mental, espiritualidad y prevención del suicidio a los profesionales de la salud, psicología y educación para fomentar una comprensión holística de la persona humana.

Fomentar el desarrollo de la Inteligencia Espiritual en entornos

educativos, como una habilidad para dar significado, propósito y conexiones consigo mismo, con los demás y con el mundo que puede actuar como un factor protector contra el dolor emocional.

Fomentar espacios para la escucha y el diálogo, donde los jóvenes puedan hablar abiertamente sobre sus creencias, las dudas existenciales y crisis de significado que están experimentando, sin miedo a juicio, patologización o silencio.

Una perspectiva integradora, respetuosa y bien contextualizada permitirá avanzar hacia prácticas más humanas y efectivas en la prevención del suicidio

Conclusión

Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la ideación suicida y los sentimientos de espiritualidad y religiosidad en jóvenes y adultos de Argentina. Según el análisis de 284 casos, se encontró que tanto la religiosidad como algunos aspectos de la espiritualidad pueden ser relevantes en la formación del riesgo de suicidio, actuando como factores protectores o como factores que, bajo ciertas condiciones, pueden contribuir al empeoramiento de la condición psicológica de los pacientes.

Los resultados mostraron que la religiosidad estaba negativamente relacionada con el riesgo de suicidio, lo que significa que en algunos contextos podría actuar como una fuente de significado y apoyo social y simbólico. Pero también se notó que una asociación positiva entre crisis religiosa e ideación y riesgo de suicidio refuerza la suposición de que no es solo pertenecer a una religión lo que actúa como factor protector, sino la calidad de la experiencia subjetiva e integración de esta psíquicamente.

Mientras que algunos aspectos de la espiritualidad, por ejemplo, la trascendencia y la universalidad, se correlacionaron significativamente con variables clínicas y contextuales, resaltando su importancia como ayudas simbólicas para enfrentar la adversidad.

Estos resultados se suman a la literatura existente al mostrar que el suicidio no es un fenómeno unidimensional y no puede reducirse únicamente a variables psicopatológicas. Al contrario, está lejos de ser simple y es un fenómeno multidimensional afectado por elementos existenciales, religiosos, culturales y relacionales que deben ser atendidos en cada investigación e intervención terapéutica.

Además, esta investigación no debe malinterpretarse como un apoyo a la patologización automática de la espiritualidad o la idealización del constructo como un recurso universalmente protector. Su efecto sobre la salud mental depende del contexto, la historia de vida previa y la capacidad de la persona para manipular simbólicamente sus creencias, valores y lazos con lo trascendental.

Referencias

- Abdollahi, A., & Abu Talib, M. (2015). Spirituality moderates hopelessness, depression, and suicidal behavior among Malaysian adolescents. *Journal of Religion and Health*, 56(3), 784–795.
<https://doi.org/10.1007/s10943-015-0040-0>
- Ahmed, S. K. (2024). *How to choose a sampling technique and determine sample size for research: A simplified guide for researchers*. *Oral Oncology Reports*, 12, 100662.
<https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100662>
- Allaoui, N., & Deví, J. (2025). La soledad como factor de riesgo del suicidio en personas mayores de 60 años: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 32(2), 100530.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2025.100530>
- Baca-García, E., Parra, C.P., Pérez-Rodríguez, M.M., Díaz Sastre, C., Reyes Torres, R., Saiz-Ruiz, J. & de León, J. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress & Health*, 23(3), 191-198.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.1137>
- Baetz, M., Bowen, R., Jones, G., & Koru-Sengul, T. (2006). How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 654-661. <https://doi.org/10.1177/070674370605101005>
- Baker, A. E., Galván, A., & Fuligni, A. J. (2025). The connecting brain in context: How adolescent plasticity supports learning and development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 71, 101486.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929324001476>
- Baños-Chaparro, J. (2024). ¿Por qué el suicidio es un problema social? *MediSur*, 22(1), 205–209.

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. *International Journal of Psychological Research, 1*(2), 53-63. <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
- Benavides-Mora, V., Villota-Melo, N. & Villalobos-Galvis, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24*(3), 181-19. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Berne, E. (1958). Transactional analysis: A new and effective method of group therapy. *American Journal of Psychotherapy, 12*(4), 735–743. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1958.12.4.735>
- Berne, E. (2025). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Echo Point+ ORM.
- Braam, A. W., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J. H., & Van Tilburg, W. (1997). Religious involvement and depression in older Dutch citizens. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*, 284-291. <https://doi.org/10.1007/BF00789041>
- Braam, A. W., Hein, E., Deeg, D. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., & Van Tilburg, W. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health, 16*(4), 467-489. <https://doi.org/10.1177/0898264304265765>
- Brent, D., Melhem, N., & Oquendo, M. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt. *JAMA Psychiatry, 72*(2), 160–168. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>
- Capador, D. N., Gómez, L. S. C., Peña, J. N. O., & Bracho, A. K. S. (2025).

- Factores de riesgo de reincidencia suicida en personas con historial de intentos previos. *Psychologia*, 19(2), 91–108.
<https://doi.org/10.21500/19002386.5680>
- Castillo, A. (2024). El suicidio en las crisis: una perspectiva cultural sobre los malestares y las resemantizaciones (pos)pandémicas. *Pléyade (Santiago)*, 33, 150–180. <https://doi.org/10.4067/S0719-36962024000100150>
- Castro-Rueda, V., Martínez-Villalba, A., Camacho, P. & Rueda-Jaimes, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-715.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a06.pdf>
- Casullo, M. M. (1997). Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina*, 2(4), 33-38. <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545423005.pdf>
- Cirulli F, Borgi M, Berry A, Francia N, Alleva E. Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health. *Ann Ist Super Sanità*. 2011;47(4):363–72.
- Colucci, E., & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229-244.
<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.229>
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 175–185. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0865-6>
- Cook, J. M., Pearson, J. L., Thompson, R., Black, B. S., & Rabins, P. V. (2002). Suicidality in older African Americans: findings from the

- EPOCH study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(4), 437-446. <https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00010>
- Cooper, J., Appleby, L. & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 271-275. <https://doi.org/10.1007/s001270200019>
- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M., Caballero Ávila, R. y Rosales Pérez, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M. y García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000365>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.)*. Sage Publications.
- Cruz, E. D. J. R., & Reyes, D. L. (2022). Significaciones del proceso suicida: un abordaje crítico desde la suicidología. *Revista SOMEPSO*, 7(2), 253–285.
- de Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 51-59. <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00008>
- Delgado, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing science quarterly*, 18(2), 157-162. <https://doi.org/10.1177/0894318405274828>
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., &

- Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American journal of psychiatry*, 161(12), 2303-2308.
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., & Koenig, H. G. (2008). Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: A review. *Child psychiatry and human development*, 39, 381-398. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0093-2>
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton-Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 213–222. <https://doi.org/10.1037/a0014465>
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- Durkheim, É. (2003). *El suicidio* (7ª ed.). Coyoacán: Editorial Coyoacán.
- Durkheim, É. (2008). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Echavarría Villa, K. A., & Uribe Lemus, A. C. (2019). Ideación suicida en adolescentes: Un estado de arte desde la teoría cognitivo-conductual (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).
- Ellison, C. G., Burr, J. A., & McCall, P. L. (1997). Religious homogeneity and metropolitan suicide rates. *Social forces*, 76(1), 273-299. <https://doi.org/10.1093/sf/76.1.273>
- Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of professional nursing*, 8(1), 41-47. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(92\)90116-G](https://doi.org/10.1016/8755-7223(92)90116-G)
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 389-399. <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.33.4.389.25231>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). *Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del*

impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de Argentina.

Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

<https://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*, 24(8), 957-979. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>

Friedmann E, Thomas SA, Son H. Pets, depression and long term survival in community living patients following myocardial infarction. *Anthrozoos*. 2011;24(3):273–85.

Gallego Villardón, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia* (Vol. 4). Universidad de Deusto.

Gallup, G.H., (2003). *Americans' spiritual search turns inward*. <https://www.gallup.com/poll/7759/Americans-SpiritualSearches-Turn-Inward.aspx>.

García, J. E. & V. Peralta (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25, (3), 87-96. <https://europepmc.org/article/med/12861247>

García-Haro, J., García-Pascual, H., Blanco de Tena-Dávila, E., Aranguren Rico, P., Martínez Sallent, M., Barrio-Martínez, S., & Sánchez Pérez, M. T. (2023). Suicide beyond diagnosis: A person-centered and contextual approach. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 47–71.

Garrouette, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. M., & Ai-Superpfp Team. Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social science & medicine*, 56(7), 1571-1579. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00157-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00157-0)

- Gómez, A. S., Núñez, C., Agudelo, M. P., & Grisales, A. M. (2020). Suicide risk and ideation and their relationship with impulsivity and depression in school adolescents. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 54(1), 147–163. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- Gómez, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo, M. P., & Grisales, A. M. (2019). Psychological predictors of suicide risk in university students. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3), 391–413. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/predictores-psicologicos-del-riesgo-suicida-enestudiantes-universitarios/>
- Gonzalez -Macip, S. (1998). *La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil*. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.
- Gould, M., Shaffer, D., Fisher, P. & Garfinkel, R. (1998): Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 37,155-162. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709638752>
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescent's perceived risk for suicide. *Suicide and life-threatening behaviour*, 32(4), 404-417. <https://doi.org/10.1521/suli.32.4.404.22333>
- Guibert, R. W. (2002). Enfrentamiento especializado del paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (18) 2, 143-148. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21252002000200008&script=sci_arttext&tlng=en
- Guirao-Goris, J. A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la

- concepción holística de salud. *Revista Ene de Enfermería*, 7(1),1-9.
https://www.academia.edu/download/59772590/252-907-1-PB_220190617-12982-11yyz15.pdf
- Hatala, A. R. (2011). Resilience and healing amidst depressive experiences: An emerging four-factor model from emic/etic perspectives. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13(1), 27-51.
<https://doi.org/10.1080/19349637.2011.547135>
- Heredia, S. P. S., Cauja, G. E. D., Barriga, V. H. M., Campoverde, E. L. V., & Espinoza, A. S. M. (2024). Durkheim's "suicide". *Sinergia Académica*, 7(Especial 7), 591–600.
- Hernández Bello, L., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J. L., & Cogollo- Milanés, Z. (2020). Prevalence and factors associated with suicidal ideation and attempts in adolescents: Systematic review. *Revista Española de Salud Pública*, 94(19), 1–15.
<http://hdl.handle.net/10481/63924>
- Hernández-Bello, L. S., Pio De La Hoz Restrepo, F., & Cogollo-Milanés, Z. (2024). Social determinants of health: Alternative explanatory proposal to the biomedical approach of suicidal behavior. *Revista de Salud Pública*, 26(1).
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (3.a ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Herrera, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext
- Hjelmeland, H.M. & Knizek, B.L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481-492.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2017.133290>

5

- Ho, T. C., Gifuni, A. J., y Gotlib, I. H. (2021). Psychobiological risk factors for suicidal thoughts and behaviors in adolescence: A consideration of the role of puberty. Springer Nature
- Hoare, E., Milton, K., Foster, C., & Allender, S. (2016). The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 13(1), 108.
- Hovey, J. D. (1999). Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychological reports*, 85(1), 171-177.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1999.85.1.171>
- Hughes, J. W., Tomlinson, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J., Sketch Jr, M. H., & Watkins, L. L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioural Medicine*, 28(3), 179-185.
https://doi.org/10.1207/s15324796abm2803_6
- i Canals, J. C. (2010). Espiritualidad y suicidio en adolescencia y juventud ¿factor protector o factor de riesgo?: Apuntes del II Congreso de CODAJIC. Lima 2010. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 27(4), 290-292.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/156>
- Jongkind, M., van den Brink, B., Schaap-Jonker, H., van der Velde, N., & Braam, A. W. (2019). Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicide ideation in depressed, religiously affiliated patients. *Suicide & Life- Threatening Behavior*, 49(2), 505–519.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12456>
- Jordan, D., Niehus, L., & Feinstein, M. (2021). Insecure attachment to God and interpersonal conflict. *Religions*, 12(9), 1–12.

<https://doi.org/10.3390/rel12090739>

- Kerman, B. (Comp.). (2015). *Nuevas Ciencias de la Conducta. Las herramientas del cambio*. Ed. Universidad de Flores.
- Kerman, B.S. (2007), *Nuevas ciencias de la conducta, Aplicaciones para el tercer milenio (3ra. ed.)*.604 pp. Editorial Universidad de Flores.
- Kirkpatrick, L. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. Guilford Press.
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and social psychology bulletin*, 24(9), 961-973. <https://doi.org/10.1177/0146167298249004>
- Koenig, H.G., McCullough, M., & Larson, D.B., (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford University Press, New York.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(1), 47-67. <https://doi.org/10.1080/19349637.2012.744620>
- Labun, E. (1988). Spiritual care: An element in nursing care planning. *Journal of Advanced Nursing*, 13(3), 314-320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01424.x>
- Lamis, D. A., Ellis, J. B., Chumney, F. L., & Dula, C. S. (2009). Reasons for living and alcohol use among college students. *Death Studies*, 33(3), 277- 286. <https://doi.org/10.1080/07481180802672017>
- Lawrence, R.E, Oquendo, M.A, y Stanley, B. (2016). Religión y riesgo de suicidio: una revisión sistemática. *Archives of Suicide Research*, 20 (1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Li, W., et al. (2021). Association among emotional and behavioural problems, sexual minority status and suicidal behaviours in adolescents: a cross-sectional study from Guangdong Province in

- China. *BMJ Open*, 11(11), e051052.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051052>
- Loewenthal, K. M., MacLeod, A. K., Cook, S., Lee, M., & Goldblatt, V. (2003). The suicide beliefs of Jews and Protestants in the UK: How do they differ?. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40(3), 174-181.
https://pure.royalholloway.ac.uk/files/4124949/israel_J_Psychiatry_-_suicide.pdf
- López-Castromán, J., Baca-García, E., & Courtet, P. (2020). Biological vulnerability to suicidal behavior. *Molecular Psychiatry*, 25(9), 2594–2612.<https://doi.org/10.1038/s41380-020-0669-2>
- Makwana, D., Engineer, P., Dabhi, A. L., & Chudasama, H. (2023). Sampling methods in research: A review. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*, 7(3), 762–768.
- Martínez Mena, M. M., & Huaraca Urquiza, M. C. (2024). Factores de riesgo en la ideación suicida estudiantes adolescentes (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba).
- Massa, J. L. P. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública. *Revista española de salud pública*, (94), 23.
- Mayordomo, L. (2019). Más del 90% de los suicidios en menores de edad se deben a un trastorno mental. *El Comercio*.
<https://www.elcomercio.es/>
- McLaren, S. (2011). Age, gender, and reasons for living among Australian adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 650-660.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00061.x>
- Mérida-López, S., Quintana-Orts, C., Gómez-Hombrados, J., & Extremera, N. (2025). Emotionally intelligent behaviors of teachers and their role in the relationship between cybervictimization and suicide risk

- factors in adolescents. *Revista de Psicodidáctica*, 30(1), 500157.
- Michael, S. L., Lowry, R., Merlo, C., Cooper, A. C., Hyde, E. T., & McKeon, R. (2020). Physical activity, sedentary, and dietary behaviors associated with indicators of mental health and suicide risk. *Preventive medicine reports*, 19, 101153.
- Mofidi, M., Devellis, R. F., Blazer, D. G., Devellis, B. M., Panter, A. T., & Jordan, J. M. (2006). Spirituality and depressive symptoms in a racially diverse US sample of community-dwelling adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(12), 975-977.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243825.14449.de>
- Morales, D. R. Z., & Hernández, O. J. G. (2023). Salud mental y espiritualidad: abordaje de enfermería desde la recuperación de personas con conducta suicida. *CES Enfermería*, 4(2), 42-50
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine*, 63(4), 843-845.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.001>
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 242-250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323. [https://doi.org/10.1016/S1566-2772\(01\)00032-9](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00032-9)
- Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S. (2021). The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Frontiers in Psychology*.

- Muldoon AL, Kuhns LM, Supple J, Jacobson KC, Garofalo R. A Web-Based Study of Dog Ownership and Depression Among People Living With HIV. *JMIR Mental Health* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Jun 16];4(4). Available from: /pmc/articles/PMC5700404/
- Murugesan, S. K., y Vanamali, S. (2025). Negative peer pressure and emotional well-being among Indian youth: A systematic review. Thiagarajar College of Preceptors Edu Spectra
- Navarrete Betancort, E.M., Herrera Rodríguez, J. & León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0193.pdf>
- Navarro, D., Marín-Mayor, M., Gasparyan, A., García-Gutiérrez, M., Rubio, G., & Manzanares, J. (2023). Molecular changes associated with suicide. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(23).<https://doi.org/10.3390/ijms242316726>
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1990). Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(4), 204-210.
<https://doi.org/10.1136/jech.53.4.204>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La Atención Primaria de la Salud. Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra. OMS.
http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
- Pahlevan, S., Amiri, M., Allen, K. A., Sharif, H., Khoshnavay, F., Hatef-Matbue, Y., Goudarzian, A., Arefi, S., Yaghoobzadeh, A., & Waheed, H. (2021). Attachment: The mediating role of hope, religiosity, and life satisfaction in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-021->

[01695-y](#)

- Pastwa-Wojciechowska, B., Grzegorzewska, I., & Wojciechowska, M. (2021). The role of religious values and beliefs in shaping mental health and disorders. *Religions*, *12*(10), 1–18. <https://doi.org/10.3390/rel12100840>
- Pena, J. B., Matthieu, M. M., Zayas, L. H., Masyn, K. E., & Caine, E. D. (2012) Co-occurring risk behaviors among White, Black, and Hispanic US high school adolescents with suicide attempts requiring medical attention, 1999– 2007: Implications for future prevention initiatives. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*, 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00127-010- 0322-z>
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, *15*(2), 196-217. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Pérez, A. (2008). *Factores de riesgo suicida en la adolescencia*. Psicología- online.com. Recuperado el 20 de junio de 2024, de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>
- Pérez, B. S. A. (2004). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?*. Psicología- online.com. Recuperado el 19 de mayo de 2024, de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza.
- Pickard, J. G., & Nelson-Becker, H. (2011). Attachment and spiritual coping: Theory and practice with older adults. *Journal of spirituality in mental health*, *13*(2), 138-155. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.565239>
- Piedmont, R.L. (2012). Overview and Development of Measure of Numinous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious

- Sentiments (ASPIRES) Scale. In L.J. Miller (Ed.). *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (pp. 104–122). Oxford: Oxford University Press.
- Piedmont, R.L. (2014) Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. En: Michalos A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_119
- Polheber JP, Matchock RL. The presence of a dog attenuates cortisol and heart rate in the Trier Social Stress Test compared to human friends. *J Behav Med*. 2014;37(5):860–7.
- Principe, W. (1983). Toward defining spirituality. *Studies in religion/sciences religieuses*, 12(2), 127-141.
<https://doi.org/10.1177/000842988301200201>
- Raison, C. (2012). *Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio*. Expansión. <https://mexico.cnn.com/salud/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-a-pensar-en-el-suicidio>.
- Reinecke, M., y L. Franklin-Scott (2005). Assessment of suicide: Beck's scales for assessing mood and suicidality. En J. Wiley, y A. Sons (Eds.). *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behaviour*. EE.UU.: New Jersey. 29-61.
- Richardson-Vejlgaard, R., Sher, L., Oquendo, M. A., Lizardi, D., & Stanley, B. (2009). Moral objections to suicide and suicidal ideation among mood disordered Whites, Blacks, and Hispanics. *Journal of psychiatric research*, 43(4), 360-365.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.008>
- Rodríguez Pulido, F., Glez. de Rivera & Revuelta, J., Gracia Marco, R. & Montes de Oca Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.
https://www.psicoter.es/arts/90_A077_12.pdf

- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Romero Batista, I. O., & Beato Santos, L. A. (2024). Conductas autolesivas y suicidas en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas que asisten al Centro de Atención Integral para Niños, Niñas y Adolescentes en Consumo de Sustancias Psicoactivas (CAINNACSP), en el periodo de abril-agosto 2024, Santo Domingo, DN (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
- Rowatt, W., & Kirkpatrick, L. A. (2002). Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 637–651. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00143>
- Santos, H., Marcon, S., Espinosa, M., Baptista, M., & Paulo, P. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2878.
- Simkin H. (2017). La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 2(2), 169-204. <https://doi.org/10.32351/rca.v2.2.33>
- Simkin, H. (2013). Adaptación y validación de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES) en el contexto argentino. In N. Cervone (Ed.), *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología (pp. 265–266). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Simkin, H. (2016). *Espiritualidad, Religiosidad y Bienestar Subjetivo y Psicológico en el marco del Modelo y la teoría de los Cinco Factores de la Personalidad*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires. <https://doi.org/10.35537/10915/52984>

- Simkin, H. (2017). Adaptación al español de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): la trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica*, 16(2).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.aeee>
- Simkin, H., & Piedmont, R.L. (2018). Adaptation and Validation of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) scale short form into Spanish. *Latinoamerican Journal of Positive Psychology*, 4(1).
https://www.academia.edu/download/60603388/Piedmont_Simkin20190915-53182-pbpv4u.pdf
- Smith, T. B., Bartz, J., & Scott Richards, P. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy research*, 17(6), 643-655.
<https://doi.org/10.1080/10503300701250347>
- Sosa, V. A. C., Aldana, L. C., Navarro, D. L. L., & Zavala, H. A. (2023). Revisión sistemática sobre el comportamiento suicida y la terapia cognitivo-conductual (TCC). *Jóvenes en la Ciencia*, 21, 1–10.
- Stack, S. (2021). Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*, 152, 106498.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106498>
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26, 168-170.
<https://doi.org/10.1007/BF00795209>
- Tabares, A. S. G., & Peralta, Y. B. M. (2021). Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 469–493.
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en

mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro- psiquiatría*, 49(4), 347-360.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>

Tecco, J. M., Gerard, N., Llano Lopez, R., & Badr, D. A. (2022). Running to Prevent Depression; Maximal Aerobic Speed for Adolescents in the South of Belgium. Comparison With Their Parents' Generation and the Impact on Their Physical and Mental Health. *Psychiatria Danubina*, 34(Suppl 8), 18-24.

Teo, D. C. L., Duchonova, K., Kariman, S., & Ng, J. (2021). Religion, spirituality, belief systems and suicide. En C. A. Alfonso, P. S. Chandra & T. G. Schulze (Eds.), *Suicide by self-immolation: Biopsychosocial and transcultural aspects* (pp. 183–200). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-3-030-62613-6_119

Tovilla, C. & Genis, A. (2012). Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal Of Psychological Research*, (1), 52-58.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974503>

Ursul, A., Herrera Guerra, E., & Galván Patrignani, G. (2022). Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados. *Psicogente*, 25(48), 63–83.

Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 287-294.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>

Williams, T. (2021). *The relationship among guilt and shame, and religion for women victims of domestic violence* (Unpublished doctoral

dissertation). Liberty University.

<https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/2904/>

Anexo

Consentimie **nto** **Informado:**

Estás invitado/a a participar de forma voluntaria y anónima en un proyecto de tesis doctoral de la Universidad de Flores sobre Ideación Suicida y

Espiritualidad. Tu participación será anónima, sencilla y voluntaria. Los resultados serán utilizados para fines académico-científicos. Para ello deberá completar en su totalidad el formulario que se encuentra a continuación. El mismo consta de 3 secciones, por lo que es importante que al momento de contestar disponga del tiempo necesario para ello. Se estima un tiempo de respuesta total de 10 minutos. Al dar su respuesta deberá marcar la opción que más se ajusta a su respuesta.

Antes de hacerlo lea atentamente las opciones que se le presentan. Desde ya, agradecemos enormemente su cooperación!

Ante cualquier consulta puede contactarse a reyespaola41@gmail.com

Instrumentos

		Quest Religious Orientation Scale Escala de Orientación a la Búsqueda Religiosa (Quest; Gorsuch & Venable, 1983)					
		Las siguientes afirmaciones son concernientes a sus creencias religiosas. Le pedimos que nos indique en qué grado está de acuerdo con cada afirmación, según la siguiente escala: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= Algo en desacuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= Algo de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo					
Preparación	1	No estaba muy interesado en la religión hasta que empecé a preguntarme sobre el sentido de la vida.	1	2	3	4	5
Preparación	2	Me he visto conducido a hacerme preguntas religiosas a partir de las tensiones que hay en mi mundo y en mi relación con el mundo.	1	2	3	4	5
Preparación	3	Dios no era muy importante para mí hasta que comencé a preguntarme sobre el sentido de mi vida.	1	2	3	4	5
Autocrítica	4	Se puede decir que valoro mis dudas e incertidumbres religiosas.	1	2	3	4	5
Autocrítica	5	Para mí, dudar es una parte importante de lo que significa ser religioso.	1	2	3	4	5
Autocrítica	6	Para mi experiencia religiosa, las preguntas son más importantes que las respuestas.	1	2	3	4	5
Apertura	7	Al crecer y cambiar, espero que mi experiencia religiosa también crezca y cambie.	1	2	3	4	5
Apertura	8	Estoy constantemente cuestionándome sobre mis creencias religiosas.	1	2	3	4	5
Apertura	9	Hay muchos temas religiosos en los que mi punto de vista continúa cambiando.	1	2	3	4	5

ASPIRES

Assessment of Spirituality and Religious Sentiments

Cuestionario de Experiencias Religiosas y Espirituales.

Dr. Ralph L. Piedmont

- 1) Fecha de hoy: _____
- 2) Nombre: _____
- 3) Sexo: _____
- 4) Edad: _____
- 5) ¿Tiene alguna religión? Marque lo que corresponda.
 - Sí, tengo una religión → 6) ¿Cuál es su religión? _____
 - No tengo ninguna religión.

Instrucciones: Este cuestionario le preguntará sobre diversas percepciones que usted tiene acerca del mundo y su lugar en él. Conteste cada pregunta en la escala proporcionada marcando la casilla que mejor expresa sus sentimientos (por ejemplo, o). Si no está seguro de su respuesta o cree que la pregunta no es relevante para usted, marque la categoría "Neutral".

Por favor trabaje con rapidez, no invierta mucho tiempo pensando acerca de su respuesta a cada ítem. Por lo general la primera respuesta es la mejor respuesta, así que conteste de acuerdo a su primera reacción a cada ítem.

Sección I

1. ¿Con qué frecuencia lee la Biblia, Torá, Corán o las sagradas escrituras de su religión?

- Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes
 Varias veces al año Casi todas las semanas

2. ¿Con qué frecuencia lee otros textos religiosos además de la Biblia, Torá, Corán o las sagradas escrituras de su religión?

- Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes
 Varias veces al año Casi todas las semanas

3. ¿Con qué frecuencia reza?

- Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes
 Varias veces al año Casi todas las semanas

4. ¿Con qué frecuencia concurre a Misa o a las ceremonias propias de su religión?

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre

5. ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios?

- No la tengo La tengo poco Algo Mucho Muchísimo

6. ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente?

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre

7. ¿Cuán importante son sus creencias religiosas?

- Extremadamente importantes Muy importantes Bastante importantes
 No muy importantes Casi no tienen importancia No son importantes

8. Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella...

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Han aumentado No han cambiado Han disminuido

9. Siento que Dios me está castigando.

- Muy en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Muy de acuerdo

10. Siento que Dios me abandonó.

- Muy en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Muy de acuerdo

11. No me siento integrado dentro de mi grupo religioso.

- Muy en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Muy de acuerdo

12. No quiero incluir a Dios en las decisiones que tomo en mi vida.

Sección II	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Cuando rezo y/o medito no siento una profunda felicidad y plenitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No me siento conectado con un ser o entidad superior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No creo que mi vida esté, en algún sentido, conectada íntimamente a toda la humanidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rezo y/o medito para alcanzar un mayor nivel de espiritualidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creo que todas las formas de vida están interconectadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay un orden en el universo que está por encima del entendimiento humano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La muerte realmente pone fin a la proximidad emocional con otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En la tranquilidad de mis oraciones y/o meditaciones me siento completo, en plenitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. He hecho cosas en mi vida porque creí que le gustaría a mis seres queridos muertos (abuelo, padre, pareja, amigo fallecido).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El recuerdo de mis seres queridos muertos siguen influyendo en mi vida actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La espiritualidad no es el centro de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro fuerza y/o paz interior en mis oraciones y/o meditaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aunque hay personas buenas y malas, creo que en general, la gente es mala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. No me siento fuertemente unido a alguien que haya fallecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Creo que no existe un plano más elevado de espiritualidad que una a todas las personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aunque algunas personas son difíciles, siento una unión muy especial con toda la humanidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mis oraciones y/o meditaciones me ayudan a crecer como persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Rezar y/o meditar no tiene mucho atractivo para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mis oraciones y/o meditaciones me brindan consuelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Siento que en un nivel superior todas las personas tenemos un vínculo en común.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quiero acercarme cada vez más Dios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuando los otros me elogian por mis éxitos mi satisfacción es mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No me importa demasiado lo que mis seres queridos esperan de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PERMISSION AGREEMENT

Dear Ms. Reyes:

In response to your recent request, permission is hereby granted to you, Poly Reyes, to use the *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments* (ASPIRES) scale: long form, Argentinian version in your study entitled, "Relationship between suicidal ideation and spirituality and religious feelings" subject to the following restrictions:

- (1) Any and all materials used will contain the following credit line:
"ASPIRES copyrighted 2003 by Ralph L. Piedmont, Ph.D. Further reproduction is prohibited without permission of the Publisher." This line **must appear** before the initial presentation of the items in the survey
- (2) None of the materials may be sold or used for purposes other than those described above.
- (3) You are permitted to perform 400 administrations of the ASPIRES electronically.
- (4) The licensing fee of \$200.00 US will be waived in consideration of you providing Dr. Piedmont with item level data on the ASPIRES from your study. This information will contain item level responses as well as demographic data that includes gender, age and religious affiliation of your subjects.
- (5) Items will be presented in the same order as they appear in the paper version of the instrument.
- (6) This agreement will expire on February 20, 2022.

Please make two copies of this Permission Agreement. One should be signed and returned to me to indicate your agreement with the above conditions. Keep the other copy for your records.

ACCEPTED AND AGREED:

BY: 
Ralph L. Piedmont, Ph.D.

Date: February 21, 2021

BY: _____

PRINTED NAME: _____

Tabla 5. Escala ISO - 30: estructura factorial

It	F1	F2	F3	F4	F5
1 Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.		.554			
2 Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.			.621		
3 Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.			.522		
4 Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.			.515		
5 Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				-.636	
6 Mientras creía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.		.445			
7 Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.					.701
8 Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.		.493			
9 Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.		.440			
10 Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.	Eliminado por cargas bajas				
11 Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.			.523		
12 Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.		.557			
13 Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.					.401
14 Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.					.409
15 Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	.801				
16 Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.		.400			
17 Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.			.678		
18 Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.		.652			
19 Siento como que no pertenezco a ningún lado.	Eliminado por cargas bajas				
20 Pienso en morirte como una forma de resolver todos mis problemas.	.762				
21 Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.		.424			
22 Siento que tengo control sobre mi vida.					.558
23 Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.		.530			
24 Cuando fracaso, quiero escondirme, desaparecer.		.537			
25 Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirte.	.809				
26 Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				.697	
27 Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.			.558		
28 Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).	Eliminado por cargas bajas				
29 Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.	Eliminado por cargas bajas				
30 Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.	.826				
Varianza total explicada: 45.024% / Varianza explicada %	12.245	10.301	8.578	7.536	6.314
Alpha total: 8698 / Alpha por factor	8820	7436	6695	4396	5020

Preguntas Ad Hoc

Sexo

Hombre

Mujer

Género

Femenino

Masculino

Otro

Edad

Escolaridad

Primaria completa

Secundaria completa

Terciaria completa

Universitaria completa

¿Practicás algún deporte?

Sí

No

¿Tenés pareja?

Sí

No

¿Tuviste un familiar que se haya suicidado?

Sí

No

Asististe alguna vez a terapia

Sí

No

¿Tenés mascota?

Sí

No