Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Ciencias de la Salud

Tesis Monográfica para optar al título de
Médico General

Línea de investigación: Salud y Bienestar
Línea específica de investigación: Psiquiatría

Factores de riesgo de ideación y conducta suicida de la comunidad estudiantil de la Universidad Miguel Obando Bravo, abril a julio 2026

AUTOR(A)
Castillo- Rivera, Tyron Ahmed https://orcid.org/0009-0008-3753-4459
Martínez- Caballero, Gelmin Franciscohttps://orcid.org/0009-0001-9154-7153
Ocón- Ruiz, Napoleón Alejandro https://orcid.org/0009-0006-5539-7270

Managua, Nicaragua
2026

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Facultad de Ciencias de Salud

Tesis Monográfica para optar al título de
Médico General

Línea de investigación: Salud y Bienestar

Línea específica de investigación: Psiquiatría

Factores de riesgo de ideación y conducta suicida de la comunidad estudiantil de Universidad Miguel Obando Bravo, abril a julio 2026

AUTORES

Castillo- Rivera, Tyron Amhed https://orcid.org/0009-0008-3753-4459

Martínez- Caballero, Gelmin Francisco https://orcid.org/0009-0001-9154-7153

Ocón- Ruiz, Napoleón Alejandro https://orcid.org/0009-0006-5539-7270

TUTORA CIENTÍFICO

Dra. Slilmalila Baldovinos Baéz
Especialista en Psiquiatría
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6913-1167

TUTOR METODOLÓGICO

Msc. Kevin Rodriguez Loáisiga
Licenciado en Economía aplicada
Msc en gestión de sistemas educativos
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6322-6494

REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN

REVISOR DE CONTENIDO

Dr. Francisco Hiram Otero Pravia
Decano de FCS-UNICA
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-5520-536X

REVISOR Y CORRECTOR DE ESTILO

Dra. Xochilt Xilónem Urrutia Marín
Coordinadora Área Clínica FCS-UNICA
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9309-4584

Managua, Nicaragua
2026

CARTA AVAL TUTOR

Por medio de la presente, y en mi calidad de tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación titulado:

Factores De Riesgo De Ideación Y Conducta Suicida De La Comunidad Estudiantil De Universidad Miguel Obando Bravo, Abril A Julio 2026

Realizado Castillo Rivera, Tyron Amhed, Martínez Caballero, Gelmin Francisco y Ocón Ruiz, Napoleón Alejandro, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, y constituye su tesis monográfica para optar al título de Médico general.

Y para que así conste, en cumplimiento con la normativa vigente, autorizo a las y los egresados, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la facultad correspondiente, para que pueda ser tramitada su lectura y defensa pública.

Managua, Nicaragua, 28 de julio de 2026.

Atentamente,

Dra. Slilmalila Baldovinos B.
Médico Especialista
Psiquiatría
COD MINSA 33720

Slilmalila Baldovinos Báez
Médico y Cirujano General
Especialidad en Psiquiatría
Código MINSA 33720
Slilmalilabaldovinosbaez@gmail.com

Dedicatoria

Este trabajo de investigación es el resultado de años de esfuerzo, entrega y constante aprendizaje para alcanzar una importante meta académica.

Agradecemos, en primer lugar, a Dios, por brindarnos fortaleza, salud y sabiduría, siendo la guía fundamental que nos permitió culminar este camino con fe y esperanza.

A nuestros padres y familias, por su amor incondicional, sacrificios y apoyo constante. Gracias por creer en nosotros, guiarnos con su ejemplo y motivarnos a perseverar ante cada desafío.

A nuestros docentes, por transmitirnos sus conocimientos y orientar nuestra formación con rigurosidad. Asimismo, a nuestros amigos y compañeros, por su valiosa compañía y aliento durante todo este proceso.

Dedicar este trabajo a la comunidad estudiantil es nuestro mayor propósito. A quienes enfrentan en silencio batallas invisibles: deseamos que esta investigación fomente la empatía, la prevención y una mayor concienciación sobre la salud mental.

Finalmente, nos dedicamos esta tesis a nosotros mismos, por la determinación y resiliencia de no rendirnos. Cerramos este ciclo reafirmando nuestro compromiso con la medicina, convencidos de que el conocimiento cobra su verdadero sentido al ponerse al servicio de la vida y la sociedad.

Agradecimientos

Agradezco, en primer lugar, a Dios, porque me dio la sabiduría necesaria para llegar hasta este momento y me sostuvo en cada circunstancia en la que lo necesité; a mi madre, Katya Ruiz, por cada comida que me preparó para ir al hospital, por cada abrazo, cada beso y cada palabra de aliento, porque sin ella no sería la persona que soy; a mi padre, Napoleón Ocón, porque me enseñó el valor del trabajo y que, con Dios y esfuerzo, todo lo puedo lograr; al Padre Alejandro Flores porque me enseñó que Dios está en el servicio del otro; a cada uno de mis hermanos, Javier, David, Kathya y Alejandra, porque siempre procuraron quitar de mi camino todos los obstáculos que pudieron y son los regalos más grandes que tengo; y a mis amigos Francisco, Tyron y Johnny, porque me han acompañado en cada reto y logro durante mi carrera universitaria, hasta llegar a este momento de culminación.

Napoleón Alejandro Ocón Ruíz

Agradezco profundamente a mis padres por su amor incondicional, su apoyo constante y los valores que me han inculcado a lo largo de mi vida. Gracias por acompañarme en cada etapa de este camino, por confiar en mis capacidades y por motivarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Su esfuerzo, paciencia y dedicación han sido fundamentales para alcanzar esta meta, por lo que este logro también les pertenece.

Tyron Amhed Castillo Rivera

Agradezco a Dios por guiarme a lo largo de este camino, por darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme alcanzar esta importante meta. A mis padres, por su amor, sus sacrificios y el apoyo que me brindaron durante toda mi formación académica y personal. Asimismo, agradezco a cada uno de los doctores que, mediante sus conocimientos, experiencia y vocación de servicio, despertaron en mí el deseo de crecer profesionalmente y me inspiraron a ejercer la medicina con responsabilidad, humanidad y compromiso.

Gelmin Francisco Martínez Caballero

Resumen

Objetivo: La ideación y la conducta suicida representaron un problema relevante de salud y bienestar en la población universitaria. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con su presencia en estudiantes de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Metodología: Se realizó una investigación cuantitativa, descriptivo-analítica, transversal y observacional. La población estuvo conformada por estudiantes matriculados y la muestra incluyó 217 participantes. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, familiar y académico, junto con ASSIST, ACE, SISCO SV-21, GAD-7, PHQ-9 y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los datos se recolectaron mediante un formulario anónimo y se analizaron con estadística descriptiva, pruebas bivariadas y regresión logística binaria. Para la selección de términos se utilizaron los tesauros DeCS y MeSH.

Resultados: Se identificó ideación suicida, definida como BSI ≥ 1, en el 30,4 % de la muestra. Mantuvieron asociación independiente la orientación bisexual, cursar primero o segundo año, pensar en abandonar la universidad, una mayor puntuación ASSIST y una mayor puntuación PHQ-9. La hipótesis de investigación fue respaldada parcialmente.

Conclusiones: Los hallazgos muestran el carácter multifactorial de la ideación suicida y aportan evidencia para fortalecer el tamizaje confidencial, la atención temprana, la prevención del consumo de sustancias, el acompañamiento durante los primeros años y los servicios universitarios inclusivos. Además, orientan investigaciones multicéntricas y longitudinales sobre salud mental estudiantil en Nicaragua.

Palabras clave: Ideación suicida; Estudiantes; Factores de riesgo; Salud mental; Universidades.

Abstract

Objective: Suicidal ideation and behavior represented a relevant health and well-being problem among university students. The study aimed to determine the risk factors associated with their presence among students at Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo.

Methodology: A quantitative, descriptive-analytical, cross-sectional, and observational study was conducted. The population consisted of enrolled students, and the sample included 217 participants. A sociodemographic, family, and academic questionnaire was administered together with the ASSIST, ACE, SISCO SV-21, GAD-7, PHQ-9, and Beck Scale for Suicide Ideation. Data were collected through an anonymous form and analyzed using descriptive statistics, bivariate tests, and binary logistic regression. The DeCS and MeSH thesauri were used for term selection.

Results: Suicidal ideation, defined as BSI ≥ 1, was identified in 30.4% of the sample. Independent associations remained for bisexual orientation, being in the first or second academic year, considering dropping out of university, a higher ASSIST score, and a higher PHQ-9 score. The research hypothesis was partially supported.

Conclusions: The findings show the multifactorial nature of suicidal ideation and provide evidence to strengthen confidential screening, early care, substance-use prevention, support during the first academic years, and inclusive university services. They also guide multicenter and longitudinal research on student mental health in Nicaragua.

Keywords: Suicidal ideation; Students; Risk factors; Mental health; Universities.

Índice de contenido

1. Introducción 1

2. Antecedentes 4

3. Contexto del problema 8

4. Pregunta de investigación 12

5. Objetivos 13

5.1 Objetivo general 13

5.2 Objetivos específicos 13

6. Justificación 14

7. Limitantes de la investigación 17

8. Marco teórico 21

8.1 Marco referencial 22

8.2 Marco conceptual 38

9. Marco metodológico 42

9.1 Tipo de investigación 42

9.2 Hipótesis de investigación 43

9.3 Definición operativa de las variables 44

9.4 Población y muestra 56

Población de estudio 56

Criterios de inclusión exclusión 56

Cálculo del tamaño muestral 57

Estrategia de muestreo 58

9.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 58

9.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos 61

9.7 Procedimientos para el procesamiento y análisis de información 63

9.8 Consideraciones éticas 67

10. Resultados 70

10.1 Características sociodemográficas y familiares de la población estudiada 70

10.2 Características académicas 71

10.3 Consumo de sustancias, experiencias adversas y salud mental 73

10.4 Presencia y nivel de ideación suicida 75

10.5 Asociación bivariada de los factores sociodemográficos, familiares y académicos 76

10.6 Asociación bivariada de factores conductuales y de salud mental con BSI ≥ 1 80

10.7 Comparación de variables cuantitativas según presencia de ideación 83

10.8 Modelo de regresión logística binaria 83

11. Discusión de resultados 85

Magnitud de la ideación suicida y distribución del riesgo 85

Perfil sociodemográfico y orientación sexual 86

Condiciones financieras, convivencia y apoyo familiar 87

Experiencia académica y permanencia universitaria 87

Consumo de sustancias 88

Experiencias adversas 89

Estrés académico y ansiedad 89

Sintomatología depresiva 90

Interpretación del modelo multivariado 91

Implicaciones teóricas y prácticas 91

Contraste de hipótesis 92

12. Conclusiones 94

13. Recomendaciones 96

14. Referencias 99

15. Anexos 109

Anexo 1: Consentimiento informado 109

Anexo 2: Instrumento de recolección de información 110

Anexo 3: Gráficas del análisis estadístico 130

Anexo 4: Declaración de autoría y cesión de derechos de publicación 140

Índice de tablas

Tabla 1. Interacción entre factores de riesgo académicos y sus repercusiones psicológicas y conductuales **24**

Tabla 2. Factores asociados a ideación y conducta suicida en población universitaria y su repercusión clínica **28**

Tabla 3. Características sociodemográficas y familiares de la población estudiada **70**

Tabla 4. Características académicas de la población en estudio **72**

Tabla 5. Consumo de sustancias, experiencias adversas y salud mental **74**

Tabla 6. Presencia y nivel de riesgo de ideación suicida según escala BSI **75**

Tabla 7. Asociación bivariada de factores sociodemográficos, familiares y académicos con ideación suicida (BSI ≥ 1) **78**

Tabla 8. Asociación bivariada de factores conductuales y de salud mental con BSI ≥ 1 **81**

Tabla 9. Comparación de variables cuantitativas según presencia de ideación suicida **83**

Tabla 10. Modelo de regresión logística binaria para predictores de ideación suicida **83**

Índice de figuras

1 ¿Cuantos años cumplidos tiene actualmente? 130

2 ¿Cual fue su indice academcio del ultimo semestre conocido? 130

3¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual? 131

4 ¿Cuál es su sexo? 131

5 ¿Con qué frecuencia ha pensado en abandonar la universidad? 131

6 ¿Cuál es su procedencia geográfica? 132

7 ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con su situación financiera actual? 132

8 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la presencia de sus figuras parentales durante su crianza? 133

9 ¿Con quién vive actualmente? 133

10 ¿Cómo califica la estabilidad de su entorno familiar actual? 134

11 Consumo o abuso de sustancias (Grupo ASSIST). 134

12 Experiencias traumáticas (Grupo ACE). 134

13 Nivel de estrés académico (Grupo SISCO). 135

14 Nivel de ansiedad. 135

15 Nivel de depresión. 136

16 Riesgo suicida. 136

17 ¿En algún momento ha intentado usted hacerse daño a propósito o quitarse la vida en el pasado? 137

18 En ese intento anterior, ¿cuál fue su intención principal? 137

19 Puntaje ASSIST. 138

20 Puntaje ACE. 138

21 Puntuación GAD-7. 138

22 Puntaje PHQ-9. 139

23 Puntuación del BSI. 139

1. Introducción

La salud mental de los estudiantes universitarios constituye uno de los desafíos más urgentes de la salud pública contemporánea (OMS,2023). En Nicaragua, como en el resto de América Latina, la población joven que transita por la educación superior se enfrenta a una confluencia singular de factores estresores: la exigencia académica, las transformaciones identitarias propias de la adultez temprana, las presiones socioeconómicas y, frecuentemente, la lejanía de las redes familiares de apoyo. Este conjunto de condiciones convierte a los estudiantes universitarios en un grupo especialmente vulnerable al desarrollo de alteraciones en la salud mental, entre las cuales destaca, por su gravedad y trascendencia, la ideación y la conducta suicida.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se producen más de 700,000 muertes por suicidio al año, siendo esta una de las cinco primeras causas de muerte en personas de entre 15 y 19 años (WHO, 2023). En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó un promedio de 98,000 muertes anuales por suicidio, equivalente a aproximadamente 268 personas fallecidas por día (OPS, 2021). En el contexto específico de la población universitaria, se estima que el 30% del total de muertes por suicidio ocurre en este grupo, lo que subraya la magnitud del problema en este segmento etario (Arias, 2004). Esta carga se ha agravado significativamente a partir del año 2020, en el marco de la pandemia por COVID-19, que provocó un deterioro generalizado de la salud mental en jóvenes a nivel global.

En Nicaragua, los datos reportados por el Ministerio de Salud (MINSA) entre 2018 y 2022 evidencian una tendencia preocupante en las tasas de mortalidad por suicidio, con un incremento del 189% en un período de 15 años y un total de 426 vidas perdidas tan solo en 2022 (MINSA, 2023). A pesar de la gravedad de estas cifras, la producción científica local sobre el tema sigue siendo escasa. En el ámbito universitario nicaragüense, uno de los pocos antecedentes disponibles es el estudio de Hernández y Ruíz (2018), realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), que encontró una prevalencia de ideación suicida del 12.3% en estudiantes de medicina, con un 48.7% de estos presentando un intento de suicidio planificado. Estudios similares en la región latinoamericana reportan prevalencias de entre el 21% y el 22% en poblaciones estudiantiles de salud (Portela Veloso et al., 2019; Corredor et al.,

2019), con factores como el consumo de alcohol, el uso de drogas, el bullying y los antecedentes de intentos previos entre los principales predictores de riesgo. A nivel internacional, el proyecto WHO World Mental Health Surveys International College Student confirmó que los trastornos mentales son altamente prevalentes en estudiantes universitarios de países de ingresos bajos, medios y altos, con importantes implicaciones para la conducta suicida (Auerbach et al., 2018).

En la Universidad Miguel Obando Bravo (UNICA), institución de educación superior con sede en Managua, Nicaragua, no existe hasta la fecha ningún estudio que haya abordado de manera integral y multidimensional los factores de riesgo asociados a la ideación y conducta suicida en su comunidad estudiantil. La mayoría de las investigaciones previas en contextos similares se han limitado a medir la prevalencia de la ideación suicida, sin explorar en profundidad los factores individuales, psicológicos, académicos, familiares y sociales que contribuyen a su desarrollo. Esta brecha en el conocimiento científico local representa no solo un vacío académico, sino una limitación concreta para el diseño de políticas institucionales de prevención y promoción de la salud mental.

La presente investigación surge precisamente para atender esta necesidad. Su propósito fundamental es determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el período de abril a mayo de 2026, con la finalidad de generar evidencia científica que permita a la institución diseñar estrategias de intervención basadas en datos. Para ello, el estudio se estructura en cuatro dimensiones de análisis: en primer lugar, caracterizar los aspectos sociodemográficos y académicos de la población participante; en segundo lugar, identificar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés académico mediante instrumentos estandarizados validados; en tercer lugar, evaluar el nivel de riesgo de ideación y conducta suicida presente en la población a través de una escala estandarizada de valoración del riesgo suicida; y en cuarto lugar, analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, académicos y de salud mental identificados, y la presencia de ideación y conducta suicida en la población estudiada.

Con base en la evidencia científica revisada, se plantea la siguiente hipótesis de investigación: existe una asociación estadísticamente significativa entre ciertos factores de riesgo individuales, sociales y familiares incluyendo el consumo de sustancias, la presencia de trastornos mentales, la disfunción familiar y el estrés académico y la presencia de ideación y conducta suicida en los estudiantes de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el período de estudio.

El presente estudio se delimita de la siguiente manera: en términos temporales, comprende el período de abril a mayo de 2026; espacialmente, se circunscribe a la comunidad estudiantil activa de la Universidad Miguel Obando Bravo, en Managua, Nicaragua; y conceptualmente, se enfoca en la ideación suicida y la conducta suicida como variables principales, abordadas desde sus factores de riesgo psicológicos, sociodemográficos, académicos y familiares, sin incluir el suicidio consumado como variable de resultado directo.

El presente informe se organiza en los siguientes acápites. Se inicia con los antecedentes, donde se sintetiza la evidencia científica previa sobre ideación y conducta suicida a nivel nacional e internacional, seguido de la justificación, que fundamenta la relevancia del estudio desde una perspectiva de salud pública, académica y social. Posteriormente, el planteamiento del problema delimita con precisión la pregunta central que orienta la investigación, y los objetivos establecen el alcance y las dimensiones de análisis del estudio.

El marco teórico y conceptual sitúa la investigación en relación con los principales enfoques y definiciones que sustentan el análisis, mientras que la hipótesis de investigación plantea la asociación esperada entre las variables estudiadas. El diseño metodológico detalla el tipo de estudio, la población, la estrategia muestral, las variables y los instrumentos estandarizados de recolección de información. Finalmente, se presentarán los resultados organizados según las dimensiones analíticas del estudio, la discusión contrasta los hallazgos con la literatura científica existente, y las conclusiones y recomendaciones sintetizan los aportes de la investigación y las líneas de acción sugeridas para la institución.

2. Antecedentes

La ideación y conducta suicida en estudiantes universitarios constituyen una línea de investigación de creciente relevancia dentro de la psiquiatría y la salud pública. Los estudios desarrollados en este campo han abordado tanto la prevalencia del fenómeno como los factores de riesgo individuales, psicológicos, académicos y socioculturales que contribuyen a su desarrollo. A continuación, se presentan los antecedentes más significativos organizados en tres niveles geográficos: internacional, regional (América Latina) y nacional (Nicaragua).

Antecedentes Internacionales

En el nivel internacional, el aporte más completo y reciente proviene de la revisión sistemática con metaanálisis realizada por Zhao et al. (2025), publicada en el Journal of Affective Disorders, que analizó 33 estudios longitudinales con un total de 193,517 estudiantes universitarios de 11 países. Este estudio identificó 18 factores de riesgo para la suicidalidad, entre los cuales destacan la orientación sexual no heterosexual (OR = 2,43), las dificultades académicas (OR = 3,25), la depresión (OR = 2,37), los síntomas de insomnio (OR = 1,63), el uso de sustancias (OR = 1,64), el historial de trastornos mentales (OR = 2,67), las experiencias traumáticas (OR = 1,55) y las autolesiones no suicidas (OR = 2,07). Adicionalmente, identificó dos factores protectores significativos: el apoyo social (OR = 0,62) y el afrontamiento positivo (OR = 0,77). La prevalencia combinada de ideación suicida fue del 15,9%, la de planes suicidas del 7,7% y la de intentos del 4,9%. A partir de sus resultados, los autores desarrollaron un modelo predictivo de riesgo de ideación suicida que integra ocho variables de baja heterogeneidad, subrayando su utilidad clínica para la detección temprana en entornos universitarios. Este estudio constituye el referente metodológico más sólido disponible a la fecha para la comprensión del fenómeno en esta población.

Un antecedente igualmente relevante es el metaanálisis longitudinal de Castellví et al. (2017), centrado en la asociación entre pensamientos y conductas autolesivas (SITB) y la conducta suicida posterior en adolescentes y adultos jóvenes. Sus hallazgos evidenciaron que el 68% de las muertes por suicidio juvenil ocurrieron sin ningún intento previo documentado; sin embargo, cualquier SITB previa se asoció de forma muy significativa con la muerte por suicidio

(OR = 22,53; IC95%: 18,40–27,58), mientras que los intentos de suicidio también mostraron asociación con antecedentes de SITB (OR = 3,48; IC95%: 2,71–4,43). Este estudio demuestra que los antecedentes de pensamientos y conductas autolesivas representan un marcador de riesgo de mayor magnitud de lo previamente estimado, reforzando la necesidad de detectarlos tempranamente en poblaciones universitarias jóvenes.

Antecedentes Regionales (América Latina)

En el contexto latinoamericano, la investigación sobre suicidalidad en universitarios ha experimentado un crecimiento sostenido, con estudios que reflejan tanto la magnitud del problema como sus particularidades culturales y sociodemográficas.

El estudio más reciente en esta región fue llevado a cabo por Aguilar Chávez et al. (2026), publicado en la Revista Cuidarte, con una muestra de 380 estudiantes universitarios de la región La Libertad, Perú. Mediante un diseño cuantitativo correlacional multivariado y el uso de la Escala de Ideación Suicida de Beck adaptada al contexto peruano, los autores encontraron una prevalencia del 25% de ideación suicida, con predominio en estudiantes de 17 a 21 años, mujeres, de nivel socioeconómico bajo y cursando los primeros ciclos académicos. Los factores con mayor fuerza de asociación fueron la depresión (OR = 5,437; IC95%: 3,136–6,866), la violencia sexual (OR = 3,437; IC95%: 2,328–5,074) y las experiencias traumáticas durante la niñez o adolescencia (OR = 2,402; IC95%: 1,662–3,472). Un hallazgo que los propios autores señalan como crítico y previamente subestimado es la violencia sexual como predictor independiente, dato que desafía los modelos de intervención centrados exclusivamente en variables psicopatológicas clásicas. Este estudio es particularmente relevante por su proximidad temporal, metodológica y contextual con la presente investigación.

También en Brasil, Altavini et al. (2023) realizaron el primer estudio nacional representativo sobre ideación suicida en universitarios, con una muestra de 12,245 estudiantes de 27 capitales del país. Con una prevalencia puntual del 5,9%, la investigación identificó, mediante regresión logística jerárquica, que las variables con mayor asociación independiente a la ideación suicida fueron el distrés psicológico (OR = 6,40; IC95%: 4,19–9,77), los antecedentes de abuso sexual (OR = 3,52; IC95%: 2,30–5,38), el bajo rendimiento académico (OR = 3,56; IC95%: 1,69–7,48) y la

insatisfacción con la carrera elegida (OR = 1,86; IC95%: 1,43–2,41). Un aporte fundamental de este trabajo es la inclusión de variables académicas como predictores independientes, lo que sugiere que el contexto educativo no solo es el escenario donde se expresa el riesgo suicida, sino que puede generarlo y amplificarlo directamente.

En esta misma línea, Castro-Ramirez et al. (2023), en un estudio cualitativo publicado en el Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, exploraron las experiencias de 55 estudiantes universitarios de Colombia y México con pensamientos y conductas suicidas. Mediante entrevistas semiestructuradas, los investigadores identificaron que los participantes describían el suicidio fundamentalmente como una forma de escape del sufrimiento psicológico, frecuentemente precedida por síntomas somáticos de agitación ansiosa. El estudio reveló además que el vínculo familiar representa tanto una razón para vivir ligada al miedo a provocar sufrimiento en los seres queridos como una barrera para buscar ayuda, debido al estigma cultural asociado a los problemas de salud mental y al concepto de familismo. Este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes en el contexto nicaragüense, donde valores similares en torno a la familia y el estigma del sufrimiento psicológico son prevalentes.

Portela Veloso et al. (2019) realizaron en Brasil un estudio transversal con 142 estudiantes universitarios del área de salud, empleando la Escala de Ideación Suicida de Beck. La prevalencia encontrada fue del 22%, con asociaciones estadísticamente significativas entre la ideación suicida y el consumo de alcohol (OR = 7,11), el tabaquismo (OR = 9,15), el uso de otras drogas (OR = 11,03), el haber sufrido bullying (OR = 9,55) y el antecedente de intentos de suicidio previos (OR = 243). La magnitud de estas asociaciones en una población de carreras de salud grupo comparable al estudiantado de la Universidad Miguel Obando Bravo refuerza la pertinencia de estos factores como variables de análisis en el presente estudio.

Finalmente, Corredor et al. (2019) evaluaron a 146 estudiantes universitarios de Bucaramanga, Colombia, mediante la Escala de Plutchik, encontrando un 21% de riesgo suicida alto. El estudio identificó relaciones significativas entre el riesgo suicida y variables como el género, el estrato socioeconómico y el estado civil, concluyendo que la prevalencia es comparable con la reportada en otros estudios universitarios de la región. En coherencia con este

hallazgo, el metaanálisis de Rodríguez et al. (2017) sobre ideación suicida en estudiantes de medicina en América Latina confirmó que la prevalencia en esta población supera consistentemente a la de la población general, y señaló la necesidad de estudios metodológicamente rigurosos que incorporen variables como el sexo, el año académico, el abuso de sustancias y las psicopatologías asociadas.

Antecedentes Nacionales (Nicaragua)

En Nicaragua, la producción científica sobre suicidalidad en estudiantes universitarios es marcadamente escasa, lo que en sí mismo constituye un argumento sólido para justificar la presente investigación.

El único antecedente disponible con rigor metodológico fue desarrollado por Hernández y Ruíz (2018) en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Su estudio descriptivo, realizado con 154 estudiantes de medicina de primero a quinto año, utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI). Los resultados evidenciaron una prevalencia del 12,3% de ideación suicida, con un hallazgo especialmente preocupante: el 48,7% de los estudiantes con ideación suicida reportaron haber planificado un intento de suicidio. Los autores concluyeron que la conducta suicida es un problema de salud pública en incremento en el contexto universitario nicaragüense y señalaron la urgencia de realizar investigaciones que identifiquen los factores específicos que contribuyen a su desarrollo.

Este antecedente, aunque único y con más de ocho años de antigüedad, constituye el punto de referencia directo más cercano geográfica y poblacionalmente al presente estudio. Sus limitaciones circunscribirse a una sola carrera en una sola institución sin explorar los factores asociados evidencian precisamente el vacío que la presente investigación busca llenar en la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

3. Contexto del problema

La salud mental de la población universitaria constituye uno de los desafíos más imperativos para la medicina preventiva y la salud pública contemporánea en el istmo centroamericano. El fenómeno de la conducta suicida, comprendido como un proceso dinámico que transita desde la ideación autolítica hasta el acto consumado, representa una crisis sanitaria silente que afecta desproporcionadamente a los jóvenes en formación profesional (Organización Mundial de la Salud, 2023). En el contexto de Nicaragua, esta problemática se encuentra enmarcada en una compleja interacción de factores sociodemográficos, presiones académicas extremas y una infraestructura de salud mental que presenta brechas críticas en términos de presupuesto y cobertura especializada (Nicaragua Investiga, 2020). El presente informe detalla el contexto del problema para la investigación en la Universidad Cardenal Miguel Obando y Bravo (UNICA), integrando variables cuantitativas y cualitativas que sustentan la urgencia de una intervención diagnóstica.

A nivel internacional, el suicidio se consolida como una de las causas líderes de mortalidad prematura. La OMS estima que anualmente fallecen más de 700,000 personas por esta causa, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años a nivel global (OMS, 2023). Esta estadística cobra una relevancia mayor en los países de ingresos bajos y medios, donde ocurre el 77% de los suicidios totales (Ruiz, 2025). La transición de la adolescencia a la adultez emergente, que coincide con el ingreso y permanencia en la educación superior, se identifica como un periodo de vulnerabilidad neurobiológica y psicosocial (Salazar Flórez et al., 2024).

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó un promedio de 98,000 muertes anuales, equivalente a aproximadamente 268 personas fallecidas por día (OPS, 2021). Estudios recientes indican que cerca del 15.9% de los estudiantes universitarios han experimentado ideación suicida, mientras que la prevalencia de planes autolíticos se sitúa en el 7.7% (European Public & Social Innovation Review, 2026). En el entorno latinoamericano, factores como la disfunción familiar y el estrés académico actúan como potentes predictores de la conducta autolítica, a menudo mediados por cuadros de depresión mayor (Quevedo Fuentes et al., 2025).

La carga de enfermedad mental en la población joven no solo se traduce en la pérdida de vidas, sino en un deterioro profundo del capital humano. La discapacidad asociada a trastornos afectivos supone el 7.8% del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) en la región (UCYT, 2024). En estudiantes de ciencias de la salud, este impacto se magnifica por la responsabilidad ética que conlleva su formación, donde el agotamiento emocional puede comprometer no solo su bienestar personal, sino la calidad futura del sistema sanitario nacional (Quevedo Fuentes et al., 2025).

Para comprender la conducta suicida en Nicaragua, es imperativo analizar el entorno en el que se desenvuelven los jóvenes. El país cuenta con una población estimada de 7,007,502 habitantes para el año 2025 (Ministerio de Asuntos Exteriores, 2025). A pesar de los indicadores de crecimiento económico que proyectan una expansión del PIB de entre 3.5% y 4.5% para 2025, Nicaragua persiste como uno de los países con menores ingresos per cápita en la región (Banco Central de Nicaragua, 2025). Esta precariedad económica estructural se manifiesta en una alta dependencia de las remesas familiares, las cuales representaron el 29% del PIB en 2024 (Ministerio de Asuntos Exteriores, 2025).

La dependencia de las remesas implica un fenómeno migratorio masivo que ha alterado la estructura de la familia nicaragüense. La ausencia de figuras parentales debilita las redes de apoyo emocional inmediatas para los jóvenes universitarios (Arias, 2026).Este aislamiento, sumado a las dificultades para cubrir costos básicos de educación superior en instituciones privadas, crea un entorno de estrés crónico que actúa como factor de riesgo para trastornos afectivos (Vargas-Prado et al., 2025).

La brecha entre el salario medio y el costo de vida en la capital ejerce una presión financiera desmedida sobre los estudiantes que se trasladan desde los departamentos hacia Managua (Numbeo, 2025). Esta situación se traduce en condiciones de vida que la literatura científica asocia directamente con la vulnerabilidad ante la ideación suicida y la deserción universitaria (Vargas-Prado et al., 2025).

El sistema de salud nicaragüense ha reportado avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil (Ministerio de Salud, 2024). No obstante, el análisis de la salud mental revela una desproporción crítica. El gasto público en salud mental históricamente no ha superado el

0.8% del presupuesto total del sector, lo que equivale a aproximadamente 15 córdobas anuales por habitante.

La tendencia de mortalidad por suicidio en Nicaragua muestra un incremento del 189% en un periodo de 15 años (MINSA, 2023). En el año 2022, el país registró 426 suicidios consumados (Ruiz, 2025). El perfil de las víctimas es predominantemente joven: el 51.1% de los casos se concentra en el grupo de 18 a 35 años (MINSA, 2020). Existe una marcada diferencia por sexo: los hombres presentan una mayor tasa de suicidios consumados en una proporción de 3:1 respecto a las mujeres, mientras que las mujeres presentan mayores tasas de intentos no letales e ideación autolítica (Chacón & Mayorga Bonilla, 2021).

La transición en los métodos utilizados es de especial interés médico. El envenenamiento por sustancias químicas, vinculado a la disponibilidad de plaguicidas, sigue siendo un reto para los servicios de emergencia (MINSA, 2020).Sin embargo, el ahorcamiento ha ganado terreno en zonas urbanas como Managua, siendo un método de altísima letalidad que reduce las posibilidades de intervención médica (Ruiz, 2025). Esto subraya que el suicidio en Nicaragua requiere protocolos de detección temprana en el primer nivel de atención (Gómez, 2012).

La presente investigación se propone determinar los factores de riesgo de ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil de la UNICA, enfocándose en la interacción de variables sociodemográficas, académicas y familiares.

La problemática se redacta bajo la premisa de que la conducta suicida es un efecto de la interacción de múltiples condiciones adversas: ¿Qué efecto tiene la sobrecarga académica en la aparición de pensamientos autolíticos? ¿En qué condiciones socioeconómicas la presión financiera se convierte en un estresor de riesgo? ¿Cómo se relaciona el estrés académico percibido con la ideación suicida en el contexto post-pandemia?

El objetivo general busca generar la evidencia científica necesaria para que la UNICA diseñe políticas de salud mental institucional (UNESCO IESALC, 2024). Identificar los factores de riesgo permitirá establecer rutas de derivación claras, reduciendo la probabilidad de deserción universitaria y previniendo la pérdida de vidas jóvenes (Vargas-Prado et al., 2025).

La literatura científica local es escasa. El estudio de Hernández y Ruíz (2018) en la UNAN-Managua, que encontró una prevalencia del 12.3% de ideación suicida en estudiantes de medicina, sirve como el referente directo más cercano. Sin embargo, ese estudio se realizó en un contexto pre-pandemia y en una universidad pública con dinámicas distintas a la UNICA (Hernández & Ruíz, 2018). A nivel regional, Aguilar Chávez et al. (2026) reportaron una prevalencia del 25% de ideación suicida en universitarios, vinculando el riesgo con experiencias traumáticas y depresión. Otros estudios subrayan que el bajo rendimiento académico aumenta el riesgo de suicidalidad significativamente (Arias, 2026).

Estos hallazgos demuestran que el problema es transnacional, pero con matices locales profundos. En conclusión, la contextualización revela una situación de vulnerabilidad estructural donde la UNICA debe enfrentar el reto de formar profesionales de excelencia sin sacrificar su salud mental. El diagnóstico de los factores de riesgo es una necesidad ética y de salud pública que este estudio pretende solventar mediante un análisis riguroso y apegado a la realidad nicaragüense.

4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo psicopatológicos, académicos y sociodemográficos, y la presencia de ideación y conducta suicida en los estudiantes de pregrado de la Universidad Cardenal Miguel Obando y Bravo (UNICA), Managua, durante el período de abril a junio de 2026

4.1 Modalidad PECO

P (Población): Estudiantes activos de pregrado de la Universidad Cardenal Miguel Obando y Bravo (UNICA), sede Managua.

E (Exposición/Factores de interés): Presencia de niveles severos de estrés académico, sintomatología depresiva/ansiosa (factores psicopatológicos), disfunción familiar y precariedad económica (factores sociodemográficos).

C (Comparación): Estudiantes con niveles de salud mental estables, funcionalidad familiar y ausencia de estresores académicos significativos.

O (Outcome/Resultado): Prevalencia y grado de severidad de la ideación suicida y frecuencia de conductas autolíticas (intentos no letales).

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el período de abril a mayo de 2026.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos y académicos de la población estudiantil participante en el estudio.
- Identificar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés académico en la población de estudio mediante instrumentos estandarizados validados.
- Evaluar el nivel de riesgo de ideación y conducta suicida presente en la población de estudio mediante una escala estandarizada de valoración del riesgo suicida.
- Analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, académicos y de salud mental identificados, y del riesgo de ideación y conducta suicida en la población estudiada.

6. Justificación

La conducta suicida constituye un problema prioritario de salud pública a nivel mundial debido a su elevada carga de morbimortalidad, impacto psicosocial y potencial prevenibilidad. De acuerdo con la Organización mundial de la salud, más de 700,000 personas fallecen anualmente por suicidio, posicionándolo como una de las principales causas de muerte en población joven entre 15 y 29 años (World Health Organization [WHO], 2023). Esta problemática adquiere especial relevancia en el contexto universitario, donde convergen múltiples factores de vulnerabilidad, incluyendo estrés académico, transición psicosocial hacia la adultez, presión económica, cambios en redes de apoyo y aparición o exacerbación de trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión.

La población universitaria representa un grupo particularmente susceptible al desarrollo de ideación y conducta suicida. Estudios internacionales han documentado una elevada prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad, estrés psicológico y suicidalidad en estudiantes universitarios, especialmente tras la pandemia por COVID-19, fenómeno que agravó de manera significativa la salud mental en población joven (Auerbach et al., 2022; Zhao et al., 2025). En este contexto, factores como depresión, síntomas ansiosos, antecedentes traumáticos, consumo de sustancias, dificultades académicas y escaso apoyo social han demostrado asociación consistente con mayor riesgo de ideación suicida e intentos autolesivos.

En América Latina, diversos estudios recientes han reportado prevalencias preocupantes de ideación suicida en universitarios, con cifras que oscilan entre 15% y 25%, acompañadas de asociaciones significativas con depresión, estrés académico, violencia interpersonal, antecedentes de abuso y disfunción familiar (Aguilar Chávez et al., 2026; Altavini et al., 2023; Portela Veloso et al., 2019). Estos hallazgos evidencian que la conducta suicida en universitarios no puede analizarse exclusivamente desde una perspectiva psicopatológica individual, sino como un fenómeno multifactorial influenciado por variables psicológicas, académicas, familiares y sociodemográficas.

En Nicaragua, la evidencia científica sobre ideación y conducta suicida en población universitaria continúa siendo limitada. A pesar del impacto epidemiológico del suicidio en población joven y adulta temprana, la producción científica nacional sobre factores asociados

sigue siendo escasa, fragmentada y predominantemente focalizada en poblaciones específicas. Esta ausencia de datos locales limita la capacidad de diseñar intervenciones preventivas contextualizadas y basadas en evidencia. En particular, la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo no dispone actualmente de investigaciones institucionales recientes que evalúen integralmente los factores de riesgo asociados a ideación y conducta suicida en su comunidad estudiantil, ni cuenta con protocolos estructurados de detección temprana, tamizaje o intervención psicoemocional orientados específicamente a suicidalidad.

Desde la perspectiva de conveniencia, la presente investigación resulta pertinente porque permitirá identificar el comportamiento de variables asociadas a ideación y conducta suicida en una población universitaria nicaragüense, generando información científica útil para comprender la magnitud del problema dentro del contexto institucional estudiado. La identificación de factores asociados permitirá reconocer grupos de mayor vulnerabilidad y áreas prioritarias de intervención.

Respecto a la relevancia social, los potenciales beneficiarios directos de esta investigación serán los estudiantes universitarios, quienes podrán verse favorecidos por futuras estrategias institucionales de promoción de salud mental, prevención del suicidio y fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial. De forma indirecta, también se beneficiarán familiares, docentes, personal administrativo y autoridades universitarias, al contar con evidencia que facilite la implementación de acciones preventivas orientadas a reducir riesgo suicida, mejorar bienestar psicológico y disminuir consecuencias académicas asociadas como abandono escolar, deterioro del rendimiento y deserción universitaria.

En cuanto a sus implicaciones prácticas, este estudio posee especial importancia al generar una base empírica para el diseño de programas institucionales de salud mental, protocolos de detección temprana y rutas de atención psicológica en estudiantes con riesgo elevado. Dado que actualmente no existe un protocolo institucional claramente estructurado para identificación y abordaje de suicidalidad en la universidad, los hallazgos podrán constituir insumos fundamentales para la formulación de estrategias preventivas locales sustentadas en evidencia.

Desde el valor teórico, esta investigación contribuirá al fortalecimiento del conocimiento científico nacional sobre suicidalidad en universitarios, permitiendo explorar la relación entre

variables psicopatológicas, académicas y sociodemográficas en población nicaragüense. Asimismo, ampliará la comprensión del comportamiento de constructos como depresión, ansiedad, estrés y suicidalidad en contexto universitario local, aportando evidencia que actualmente es insuficiente en Nicaragua.

Adicionalmente, el estudio presenta utilidad metodológica relevante, al integrar instrumentos psicométricos internacionalmente validados y ampliamente utilizados en investigación clínica y epidemiológica, como Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21). La utilización combinada de estas herramientas permitirá una evaluación multidimensional del riesgo suicida y sus principales correlatos psicopatológicos, contribuyendo al desarrollo de futuras investigaciones nacionales con metodologías comparables y mayor rigor científico.

La presente investigación se justifica por la magnitud del suicidio como problema de salud pública, la vulnerabilidad particular de la población universitaria, la limitada evidencia nacional disponible y la ausencia de protocolos institucionales estructurados para prevención y detección temprana. Los resultados obtenidos podrán servir como fundamento científico para el desarrollo de estrategias preventivas, fortalecimiento institucional y generación de futuras líneas de investigación orientadas a salud mental universitaria en Nicaragua.

7. Limitantes de la investigación

La presente investigación reconoce una serie de limitaciones metodológicas, operativas y contextuales inherentes tanto a la naturaleza del diseño como a las características particulares de la población de estudio. La identificación explícita de estas restricciones resulta fundamental para interpretar adecuadamente los hallazgos obtenidos, delimitar su alcance y orientar futuras investigaciones sobre conducta suicida en población universitaria nicaragüense.

En primer lugar, una limitación metodológica importante corresponde al diseño observacional transversal analítico seleccionado para el estudio. Debido a que la medición de las variables se realizará en un único momento temporal, no será posible establecer relaciones causales definitivas entre los factores psicopatológicos, académicos y sociodemográficos evaluados, y la presencia de ideación o conducta suicida. Si bien el diseño permitirá identificar asociaciones estadísticamente significativas entre variables, no podrá determinarse con certeza la direccionalidad temporal entre exposición y desenlace. Por ejemplo, aunque se identifique asociación entre sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida, no será posible concluir si la depresión precede al desarrollo de ideación suicida o si ambas condiciones coexisten dentro de un mismo proceso psicopatológico.

Adicionalmente, al tratarse de un estudio basado en autorreporte mediante formulario digital, existe riesgo inherente de sesgo de información. Las variables relacionadas con ideación suicida, intentos autolesivos, síntomas depresivos, ansiedad y estrés constituyen temas altamente sensibles, potencialmente influenciados por temor al juicio social, estigma asociado a trastornos mentales o preocupación respecto a la confidencialidad de la información proporcionada. Aunque el instrumento será completamente anónimo y no recopilará datos de identificación personal, no puede descartarse la posibilidad de subregistro, respuestas evasivas o minimización intencionada de síntomas por parte de algunos participantes.

De forma similar, debe considerarse la posibilidad de sesgo de deseabilidad social. Algunos estudiantes podrían responder de acuerdo con lo que consideran socialmente aceptable o menos alarmante, particularmente en preguntas relacionadas con suicidalidad, consumo de sustancias, antecedentes psiquiátricos o conflictos familiares. Este fenómeno podría generar una subestimación de la verdadera magnitud del problema dentro de la población estudiada.

Otra limitación importante radica en el método de captación de participantes mediante cuestionario virtual distribuido a través de medios electrónicos. Si bien esta estrategia facilita el acceso a una población amplia, reduce costos operativos y favorece anonimato, también puede introducir sesgo de selección. Es posible que estudiantes con mayor interés en salud mental, antecedentes personales relacionados con el tema o mayor disponibilidad digital presenten mayor probabilidad de participación. De manera inversa, estudiantes con mayor deterioro emocional, menor adherencia académica o limitado acceso frecuente a plataformas institucionales podrían no completar el instrumento, afectando la representatividad de la muestra.

Asimismo, el estudio dependerá de la disposición voluntaria de los participantes para responder el cuestionario en su totalidad. Debido a la extensión del instrumento, derivada de la integración de múltiples escalas validadas como Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), existe riesgo de fatiga del encuestado. Esto podría traducirse en abandono parcial del formulario, respuestas incompletas o reducción progresiva en la calidad y precisión de las respuestas hacia las últimas secciones del instrumento.

Desde el punto de vista logístico y operativo, la investigación también enfrenta limitaciones relacionadas con disponibilidad de recursos humanos, tiempo y acceso institucional. Al tratarse de un proyecto académico desarrollado dentro de un periodo temporal delimitado, la fase de recolección de datos deberá ejecutarse en un intervalo relativamente corto, condicionado por cronograma universitario, carga académica de los investigadores y disponibilidad de la población estudiantil. Esta restricción temporal podría limitar el volumen final de participantes o dificultar estrategias adicionales de seguimiento para incrementar tasa de respuesta.

En relación con la viabilidad financiera, el estudio presenta ventajas importantes al emplear plataformas digitales gratuitas para distribución y recolección de datos, lo cual reduce costos asociados a impresión, desplazamiento y digitación manual. No obstante, esta misma dependencia de recursos virtuales restringe la posibilidad de interacción directa con participantes, aclaración inmediata de dudas y supervisión del proceso de llenado, lo que podría impactar la calidad de ciertos registros.

Debe reconocerse además una limitación conceptual relevante: aunque la investigación incorpora variables psicopatológicas, académicas y sociodemográficas de alta relevancia clínica, no será posible abarcar de manera exhaustiva todos los determinantes potencialmente involucrados en conducta suicida. Variables complejas como historia detallada de trauma infantil, personalidad, eventos vitales recientes, funcionamiento familiar profundo, calidad del sueño, redes de apoyo informales y exposición previa a suicidio en entorno cercano podrían influir significativamente en el fenómeno estudiado, pero exceden el alcance metodológico y operativo del presente estudio.

En este mismo sentido, la conducta suicida constituye un fenómeno multidimensional, dinámico y altamente contextual. La evaluación realizada mediante instrumentos psicométricos, aunque útil para tamizaje e identificación de asociaciones, no sustituye valoración clínica psiquiátrica individual ni entrevista psicológica estructurada. Por consiguiente, los hallazgos obtenidos deberán interpretarse como aproximaciones epidemiológicas al riesgo suicida y no como diagnósticos clínicos definitivos.

Otra deficiencia identificada en el campo de estudio corresponde a la limitada producción científica nacional sobre suicidalidad en población universitaria. La escasez de investigaciones comparables en Nicaragua puede dificultar la contextualización local de resultados y limitar contrastes nacionales robustos. Sin embargo, esta misma brecha constituye simultáneamente una de las principales fortalezas y motivaciones del presente estudio, al aportar evidencia original en un campo insuficientemente explorado.

Finalmente, debe considerarse que los resultados obtenidos reflejarán exclusivamente la realidad de estudiantes activos de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo durante el período abril-mayo 2026. En consecuencia, la extrapolación de hallazgos hacia otras universidades, regiones geográficas o grupos etarios deberá realizarse con cautela, considerando diferencias institucionales, socioculturales y académicas propias de cada contexto.

A pesar de las limitaciones descritas, la presente investigación se considera viable desde el punto de vista metodológico, logístico y operativo. La disponibilidad de instrumentos validados, acceso a población universitaria, factibilidad de aplicación virtual y pertinencia del problema investigado respaldan la ejecución del estudio. Asimismo, el carácter pionero de la investigación

dentro del contexto institucional proporciona valor agregado significativo, al sentar bases para futuras investigaciones longitudinales, desarrollo de protocolos institucionales y fortalecimiento de estrategias de prevención en salud mental universitaria.

8. Marco teórico

El marco teórico de la presente investigación integra de manera articulada el marco referencial y el marco conceptual, con el propósito de sustentar teórica, clínica y epidemiológicamente el estudio de los factores de riesgo asociados al desarrollo de ideación y conducta suicida en población universitaria. A través de una revisión crítica de literatura científica internacional, regional y nacional, este apartado permite comprender la suicidalidad como un fenómeno multifactorial y dinámico, resultado de la interacción entre variables psicopatológicas, académicas, familiares y sociodemográficas.

Las dimensiones desarrolladas dentro del marco referencial epidemiología y magnitud del suicidio como problema de salud pública, factores de riesgo asociados a ideación y conducta suicida en universitarios, y principales modelos explicativos de suicidalidad se articulan con el marco conceptual, el cual delimita los términos, constructos y categorías analíticas fundamentales que estructuran la presente investigación. Esta integración permite establecer una base analítica coherente para comprender la ideación y conducta suicida no únicamente como manifestaciones aisladas de malestar psicológico, sino como expresiones clínicas complejas influenciadas por determinantes individuales, relacionales y contextuales.

En este sentido, el marco teórico proporciona el sustento necesario para interpretar la suicidalidad en estudiantes universitarios dentro de un contexto de creciente vulnerabilidad psico emocional, caracterizado por exigencias académicas elevadas, procesos de transición hacia la adultez, cambios en redes de apoyo social y exposición a factores estresores propios del entorno universitario contemporáneo. Asimismo, permite contextualizar la problemática en el escenario nacional, donde la evidencia científica sobre salud mental universitaria y conducta suicida continúa siendo limitada, reforzando la pertinencia académica y sanitaria de la presente investigación.

Esta estructura teórica orienta la selección de variables, el análisis de asociaciones entre factores de riesgo y suicidalidad, así como la interpretación crítica de los hallazgos obtenidos, contribuyendo a una comprensión más integral del fenómeno estudiado y al desarrollo de futuras estrategias institucionales de prevención y promoción de salud mental.

8.1 Marco referencial

8.1.1 Ansiedad, Depresión y estrés en el entorno universitario

La vida universitaria representa una etapa de transición crítica hacia la adultez emergente, un periodo caracterizado por cambios profundos en las experiencias sociales y académicas que actúan como estresores únicos (Castro- Ramirez et al., 2023). Durante esta transición, el suicidio se ha consolidado como la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios a nivel global (TSPN, s.f; Herruzo et al., 2023). Se considera vital reconocer que la salud mental es un pilar fundamental tanto del éxito académico como del bienestar humano. Los trastornos emocionales no son meras dificultades transitorias, sino problemas de salud pública que van más allá del ámbito clínico. En Chile, por ejemplo, los problemas de salud mental afectan a 2 de cada 10 personas, y el 20.3% de los suicidios ocurren en jóvenes entre 20 y 29 años, rango etario que concentra mayoritariamente a la comunidad universitaria (Ardiles- Irarrázabal et al., 2022). La prevalencia de pensamientos y conductas suicidad es alarmante: estimaciones anuales indican que el 17.2% de los estudiantes han tenido pensamientos suicidad y el 1 % han intentado quitarse la vida (Castro Ramírez et al., 2023).

Manifestaciones físicas y emocionales de la Ansiedad estudiantil

En el contexto universitario, la ansiedad puede manifestarse mediante síntomas físicos intensos, como agitación, ataques de pánico y dolor precordial. Estas manifestaciones pueden aparecer durante períodos prolongados de malestar y constituir señales clínicas de mayor riesgo (Castro Ramírez et al., 2023). Además, suelen representar uno de los primeros motivos de consulta en los servicios de atención primaria, especialmente entre pacientes latinoamericanos, quienes con frecuencia expresan el malestar psicológico a través de síntomas somáticos (Castro Ramírez et al., 2023).

La adaptación a nuevas responsabilidades, el alejamiento del núcleo familiar y la navegación de relaciones sociales complejas son detonantes críticos. La privación del sueño y el abuso de sustancias también contribuyen significativamente al comportamiento suicida (TSPN, sf.). Es fundamental recalcar que esta etapa de transición tiene cambios en varios enfoques de la vida integral del paciente.

El papel de las redes sociales y el Uso Problemático de Internet (UPI) ha surgido como un multiplicador de la ansiedad. El UPI se asocia con la angustia subjetiva y el aislamiento social. Investigaciones en poblaciones universitarias españolas demuestran que el riesgo de conducta suicida es 3.78 veces mayor en mujeres con UPI y 5.58 veces mayor en hombres con este perfil (Herruzo et al., 2023). La necesidad de aprobación social (“likes”) y la comparación constante en entornos digitales exacerban la vulnerabilidad emocional (Herruzo et al., 2023).

La depresión en el ámbito universitario

La depresión universitaria se caracteriza por una tristeza persistente, cambios drásticos en los patrones de sueño (insomnio o hipersomnia) y pérdida de interés o anhedonia (TSPN, s.f.). Los estudiantes afectados suelen expresar sentimientos de ser una carga para los demás, una percepción que, en culturas latinoamericanas, está fuertemente ligada al estigma y la vergüenza familiar (Castro-Ramirez et al., 2023).

El aislamiento social es un predictor crítico. Estudios en estudiantes de Medicina en Ecuador revelan que la falta de apoyo social y la ausencia de una pareja estable son los factores con mayor número de respuestas positivas en escalas de riesgo suicida (Rosero-Ordóñez et al., 2023). El 55% de los estudiantes universitarios reporta haberse sentido "muy solo", lo que subraya la fragilidad de las redes de apoyo en esta etapa (TSPN, s.f.).

La depresión actúa como un predictor robusto de riesgo. Existe una relación estadística significativa entre los cuadros depresivos y el desarrollo de ideación suicida. En muestras de estudiantes de enfermería, se ha observado que el agotamiento y la falta de realización personal correlacionan directamente con la desesperanza, siendo un puntaje alto en esta última un predictor eficaz de conducta suicida (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022).

Estrés académico y síndrome síndrome de Burnout académico

El síndrome de burnout académico de acuerdo con Ardiles Irarrázabal et al. se define mediante tres dimensiones principales (2022):

a. Agotamiento emocional: Sensación de no poder dar más de sí mismo a nivel psicofísico.

b. Despersonalización o cinismo: Desarrollo de actitudes negativas o distantes frente a los estudios o cualquier tipo de actividad curricular o extracurricular.
c. Falta de realización personal: Sensación de ineficacia y baja autoestima académica.

Se ha documentado una correlación fuerte y positiva ($r=0.501, p<0.000$) entre el burnout académico y el riesgo suicida en estudiantes de áreas de la salud (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022).

El miedo al fracaso académico y la incapacidad para gestionar la incertidumbre llevan a los estudiantes a posponer tareas, alimentado un ciclo de culpa y deterioro del rendimiento académico. Investigaciones de la universidad Isabel I confirman que a mayor procrastinación académica, mayor procrastinación académica, mayor es la probabilidad de ideación suicida, con correlaciones que alcanzan el 0.51 (Universidad Isabel I, 2025)

Tabla 1. Interacción entre factores de riesgo académicos y sus repercusiones psicológicas y conductuales

Factor de riesgo académico	Impacto psicológico	Consecuencia conductual
Procrastinación	Ansiedad, miedo al fracaso	Postergación de tareas
Burnout	Agotamiento Cinismo	Deserción, ineficacia académica
Perfeccionismo	Estándares inalcanzables	Angustia, vulnerabilidad al riesgo

Nota: Síntesis basada en Universidad Isabel I (2025).

Conducta de riesgo y conducta suicida

El estrés académico crónico y la ansiedad no tratados suelen derivar muchas veces en episodios depresivos graves. Esta sinergia crea un estado de alerta que se traduce en “desesperación” y “agitación ansiosa” que los estudiantes buscan detener a toda costa, viendo el suicidios o conductas de riesgo como una forma de escape ante un dolor psicológico intolerable (Castro Ramírez et al., 2023).

Ante la falta de estrategias de afrontamiento saludables, los estudiantes recurren a mecanismos de escape como:

Abuso de sustancias: El 78% de los estudiantes que intentan suicidarse citan preocupaciones financieras y estrés, a menudo vinculados al uso de drogas o alcohol para regular emociones (TSPN, s.f).

Uso problemático de tecnología: El internet se utiliza para mitigar la soledad, pero puede exponer al estudiante a contenido pro suicida y normalización de autolesiones (Herruzo et al., 2023)

Es vital identificar conductas preparatorias, como regalar pertenencias preciadas de no tener razones para vivir, o el discurso directo sobre la muerte (TSPN, s.f). En estudiantes latinos, la mención de “querer descansar” o “dejar de ser una carga” son señales de advertencia de alta vulnerabilidad (Castro Ramírez et al., 2023).

El principal obstáculo para la atención es el estigma cultural. Muchos estudiantes evitan buscar ayuda por vergüenza o por el deseo de resolver sus problemas solos para no generar polémica en su familia y núcleo cercano (Castro Ramírez et al., 2023). Las instituciones deben trabajar para desmitificar la salud mental y reducir barreras actitudinales

El apoyo social, especialmente familiar en contextos latinos, actúa como un factor protector fundamental. La formación de “guardianes” dentro de la comunidad universitaria profesores, personal y estudiantes capacitados en detectar señales es esencial para un intervención temprana (TSPN, s.f; Castro Ramírez et al., 2023).

8.1.2 Valoración del nivel de riesgo suicida y conducta autolítica en estudiantes universitarios

La conducta suicida se ha consolidado como un problema de salud pública crítico y una de las principales causas de muerte violenta a nivel global, siendo el suicidio la segunda causa de defunción en la población joven y universitaria (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021; Castro-Ramirez et al., 2023). Este fenómeno no debe entenderse como un diagnóstico psiquiátrico aislado, sino como un síntoma complejo, multicausal y multidimensional que refleja un sufrimiento psicológico intolerable (Al-Halabí & García-Haro, 2021; Rosero-Ordóñez et al., 2023). En el ámbito de la educación superior, los estudiantes enfrentan transiciones vitales, nuevas

responsabilidades y estresores académicos que pueden exacerbar la vulnerabilidad psicológica. Por ello, la identificación temprana de los factores de riesgo y la implementación de protocolos de valoración estandarizados son imperativos para la prevención de desenlaces letales en las instituciones de educación superior.

Conceptualización de la conducta suicida como un continuo

La literatura científica actual propone que la conducta suicida no es un evento fortuito, sino un proceso dinámico y gradual que abarca diversas manifestaciones cualitativamente distintas. Este continuo inicia con la ideación pasiva, como el deseo de no existir o que la vida no tiene sentido, y progresa hacia la ideación activa, que incluye pensamientos recurrentes de autolesión (Herruzo et al., 2023). Posteriormente, el proceso puede evolucionar hacia la planificación, la comunicación suicida, el intento no letal y, finalmente, el suicidio consumado (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021). Comprender esta progresión es fundamental para los clínicos, ya que permite identificar en qué etapa del proceso se encuentra el individuo y determinar la urgencia de la intervención necesaria.

La identificación de pensamientos y deseos de muerte constituye el primer eslabón crítico en la cadena de prevención, dado que la ideación precede habitualmente al acto planificado. Estudios cualitativos indican que muchos estudiantes describen el suicidio como una vía de escape ante la adversidad continua y estados psicológicos de desesperación (Castro-Ramirez et al., 2023). La transición de la ideación al intento suele estar mediada por la capacidad de regulación emocional y la presencia de factores precipitantes ambientales. Por tanto, detectar la ideación activa y la persistencia de estos pensamientos permite a las universidades intervenir antes de que el estudiante adquiera los medios o la determinación para ejecutar un plan.

Epidemiología de la ideación suicida en el entorno universitario

Existen variaciones significativas en la vulnerabilidad según la disciplina de estudio y factores demográficos. Los estudiantes de ciencias de la salud, particularmente en enfermería y medicina, reportan niveles elevados de estrés y riesgo suicida debido a la carga académica y la naturaleza de sus prácticas clínicas (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022; Rosero-Ordóñez et al., 2023).

En términos de género, aunque las mujeres reportan ideación y conducta suicida con mayor frecuencia que los hombres, estos últimos suelen utilizar métodos más letales, lo que resulta en una mayor tasa de suicidio consumado (Herruzo et al., 2023; TSPN, 2017). Otros grupos de alto riesgo incluyen a estudiantes pertenecientes a la comunidad LGBTQI+, veteranos y minorías étnicas que enfrentan barreras adicionales de discriminación o falta de apoyo social (TSPN, 2017).

Determinantes y predictores del riesgo suicida

A como se ha resaltado a lo largo del documento la depresión, la ansiedad y la desesperanza actúan como indicadores críticos en la evaluación del riesgo autolítico. La desesperanza, evaluada a menudo mediante la Escala de Beck (BHS), se ha identificado como un predictor potente de la conducta suicida futura en universitarios chilenos (Álamo et al., 2019). Asimismo, estados emocionales de agitación ansiosa y desesperación extrema suelen preceder inmediatamente a los intentos suicidas, manifestándose frecuentemente a través de síntomas somáticos incontrolables (Castro-Ramirez et al., 2023). Estos síntomas físicos actúan como marcadores clínicos que los proveedores de salud deben reconocer para detectar riesgos inminentes de escape ante el dolor psicológico.

El aislamiento social y la soledad son determinantes que incrementan significativamente la probabilidad de ideación suicida. Se ha observado que el Uso Problemático de Internet (UPI) puede potenciar este riesgo al fomentar el aislamiento social y la exposición a contenidos pro-suicidas en comunidades en línea (Herruzo et al., 2023). Por el contrario, el "familismo" y las redes de apoyo familiar sólidas actúan como factores protectores fundamentales en la cultura latinoamericana, motivando a los estudiantes a buscar ayuda para evitar el sufrimiento de sus seres queridos (Castro-Ramirez et al., 2023). El siguiente cuadro resume los principales factores identificados en la población universitaria:

Tabla 2. Factores asociados a ideación y conducta suicida en población universitaria y su repercusión clínica

Dimensión del factor	Variables o elementos asociados	Repercusión sobre el riesgo suicida
Psicológica	Sintomatología depresiva, ansiedad, desesperanza, agitación emocional, estrés psicológico.	Se asocia con incremento de ideación suicida, mayor vulnerabilidad emocional y alteraciones en regulación afectiva.
Académica	Burnout académico, procrastinación, sobrecarga curricular, bajo rendimiento y estrés académico.	Favorece agotamiento emocional, percepción de fracaso e incremento de vulnerabilidad psicosocial.
Social	Aislamiento social, escaso apoyo familiar, conflictos interpersonales y uso problemático de redes digitales.	Se relaciona con sentimientos de soledad, deterioro del soporte emocional y aumento del riesgo conductual.
Protectores	Redes de apoyo social, funcionalidad familiar, acceso a atención en salud mental y sentido de propósito.	Disminuyen probabilidad de progresión de ideación suicida hacia conducta autolesiva o intento suicida.

Nota: Síntesis basada en Castro Ramírez, et al., 2023

Niveles de riesgo suicida y su categorización

La clasificación del riesgo es esencial para la toma de decisiones clínicas y se divide generalmente en bajo, medio y alto. El riesgo bajo suele implicar ideación pasiva sin planes ni métodos definidos, mientras que el riesgo medio incluye pensamientos más frecuentes con alguna consideración de método, pero sin intención inmediata (Rosero-Ordóñez et al., 2023). El riesgo alto o severo se caracteriza por la presencia de un plan estructurado, acceso a métodos letales y una intención clara de morir. Instrumentos como la escala SAD PERSONS permiten categorizar objetivamente estas etapas, facilitando una respuesta institucional adecuada a la gravedad de cada caso (Rosero-Ordóñez et al., 2023)

Es crucial diferenciar entre la ideación suicida persistente, que puede durar meses, y el riesgo inminente, que requiere hospitalización o intervención de emergencia. El riesgo inminente se asocia a menudo con cambios drásticos en el comportamiento, como regalar posesiones preciadas, adquirir armas o un aumento súbito en el abuso de sustancias (TSPN, 2017). Clínicamente, los estudiantes en riesgo inminente suelen reportar una urgencia insoportable por

detener el dolor psicológico (psicache), lo que reduce su capacidad de juicio racional (Al-Halabí & García-Haro, 2021). Esta distinción permite a las universidades priorizar los recursos de crisis para aquellos en peligro inmediato mientras se mantienen programas de seguimiento a largo plazo para la ideación crónica.

El uso de escalas validadas permite transitar de una evaluación puramente subjetiva a una detección objetiva y sistemática. Estas herramientas facilitan la comunicación entre profesionales de la salud mental al proporcionar un lenguaje común y criterios de severidad comparables. La implementación de tamizajes regulares en el ingreso universitario ayuda a identificar a aquellos estudiantes que, aunque no buscan ayuda activamente por vergüenza o estigma, ya presentan indicadores de riesgo (Castro-Ramirez et al., 2023; Ebert et al., 2019). La objetividad es clave para justificar intervenciones preventivas y derivaciones a servicios especializados.

Entre las herramientas más destacadas en la práctica clínica se encuentran la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), ambas ampliamente utilizadas para predecir conductas autolíticas (Álamo et al., 2019). El Inventario de Burnout de Maslach (MBI-SS) se ha adaptado específicamente para universitarios, permitiendo medir el agotamiento emocional vinculado al riesgo (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022). Asimismo, herramientas como el cuestionario CORE-OM incluyen dimensiones de "riesgo para sí mismo" que evalúan tanto la ideación como la autolesión en periodos cortos de tiempo (Herruzo et al., 2023). La escala SAD PERSONS también es valorada por su simplicidad en la evaluación de factores de riesgo demográficos y clínicos en entornos de salud general (Rosero-Ordóñez et al., 2023).

La adaptación transcultural de estos instrumentos es fundamental para garantizar que los resultados reflejen fielmente la realidad del estudiante. En América Latina, se ha enfatizado la importancia de que las escalas consideren el lenguaje y los modismos locales para articular el malestar psicológico de manera precisa (Castro-Ramirez et al., 2023). La validación en poblaciones específicas, como universitarios chilenos o colombianos, asegura que los puntos de corte para determinar el riesgo clínico sean adecuados para la cultura regional (Álamo et al., 2019; Pérez et al., 2012). Sin una adaptación rigurosa, existe el riesgo de subestimar la gravedad

de los síntomas somáticos que suelen ser predominantes en pacientes latinos con depresión y ansiedad (Dunlop et al., 2020).

8.1.3 Asociación de factores sociodemográficos, académicos y psicopatológicos con el riesgo de ideación y conducta suicida en estudiantes universitarios

La comprensión de la ideación y la conducta suicida en el contexto universitario exige un abordaje analítico que trascienda la mera descripción de prevalencias y se adentre en la exploración de las relaciones causales y asociativas entre múltiples determinantes. La conducta suicida es reconocida en la literatura psiquiátrica contemporánea como un fenómeno de etiología multifactorial, en cuya génesis intervienen de forma interactiva variables sociodemográficas, condiciones propias del entorno académico y alteraciones del estado de salud mental (Turecki et al., 2019; Klonsky et al., 2021). Esta dimensión del marco de referencia sintetiza la evidencia científica internacional más reciente sobre la magnitud, la dirección y la significancia estadística de dichas asociaciones, con el propósito de construir un marco interpretativo sólido para el análisis de los resultados de la presente investigación.

Factores sociodemográficos y su asociación con la suicidalidad

La relación entre el sexo biológico y el riesgo de suicidalidad ha sido objeto de análisis sistemático en numerosas investigaciones. Larraguibel et al. (2000) establecieron que los suicidios consumados son significativamente más frecuentes en hombres, mientras que las mujeres presentan mayor prevalencia de ideación suicida e intentos no consumados; fenómeno conocido en la literatura como la «paradoja de género» del suicidio. Este hallazgo ha sido replicado de forma consistente en estudios contemporáneos. Zhao et al. (2025), en su revisión sistemática con metaanálisis que incluyó 193,517 estudiantes universitarios de 11 países, reportaron que el sexo femenino se asocia a una mayor prevalencia de ideación suicida (OR = 1,15; IC95%: 0,91–1,44), aunque esta asociación no alcanzó significancia estadística en el modelo ajustado, lo que sugiere que el efecto del sexo puede estar mediado por variables de naturaleza psicológica y contextual. En contraste, Aguilar Chávez et al. (2026), en un estudio cuantitativo

correlacional realizado en Perú con 380 estudiantes universitarios, identificaron que el sexo femenino constituyó uno de los perfiles sociodemográficos con mayor prevalencia de ideación suicida, especialmente en la interacción con otras variables como el bajo nivel socioeconómico y los antecedentes de violencia.

Desde una perspectiva clínica, estas diferencias de género en la expresión de la suicidalidad tienen implicaciones directas para el diseño de instrumentos de tamizaje y estrategias de intervención. Los hombres, al presentar tasas más elevadas de suicidio consumado con menor frecuencia de ideación previa detectable, representan un grupo de mayor dificultad diagnóstica; mientras que en las mujeres la ideación suicida funciona con mayor frecuencia como un marcador clínico observable que precede al intento (Klonsky et al., 2021). Para la comunidad estudiantil de la Universidad Miguel Obando Bravo, cuya composición incluye una proporción significativa de mujeres particularmente en carreras de ciencias de la salud, esta distinción resulta de especial relevancia metodológica y clínica.

La orientación sexual no heterosexual ha emergido en la literatura contemporánea como uno de los predictores sociodemográficos con mayor fuerza de asociación con la suicidalidad en poblaciones universitarias. Zhao et al. (2025) reportaron un OR de 2,43 (IC95%: 1,78–3,20) para la ideación suicida en estudiantes con orientación sexual no heterosexual en comparación con pares heterosexuales. Este hallazgo es consistente con los resultados de Santos et al. (2017), quienes, en un estudio transversal con 637 estudiantes de la Universidad Federal de Mato Grosso, Brasil, identificaron que los estudiantes homosexuales y bisexuales presentaron tasas de ideación suicida significativamente más elevadas (PR = 2,54 y PR = 4,24, respectivamente) en comparación con los heterosexuales, con esta variable manteniéndose en el modelo multivariado ajustado (p = 0,009 y p = 0,007). Los mecanismos que subyacen a esta asociación incluyen la exposición a discriminación, rechazo social, violencia por prejuicio y la internalización de estigma homofóbico, todos ellos constructos que contribuyen de forma aditiva al distrés psicológico y a la percepción de pertenencia frustrada, un factor central en la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005, citado en Klonsky et al., 2021).

En el contexto nicaragüense, la heteronormatividad prevalente y las barreras culturales y legales a la expresión libre de la identidad sexual pueden amplificar la magnitud de esta

asociación, dificultando adicionalmente la divulgación del sufrimiento y la búsqueda de ayuda especializada (Castro-Ramirez et al., 2023).

Las dificultades económicas constituyen un factor de riesgo independiente para la ideación suicida con sólido respaldo empírico. Zhao et al. (2025) estimaron un OR de 2,19 (IC95%: 1,52–3,14) para la ideación suicida en estudiantes con situación financiera difícil, y un OR de 2,80 (IC95%: 2,51–3,12) para los intentos de suicidio. En el contexto universitario, las dificultades económicas se expresan a través de mecanismos como el estrés crónico por incapacidad de sufragar los costos académicos, la necesidad de compatibilizar estudios con actividad laboral remunerada, la inseguridad alimentaria y habitacional, y la limitación para acceder a servicios de atención psicológica. Altavini et al. (2023), en el primer estudio nacional representativo de ideación suicida en universitarios brasileños (n = 12,245), identificaron que el estrato socioeconómico bajo ejercía un efecto marginal pero consistente sobre la probabilidad de ideación suicida (OR = 1,33; IC95%: 0,99–1,79), hallazgo que adquiere mayor relevancia al integrarse con las variables de salud mental y contexto académico en el modelo jerárquico.

Factores académicos y su asociación con la suicidalidad

El contexto académico opera tanto como escenario de exposición al riesgo como fuente directa de estresores capaces de desencadenar o exacerbar la suicidalidad. Altavini et al. (2023) demostraron, en su análisis jerárquico multivariado, que el bajo rendimiento académico definido operacionalmente como haber reprobado materias en el semestre previo se asoció con un OR de 3,56 (IC95%: 1,69–7,48) para la ideación suicida, constituyendo la variable académica de mayor peso en el modelo final. Asimismo, la insatisfacción con la carrera elegida mostró una asociación estadísticamente significativa (OR = 1,86; IC95%: 1,43–2,41), y los pensamientos de deserción o solicitud de baja temporal presentaron un OR de 2,59 (IC95%: 1,65–4,05). Estos hallazgos son coherentes con el marco teórico propuesto por los autores, en el que los factores académicos proximales actúan como mediadores entre las vulnerabilidades sociodemográficas y la emergencia de la suicidalidad.

La interpretación clínica de estos datos sugiere que el fracaso académico no solo representa una amenaza al proyecto profesional del estudiante, sino que activa constructos psicológicos de

alta relevancia suicidológica, tales como la percepción de derrota, la desesperanza y el atrapamiento cognitivo concepto central en el modelo motivacional-volitional del suicidio de O'Connor (2011, citado en Turecki et al., 2019). En el marco de la presente investigación, la inclusión de variables académicas como indicadores de riesgo resulta metodológicamente justificada y clínicamente pertinente.

Factores de Salud mental y su asociación con la suicidalidad

La depresión mayor y la sintomatología depresiva subumbral constituyen el factor de riesgo psicológico con la mayor fuerza de asociación documentada con la suicidalidad en estudiantes universitarios. Zhao et al. (2025) estimaron un OR de 2,37 (IC95%: 1,20–4,67) para la ideación suicida, y un OR de 4,45 (IC95%: 1,93–10,26) para la planificación suicida en estudiantes con depresión activa. Aguilar Chávez et al. (2026) reportaron la asociación más elevada en esta variable dentro de su muestra peruana, con un OR de 5,437 (IC95%: 3,136–6,866), hallazgo que los propios autores interpretan como reflejo de factores culturales y socioeconómicos propios del contexto latinoamericano que amplifican el impacto de la depresión sobre el riesgo suicida. Santos et al. (2017), en su análisis multivariado, identificaron que la presencia de sintomatología depresiva fue la variable con mayor razón de prevalencia ajustada (PRa = 11,00; IC95%: 4,71–25,70), lo que la posiciona como el predictor más potente de suicidalidad en su modelo, superando incluso a variables como la orientación sexual o el intento de suicidio familiar.

Desde el plano fisiopatológico, la depresión contribuye al riesgo suicida a través de múltiples vías: la desesperanza cognitiva, el deterioro de las funciones ejecutivas que limita la capacidad de resolución de problemas, la anhedonia que reduce la percepción de razones para vivir y la hiperactivación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal que sustenta el estado de alerta crónica ante amenazas percibidas (Turecki et al., 2019). Estas vías mecanísticas tienen implicaciones directas para la elección de instrumentos de tamizaje como el PHQ-9 o el Inventario de Depresión de Beck y para la priorización de intervenciones cognitivo-conductuales en programas de prevención universitaria.

La ansiedad clínica y la agitación ansiosa han sido identificadas como predictores independientes del riesgo suicida agudo, con particular relevancia en contextos

latinoamericanos. Castro-Ramirez et al. (2023), en su estudio cualitativo con 55 estudiantes universitarios de Colombia y México, documentaron que los episodios de alta agitación ansiosa con manifestaciones somáticas dolor torácico, inquietud psicomotriz intensa, sensación de pérdida de controlprecedían con frecuencia a las conductas autolesivas y a los intentos de suicidio reportados por los participantes. Este hallazgo es coherente con la evidencia cuantitativa previa que señala que la ansiedad severa y la agitación se presentan en aproximadamente el 79% de los suicidios hospitalarios (Fawcett et al., 1997, citado en Castro-Ramirez et al., 2023). La relevancia clínica de este dato radica en que la ansiedad con manifestaciones somáticas patrón de presentación frecuente en pacientes latinoamericanos según la literatura transcultural puede no ser reconocida como marcador de riesgo suicida por profesionales no entrenados en su interpretación, lo que subraya la necesidad de instrumentos de tamizaje que incorporen esta dimensión.

Las experiencias adversas en la infancia (ACEs, por sus siglas en inglés) y los eventos traumáticos representan predictores de suicidalidad con efectos que se extienden desde la adolescencia hasta la adultez temprana y que operan a través de vías tanto psicológicas como neurobiológicas. Zhao et al. (2025) estimaron un OR de 1,55 (IC95%: 1,22–1,98) para la ideación suicida en estudiantes con antecedentes de experiencias traumáticas, y un OR de 1,07 (IC95%: 0,79–1,45) para los intentos de suicidio. Aguilar Chávez et al. (2026) reportaron un OR de 2,402 (IC95%: 1,662–3,472) para la ideación suicida en estudiantes con antecedentes de situaciones traumáticas durante la niñez o adolescencia. Estos hallazgos sugieren que el impacto de las experiencias adversas tempranas persiste en la etapa universitaria, actuando como un factor de vulnerabilidad de base sobre el cual los estresores académicos y vitales propios de la vida universitaria ejercen un efecto amplificador.

Desde el punto de vista neurobiológico, la exposición a trauma crónico en etapas tempranas del desarrollo produce alteraciones persistentes en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, en los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, y en la estructura y función de regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional y el control del impulso incluyendo la corteza prefrontal ventromedial y la amígdala. Estas alteraciones constituyen la base neurobiológica del incremento sostenido del riesgo suicida en individuos con historia de trauma

(Turecki et al., 2019). Para la evaluación del riesgo en el contexto de la presente investigación, la incorporación de variables que capturen antecedentes de experiencias traumáticas resulta, por tanto, tanto metodológicamente justificada como clínicamente imprescindible.

La violencia sexual ha emergido como un factor de riesgo independiente de alta magnitud para la ideación suicida en universitarios, particularmente subestimado en estudios previos. Aguilar Chávez et al. (2026) reportaron un OR de 3,437 (IC95%: 2,328–5,074) para la ideación suicida en víctimas de violencia sexual dentro de su muestra universitaria peruana, constituyendo el segundo factor de mayor fuerza en el modelo ajustado, superado únicamente por la depresión. Altavini et al. (2023) documentaron hallazgos consistentes en la muestra brasileña, con un OR de 3,52 (IC95%: 2,30–5,38) para la ideación suicida en estudiantes con antecedentes de abuso sexual, señalando además que el abuso sexual infantil se asocia a dificultades en múltiples dominios vitales durante la adultez. La violencia sexual actúa sobre el riesgo suicida a través de vías directas como la inducción de sintomatología de trastorno de estrés postraumático, depresión y disociación e indirectas, como la generación de vergüenza, el aislamiento social y la reducción de la autoeficacia percibida. En el contexto latinoamericano, el silencio cultural en torno a la violencia sexual incrementa la probabilidad de que estas experiencias permanezcan no reveladas y, por consiguiente, no abordadas terapéuticamente.

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas muestra una asociación robusta y consistente con la suicidalidad en estudiantes universitarios. Zhao et al. (2025) estimaron un OR de 1,64 (IC95%: 1,20–2,24) para la ideación suicida en estudiantes con consumo activo de sustancias. Portela Veloso et al. (2019), en su muestra de universitarios brasileños del área de salud, reportaron asociaciones de magnitud notablemente superior: OR de 7,11 (IC95%: 2,04–24,78) para el alcohol, OR de 9,15 (IC95%: 3,67–22,82) para el tabaco y OR de 11,03 (IC95%: 4,30–28,32) para otras drogas. Esta heterogeneidad en las estimaciones refleja diferencias metodológicas fundamentalmente en la definición operacional del consumo y diferencias poblacionales. Santos et al. (2017) reportaron que el consumo de alcohol con riesgo moderado-alto duplicó la probabilidad de ideación suicida en análisis bivariado (PR = 2,10; IC95%: 1,31–3,34), aunque esta variable no se mantuvo significativa en el modelo multivariado ajustado, lo que sugiere que su efecto puede estar mediado en parte por la sintomatología depresiva.

Clínicamente, el consumo de sustancias incrementa el riesgo suicida a través de la desinhibición conductual, la impulsividad, el deterioro cognitivo agudo y la exacerbación del distrés psicológico subyacente.

Las autolesiones no suicidas (NSSI) y el historial de intentos de suicidio previos constituyen los predictores de mayor valor pronóstico para la suicidalidad futura. Zhao et al. (2025) reportaron un OR de 2,07 (IC95%: 1,58–2,73) para la ideación suicida en estudiantes con historia de NSSI, y un OR de 4,62 (IC95%: 2,21–9,65) para la reincidencia en intentos de suicidio en quienes ya habían realizado un intento previo. Castellví et al. (2017), en su metaanálisis longitudinal, establecieron que cualquier antecedente de pensamientos o conductas autolesivas previas se asoció con un OR de 22,53 para la muerte posterior por suicidio, subrayando que el antecedente de SITB representa uno de los marcadores de riesgo de mayor magnitud disponibles en la evaluación clínica. Estos datos tienen implicaciones directas para los criterios de detección e intervención en el contexto universitario: todo estudiante con historia documentada de autolesiones o intentos previos debe ser considerado como sujeto de alta prioridad en los programas de vigilancia y apoyo psicológico institucional.

Modelos teóricos integradores para la comprensión de las asociaciones

La comprensión de la asociación entre los factores descritos y el riesgo de suicidalidad se beneficia de la integración de modelos teóricos que proporcionen una arquitectura explicativa coherente. Klonsky et al. (2021) proponen en su revisión que la suicidalidad debe comprenderse a través de al menos dos procesos diferenciados: la adquisición del deseo de morir determinado por factores psicológicos como la depresión, la desesperanza y el atrapamiento cognitivo y la adquisición de la capacidad para actuar sobre ese deseo determinada por la exposición a dolor físico, trauma y habituación al miedo a la muerte. Este modelo, conocido como la Teoría Integrada de la Suicidalidad (ITS), sugiere que no todos los estudiantes con ideación suicida progresarán al intento, y que la identificación de los factores que incrementan la capacidad suicida adquirida incluyendo el historial de autolesiones, la exposición a violencia y el consumo de sustancias es fundamental para estratificar el riesgo de forma precisa.

Por su parte, Turecki et al. (2019), en su revisión publicada en Nature Reviews Disease Primers, proponen un modelo biopsicosocial que integra la vulnerabilidad neurobiológica heredada incluyendo alteraciones en el sistema serotoninérgico, polimorfismos del gen transportador de serotonina y disfunción del eje HHA, los factores psicológicos adquiridos y las condiciones del entorno social y académico, en un modelo de diátesis-estrés que opera de forma dinámica a lo largo del tiempo. Este marco interpretativo es el más comprehensivo disponible en la literatura contemporánea y el más adecuado para orientar el análisis de los resultados de un estudio transversal analítico como el que se propone en la presente investigación.

8.2 Marco conceptual

La conducta suicida representa uno de los fenómenos más complejos dentro del campo de la salud mental contemporánea. Su estudio exige una comprensión integral que trascienda la simple observación del acto suicida consumado y permita analizar el continuo de manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales que lo preceden. En población universitaria, esta problemática adquiere especial importancia debido a la convergencia de múltiples factores de vulnerabilidad propios de una etapa caracterizada por cambios psicológicos, exigencias académicas y procesos de transición social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como el acto deliberado mediante el cual una persona provoca su propia muerte, generalmente como resultado de una interacción compleja entre sufrimiento psicológico, trastornos mentales, crisis psicosociales y ausencia o debilitamiento de factores protectores (World Health Organization [WHO], 2023). Esta definición resulta particularmente útil para la presente investigación, dado que reconoce el suicidio no como un evento aislado ni exclusivamente impulsivo, sino como el desenlace potencial de un proceso progresivo y multifactorial.

Dentro de este proceso se encuentra la ideación suicida, entendida como la presencia de pensamientos relacionados con la muerte autoinfligida, el deseo de desaparecer, morir o atentar contra la propia vida. La intensidad de estas ideas puede variar ampliamente: desde pensamientos pasivos sobre la inutilidad de vivir, hasta planificación estructurada con intención definida. Cañón Buitrago y Carmona Parra (2018) señalan que la ideación suicida constituye una manifestación clínica de especial relevancia, ya que frecuentemente antecede otras expresiones de mayor gravedad dentro del espectro suicida.

No toda persona con ideación suicida desarrollará conducta suicida; sin embargo, su presencia representa un marcador clínico importante de sufrimiento psíquico y vulnerabilidad emocional. Por ello, su identificación temprana constituye uno de los principales objetivos de prevención en salud mental. En el contexto universitario, donde persisten barreras significativas para búsqueda de ayuda psicológica, el reconocimiento oportuno de ideación suicida cobra aún mayor relevancia.

Por otra parte, la conducta suicida constituye un constructo más amplio que integra acciones autolesivas relacionadas con intención de morir, intentos suicidas, preparación para el suicidio y otras manifestaciones conductuales vinculadas a autodestrucción. La American Psychiatric Association (2022) reconoce que estas conductas pueden presentarse con distintos grados de letalidad, planificación e impulsividad, lo que evidencia la necesidad de evaluarlas desde una perspectiva dimensional y no meramente dicotómica.

En esta investigación, la suicidalidad será abordada como un continuo clínico. Esta perspectiva resulta metodológicamente pertinente, dado que permite evaluar no solo la presencia o ausencia de ideación suicida, sino también su severidad, frecuencia, planificación y potencial progresión. Bajo esta lógica, se empleará la Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), instrumento ampliamente validado para valorar intensidad de cogniciones suicidas y riesgo asociado (Beck & Steer, 1991).

Entre los factores psicopatológicos asociados a suicidalidad, la depresión ocupa un lugar central. El trastorno depresivo se caracteriza por alteración persistente del estado de ánimo, pérdida de interés o placer, disminución de energía, alteraciones cognitivas y sentimientos recurrentes de desesperanza o inutilidad (American Psychiatric Association, 2022). Desde el punto de vista clínico, la desesperanza constituye uno de los elementos más estrechamente relacionados con ideación suicida, ya que favorece la percepción de ausencia de alternativas frente al sufrimiento.

Diversos estudios han demostrado asociación consistente entre sintomatología depresiva y suicidalidad en población universitaria. Zhao et al. (2025), en una revisión sistemática reciente, identificaron depresión como uno de los predictores más robustos de ideación e intentos suicidas en estudiantes universitarios. En consecuencia, la evaluación de síntomas depresivos mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) permitirá cuantificar esta variable dentro de la población estudiada.

La ansiedad constituye otro componente relevante dentro del modelo explicativo del presente estudio. Conceptualmente, se define como un estado de preocupación persistente, anticipación de amenaza y activación fisiológica desproporcionada frente a estímulos percibidos como amenazantes. Aunque tradicionalmente se ha priorizado la depresión como predictor de

suicidalidad, evidencia reciente ha demostrado que síntomas ansiosos severos también incrementan riesgo suicida, particularmente cuando coexisten con insomnio, rumiación, impulsividad y pobre regulación emocional (Bentley et al., 2016).

En población universitaria, la ansiedad frecuentemente se encuentra relacionada con incertidumbre académica, presión de rendimiento, exigencias familiares y preocupaciones respecto al futuro profesional. Para su evaluación se empleará la escala Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), ampliamente utilizada como herramienta de tamizaje en contextos clínicos y epidemiológicos.

El estrés constituye igualmente una variable de interés prioritario. Lazarus y Folkman (1984) conceptualizan el estrés como el resultado de una percepción de desequilibrio entre demandas ambientales y recursos individuales disponibles para afrontarlas. Bajo esta perspectiva, el estrés no depende exclusivamente del estímulo externo, sino también de la valoración cognitiva realizada por el individuo.

En el entorno universitario, el estrés académico representa una forma particular de estrés crónico derivada de carga curricular, presión evaluativa, competencia interpersonal, limitaciones económicas y dificultades adaptativas. Cuando este estrés supera la capacidad individual de afrontamiento, puede favorecer agotamiento emocional, deterioro funcional y aparición de sintomatología afectiva.

Estudios recientes en población latinoamericana han identificado asociación significativa entre altos niveles de estrés académico, depresión e ideación suicida, especialmente en estudiantes de carreras con elevada carga de exigencia (Barahona et al., 2022). En la presente investigación, esta dimensión será evaluada mediante la Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), herramienta que permite valorar simultáneamente síntomas depresivos, ansiosos y estrés percibido.

Debe considerarse además que la suicidalidad no depende exclusivamente de variables psicopatológicas. Su desarrollo responde a interacción dinámica entre factores predisponentes, precipitantes y protectores. Entre los factores predisponentes destacan antecedentes psiquiátricos, historia familiar de trastornos mentales, trauma psicológico previo y vulnerabilidad emocional. Como precipitantes pueden intervenir conflictos interpersonales, pérdidas

significativas, fracaso académico, violencia y dificultades económicas. Paralelamente, la presencia de apoyo social, redes familiares funcionales, acceso a servicios de salud mental y estrategias adaptativas de afrontamiento pueden ejercer efecto protector frente a conducta suicida (Turecki et al., 2019).

La población universitaria constituye un grupo especialmente susceptible debido a características propias de la adultez emergente. Durante esta etapa ocurren procesos de consolidación identitaria, búsqueda de autonomía, redefinición de vínculos afectivos y adaptación a nuevas demandas sociales y académicas. Estas circunstancias, aunque esperables desde el desarrollo humano, pueden convertirse en factores de vulnerabilidad cuando se asocian a recursos psicológicos limitados o exposición sostenida a estrés.

En conjunto, los conceptos desarrollados permiten delimitar analíticamente el fenómeno investigado y establecer una base teórica coherente para el estudio de factores asociados a ideación y conducta suicida en estudiantes universitarios. La articulación entre suicidalidad, depresión, ansiedad y estrés proporciona una estructura conceptual sólida que sustenta la selección de variables, instrumentos de medición e interpretación posterior de resultados.

9. Marco metodológico

9.1 Tipo de investigación

La presente investigación se clasifica desde múltiples criterios metodológicos con el propósito de garantizar la coherencia entre los objetivos propuestos, la naturaleza del objeto de estudio y los procedimientos analíticos empleados.

Según el enfoque, el estudio adopta un enfoque cuantitativo. Este enfoque implica la recolección de datos numéricos y su análisis mediante técnicas estadísticas, con el objetivo de establecer asociaciones, medir la frecuencia de fenómenos y contrastar hipótesis. La naturaleza del fenómeno estudiado la ideación y conducta suicida y sus factores de riesgo asociados requiere la cuantificación de variables sociodemográficas, académicas y de salud mental, y el análisis de sus relaciones a través de estimadores estadísticos como el Odds Ratio (OR) y los modelos de regresión logística. En consonancia con ello, se emplearán instrumentos estandarizados con propiedades psicométricas documentadas, validados en población latinoamericana, que garantizan la objetividad y reproductibilidad de las mediciones (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Según la aplicabilidad de sus resultados, corresponde a una investigación aplicada. El estudio no persigue únicamente la generación de conocimiento teórico, sino que está orientado a producir evidencia científica con utilidad directa para el diseño de políticas institucionales de prevención y promoción de la salud mental en la Universidad Miguel Obando Bravo. Los resultados obtenidos constituirán insumos concretos para la toma de decisiones en materia de atención psicopedagógica universitaria.

Según el nivel de profundidad del conocimiento, el estudio es de alcance descriptivo y analítico. En su dimensión descriptiva, caracteriza la prevalencia de ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil y el perfil sociodemográfico, académico y de salud mental de la población participante. En su dimensión analítica o correlacional, examina la existencia, la dirección y la magnitud de las asociaciones estadísticas entre los factores de riesgo identificados y la presencia de ideación y conducta suicida, superando la mera descripción del fenómeno para aportar comprensión de sus determinantes (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Según su orientación en el tiempo, se trata de un estudio transversal (de corte transversal), dado que la recolección de datos se realizará en un único momento temporal, durante el período comprendido entre abril y mayo de 2026. Este diseño permite obtener una fotografía del estado de la población en un punto específico del tiempo, sin seguimiento longitudinal. Si bien los estudios transversales tienen limitaciones para establecer causalidad, son el diseño más adecuado para la estimación de prevalencias y la identificación de asociaciones en contextos donde los recursos y el tiempo son limitados, y representan el punto de partida metodológico más frecuente en la investigación sobre suicidalidad universitaria a nivel internacional (Zhao et al., 2025; Aguilar Chávez et al., 2026).

Según el tipo de diseño, corresponde a una investigación de campo, de tipo analítico observacional. Los datos se obtendrán directamente de los sujetos de estudio los estudiantes activos de UNICA a través de un instrumento de autoaplicación administrado de forma virtual, sin ninguna intervención ni manipulación de las variables por parte del equipo investigador. El carácter observacional del diseño implica que el investigador registra la realidad tal como se presenta, sin modificarla deliberadamente.

En síntesis, la presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, alcance descriptivo-analítico, diseño transversal observacional de campo, lo que la define metodológicamente como un estudio transversal analítico, categoría ampliamente utilizada en la epidemiología psiquiátrica y en la investigación en salud mental universitaria.

9.2 Hipótesis de investigación

En el marco de los estudios cuantitativos de alcance correlacional, la hipótesis de investigación constituye una respuesta provisional y fundamentada teóricamente a la pregunta central del estudio (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Con base en la evidencia científica revisada en los antecedentes y el marco de referencia, se plantea la siguiente hipótesis:

H_1 (Hipótesis de investigación): Existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos, académicos y de salud mental incluyendo la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, el bajo rendimiento académico, el nivel socioeconómico

bajo, los antecedentes de experiencias traumáticas y el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de ideación y conducta suicida en los estudiantes activos de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el período de abril a mayo de 2026.

H_o (Hipótesis nula): No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos, académicos y de salud mental y la presencia de ideación y conducta suicida en los estudiantes activos de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el período de abril a mayo de 2026.

La hipótesis de investigación es de naturaleza correlacional y multivariada, dado que postula la existencia de relaciones entre múltiples variables independientes y una variable dependiente principal. Su evaluación se realizará mediante pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para asociaciones bivariadas y modelos de regresión logística binaria para el análisis multivariado, con un nivel de significancia estadística establecido en $p < 0,05$ y la estimación de Odds Ratio con intervalos de confianza al 95% como medida de la magnitud de la asociación.

9.3 Definición operativa de las variables

Objetivo Específico 1	Variable conceptual	Dimensión/ Sub-variable	Indicador/Variable operativa	Ítems/ Instrumento	Tipo de variable
Caracterizar los aspectos sociodemográficos, académicos y conductuales de la población estudiantil participante en el estudio	**Características Biológicas y Sociodemográficas**	Sexo	Masculino / Femenino	Pregunta directa	Cualitativa Nominal Dicotómica
		Edad	Años cumplidos	Pregunta directa	Cuantitativa Discreta
		Orientación sexual	Heterosexual / Homosexual / Bisexual / Prefiero no decirlo	Pregunta directa	Cualitativa Nominal
	Características socioeconómicas	Procedencia geográfica	Boaco / Carazo / Chinandega / Chontales / Estelí / Granada / Jinotega / León / Madriz / Managua / Masaya / Matagalpa / Nueva	Pregunta directa	Cualitativa Nominal

			Segovia / RACCN / RACCS / Río San Juan / Rivas / Otro país		
		Percepción de la situación financiera	1 = Muy insatisfecho … 5 = Muy satisfecho	Escala Likert de 5 puntos	Ordinal
	Aspectos del entorno familiar	Presencia de Figuras Paternas	Ambos padres presentes / Padre ausente / Madre ausente / Ambos ausentes	Pregunta directa	Cualitativa Nominal
		Convivencia en el Hogar	Núcleo familiar / Familiares cercanos / Hermanos únicamente / Compañeros de estudio / Amigos / Pareja / Solo	Pregunta directa	Cualitativa Nominal
		Percepción de Estabilidad Familiar	1 = Muy inestable … 5 = Muy estable	Escala Likert de 5 puntos	Ordinal
		Percepción de Apoyo Familiar	1 = Ningún apoyo … 5 = Apoyo total	Escala Likert de 5 puntos	Ordinal
	Aspectos Académicos	Carrera en estudio	Administración de Empresas / Arquitectura / Arte Digital y Animación / Contabilidad y Finanzas / Derecho / Ingeniería Industrial / Marketing y Publicidad / Medicina General / Odontología / Pedagogía / Psicología / Relaciones Internacionales y Comercio Internacional	Pregunta directa	Cualitativa Nominal
		Año académico en curso	I Año / II Año / III Año / IV Año / V Año / VI Año	Pregunta directa	Ordinal

		Índice Académico (último semestre conocido)	Valor numérico exacto (0–100)	Pregunta directa (ítem ad hoc)	Cuantitativa Continua
		Satisfacción Vocacional con la Carrera	1 = Totalmente insatisfecho … 5 = Totalmente satisfecho	Escala Likert de 5 puntos	Ordinal
		Satisfacción con el Rendimiento Académico	1 = Totalmente insatisfecho … 5 = Totalmente satisfecho	Escala Likert de 5 puntos	Ordinal
		Pensamientos de Deserción Universitaria	Nunca / Raramente / Algunas veces / Frecuentemente	Escala Likert de 4 puntos	Ordinal
	Aspectos Conductuales	Consumo / Abuso de Sustancias	Puntaje total ASSIST: Bajo riesgo (0–3) / Riesgo moderado (4–15) / Alto riesgo (≥16), por sustancia	ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) — 8 ítems	Ordinal
	Experiencias Traumáticas	Adversidades en la Infancia y Adolescencia	Puntaje total ACE: Sin adversidades (0) / Bajo (1–3) / Moderado (4–6) / Alto (≥7). Cubre: abuso físico, sexual, emocional, negligencia, disfunción del hogar	ACE Questionnaire (Adverse Childhood Experiences) — 10 ítems dicotómicos	Ordinal

Objetivo Específico 2	Variable conceptual	Dimensión/ Sub-variable	Indicador/Variable operativa	Ítems/ Instrumento	Tipo de variable
Identificar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés académico en la población de estudio mediante instrumentos estandarizados validados	**Características de la Depresión**	Ánimo Deprimido	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 1	Ordinal
		Anhedonia	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 2	Ordinal
		Alteraciones del Sueño	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 3	Ordinal
		Fatiga o Pérdida de Energía	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 4	Ordinal
		Cambios en Apetito o Peso	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 5	Ordinal
		Sentimientos de Inutilidad o Culpa	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 6	Ordinal

		Dificultad de Concentración	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 7	Ordinal
		Enlentecimiento o Agitación Psicomotora	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	PHQ-9, Ítem 8	Ordinal
		Pensamientos de Muerte o Autolesión ***(tamizaje preliminar)***	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días ***Nota: puntaje >0 activa evaluación específica con BSI (Objetivo 3)***	PHQ-9, Ítem 9	Ordinal
		Puntaje Total PHQ-9	Mínima (0–4) / Leve (5–9) / Moderada (10–14) / Moderadamente grave (15–19) / Grave (20–27)	PHQ-9, puntaje global	Ordinal **(para clasificación)** / Cuantitativa Discreta **(para análisis)**
	Características de la Ansiedad	Sensación de Nerviosismo o Angustia	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 1	Ordinal
		Incapacidad para Controlar la Preocupación	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 2	Ordinal
		Preocupación Excesiva por Múltiples Asuntos	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 3	Ordinal
		Dificultad para Relajarse	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 4	Ordinal
		Inquietud Psicomotora	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 5	Ordinal
		Irritabilidad	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 6	Ordinal
		Sensación de Miedo o Terror Inminente	0 = Nunca … 3 = Casi todos los días	GAD-7, Ítem 7	Ordinal
		Puntaje Total GAD-7	Mínima (0–4) / Leve (5–9) / Moderada (10–14) / Grave (15–21)	GAD-7, puntaje global	Ordinal (para clasificación) / Cuantitativa Discreta (para análisis)
	Características del Estrés Académico	Estresores Académicos (frecuencia de situaciones estresantes)	1 = Nunca … 5 = Siempre	SISCO SV-21, Ítems 1–8 (subescala de estresores)	Ordinal

		Síntomas del Estrés (reacciones físicas, psicológicas y conductuales)	1 = Nunca … 5 = Siempre	SISCO SV-21, Ítems 9–16 (subescala de síntomas)	Ordinal
		Estrategias de Afrontamiento	1 = Nunca … 5 = Siempre	SISCO SV-21, Ítems 17–21 (subescala de afrontamiento)	Ordinal
		Nivel de Estrés Académico Global	Bajo (≤33%) / Moderado (34–66%) / Alto (≥67%) *(puntaje porcentual)*	SISCO SV-21, puntaje global transformado	Ordinal

Para la evaluación del riesgo de ideación y conducta suicida que corresponde al tercer objetivo de esta tesis, se recomienda la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation, BSI), instrumento que ha sido consistentemente utilizado en la literatura sobre suicidalidad en estudiantes universitarios latinoamericanos (Hernández & Ruíz, 2018; Portela Veloso et al., 2019; Aguilar Chávez et al., 2026) y que mantiene coherencia con los antecedentes de la presente investigación.

La BSI es una escala de autoaplicación de 21 ítems, desarrollada por Beck et al. (1988) y adaptada al español. Los primeros 19 ítems son calificados en una escala de 0 a 2, con un rango de puntaje total de 0 a 38 puntos. Los ítems 1 a 5 funcionan como tamizaje inicial: si el participante puntúa 0 en los ítems 4 y 5 (deseo de realizar un intento y deseo pasivo de morir), no es necesario continuar con el resto de la escala. A su vez, a como se mencionó en la operacionalización de la variable correspondiente al objetivo 2, no se considerará necesario la aplicación de esta escala si el sujeto a estudio marca "*0"* en el **ítem 9** del PHQ-9.

La BSI evalúa cuatro dimensiones fundamentales:

- Dimensión 1: Actitud hacia la vida/muerte (ítems 1–5)
- Dimensión 2: Características de la ideación suicida (ítems 6–11)
- Dimensión 3: Características del intento (ítems 12–15)
- Dimensión 4: Factores actualizadores del intento (ítems 16–19)

La clasificación del riesgo se realiza conforme a la adaptación de Gómez (2012), incluida en el marco teórico de la presente tesis:

- Sin riesgo: Puntaje = 0
- Riesgo leve: Puntaje 1–10
- Riesgo moderado: Puntaje 11–20
- Riesgo severo: Puntaje 21–30
- Riesgo extremo: Puntaje 31–38

Objetivo Específico 3	Variable conceptual	Dimensión/ Sub-variable	Indicador/Variable operativa	Ítems/ Instrumento	Tipo de variable
Evaluar el nivel de riesgo de ideación y conducta suicida presente en la población de estudio mediante una escala estandarizada de valoración del riesgo suicida	**Actitud hacia la Vida y la Muerte**	Deseo de Vivir	0 = Moderado a fuerte / 1 = Débil / 2 = Ninguno	BSI, Ítem 1	Ordinal
		Deseo de Morir	0 = Ninguno / 1 = Débil / 2 = Moderado a fuerte	BSI, Ítem 2	Ordinal
		Razones para Vivir / para Morir	0 = Vivir supera morir / 1 = Equivalentes / 2 = Morir supera vivir	BSI, Ítem 3	Ordinal
		Deseo Activo de Suicidarse	0 = Ninguno / 1 = Débil / 2 = Moderado a fuerte	BSI, Ítem 4 ***(ítem de tamizaje)***	Ordinal
		Intento Pasivo de Suicidio	0 = Tomaría precauciones / 1 = Dejaría vivir/morir al azar / 2 = Evitaría pasos necesarios para sobrevivir	BSI, Ítem 5 ***(ítem de tamizaje)***	Ordinal
	Características de la Ideación Suicida	Duración de la Ideación Suicida	0 = Breve / 1 = Períodos más largos / 2 = Continua o casi continua	BSI, Ítem 6	Ordinal
		Frecuencia de la Ideación Suicida	0 = Raramente / 1 = Intermitente / 2 = Persistente	BSI, Ítem 7	Ordinal
		Actitud hacia la Ideación	0 = Rechazo / 1 = Ambivalente o indiferente / 2 = Aceptación	BSI, Ítem 8	Ordinal
		Control sobre el Acto Suicida / Disuasión	0 = Sentiría control / 1 = Inseguro de	BSI, Ítem 9	Ordinal

			control / 2 = Sin control		
		Razones o Factores Disuasivos	0 = No intentaría por factores disuasivos / 1 = Cierta preocupación / 2 = Ningún factor disuasivo	BSI, Ítem 10	Ordinal
		Razones del Intento Contemplado	0 = Manipulación / 1 = Combinación / 2 = Huida/solución	BSI, Ítem 11	Ordinal
	Características del Intento	Método: Especificidad / Planificación	0 = Sin plan / 1 = Plan inespecífico / 2 = Plan específico	BSI, Ítem 12	Ordinal
		Método: Accesibilidad / Oportunidad	0 = Inaccesible / 1 = Accesible con dificultad / 2 = Fácil acceso	BSI, Ítem 13	Ordinal
		Sensación de Capacidad para el Intento	0 = Incapaz / 1 = Inseguro / 2 = Capaz	BSI, Ítem 14	Ordinal
		Expectativa / Anticipación del Intento	0 = No / 1 = Inseguro / 2 = Sí	BSI, Ítem 15	Ordinal
	Factores Actualizadores del Intento	Preparación del Intento	0 = Ninguna / 1 = Parcial / 2 = Completa	BSI, Ítem 16	Ordinal
		Notas Suicidas	0 = No escritas / 1 = Solo pensadas o comenzadas / 2 = Escritas	BSI, Ítem 17	Ordinal
		Actos Preparatorios Finales	0 = Ninguno / 1 = Pensados o pendientes / 2 = Realizados	BSI, Ítem 18	Ordinal
		Engaño / Ocultamiento del Intento	0 = Lo revelaría / 1 = Inseguro / 2 = Lo ocultaría	BSI, Ítem 19	Ordinal
	Antecedente de Intentos de Suicidio	Historia de Intentos Previos	0 = Ninguno / 1 = Un intento / 2 = Más de un intento	BSI, Ítem 20	Ordinal
		Intención de Morir en Intentos Previos	0 = Baja intención / 1 = Intención ambivalente / 2 = Alta intención	BSI, Ítem 21	Ordinal
	Puntaje Total BSI y Clasificación del Riesgo	Nivel de Riesgo Suicida	Sin riesgo (0) / Leve (1–10) /	BSI, puntaje total ítems 1–19 ***(ítems 20–21 no suman***	Ordinal (para clasificación) /

			Moderado (11–20) / Severo (21–30) / Extremo (31–38)	***al puntaje, son datos contextuales)***	Cuantitativa Discreta (para análisis de correlación)

Cruce de variables

Para poder analizar al objetivo 4 Analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, académicos y de salud mental identificados, y la presencia de ideación y conducta suicida en la población estudiada. Se considera necesario el cruce de variables que se hará de la forma descrita en las siguientes tablas:

Bloque 1 — Variables Sociodemográficas y Biológicas (Módulo I)

N°	**Variable dependiente**	**Módulo**	**Tipo de variable**	**Variable dependiente**	**Prueba estadística**	**Estimador a reportar**	**Condición de aplicación**
1	Sexo	I	Nominal dicotómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson / Prueba exacta de Fisher	OR (IC95%), p	Si alguna celda esperada < 5 → Fisher
2	Edad (grupos: 17–20 / 21–24 / 25–29 / ≥30)	I	Ordinal por grupos	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Reagrupar si n por celda < 5
3	Procedencia geográfica (Managua vs. Resto del país)	I	Nominal dicotómica recodificada	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson / Fisher	OR (IC95%), p	Recodificar en 2 categorías para el análisis
4	Percepción de situación financiera	I	Ordinal (Likert 5 pts.)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal (Mantel-Haenszel)	OR (IC95%), p, tendencia	Evaluar linealidad de la asociación
5	Orientación sexual	I	Nominal politómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Heterosexual como categoría de referencia

Bloque 2 — Variables del Entorno Familiar (Módulo I)

N°	Variable dependiente	Módulo	Tipo de variable	Variable dependiente	Prueba estadística	Estimador a reportar	Condición de aplicación
6	Presencia de figuras parentales	I	Nominal politómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Ambos padres presentes como categoría de referencia
7	Convivencia en el hogar	I	Nominal politómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Recodificar si n por categoría < 5
8	Percepción de estabilidad familiar	I	Ordinal (Likert 5 pts.)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	-
9	Percepción de apoyo familiar	I	Ordinal (Likert 5 pts.)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	

Bloque 3 — Variables Académicas (Módulo I)

N°	Variable dependiente	Módulo	Tipo de variable	Variable dependiente	Prueba estadística	Estimador a reportar	Condición de aplicación
10	Carrera en estudio	I	Nominal politómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Considerar agrupación por área del conocimiento si n < 5 por carrera
11	Año académico en curso	I	Ordinal	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	Primer año como categoría de referencia
12	Último índice académico (rangos)	I	Ordinal	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	Rango >90.0 como categoría de referencia

13	Nivel de satisfacción vocacional	I	Ordinal (Likert 5 pts.)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	-
14	Satisfacción con el rendimiento académico	I	Ordinal (Likert 5 pts.)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de tendencia lineal	OR (IC95%), p, tendencia	-
15	Pensamientos de abandono de la carrera	I	Ordinal (4 categorías)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	"Nunca" como categoría de referencia

Bloque 4 — Variables Conductuales y Experiencias Adversas (Módulo I)

N°	**Variable dependiente**	**Módulo**	**Tipo de variable**	**Variable dependiente**	**Prueba estadística**	**Estimador a reportar**	**Condición de aplicación**
16	Nivel de riesgo de consumo de sustancias (ASSIST)	I	Ordinal (Bajo / Moderado / Alto)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Riesgo bajo como categoría de referencia
17	Antecedentes de violencia sexual	I	Nominal dicotómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado / Fisher	OR (IC95%), p	Si n < 5 en alguna celda → Fisher
18	Antecedentes de bullying	I	Nominal dicotómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado / Fisher	OR (IC95%), p	-
19	Antecedentes de violencia intrafamiliar	I	Nominal dicotómica	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado / Fisher	OR (IC95%), p	-

Bloque 5 — Variables de Estado de Salud Mental (Módulo II)

N°	Variable dependiente	Módulo	Tipo de variable	Variable dependiente	Prueba estadística	Estimador a reportar	Condición de aplicación
20	Nivel de depresión PHQ-9 (5 categorías)	II	Ordinal	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Sin depresión (0–4) como categoría de referencia
21	Puntuación total PHQ-9 (continua)	II	Cuantitativa continua	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	t de Student (si normalidad) / U de Mann-Whitney (si no normalidad)	Media ± DE o Mediana (RIC), p	Verificar normalidad con Shapiro-Wilk
22	Nivel de ansiedad GAD-7 (4 categorías)	II	Ordinal	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Sin ansiedad (0–4) como categoría de referencia
23	Puntuación total GAD-7 (continua)	II	Ordinal	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	t de Student / U de Mann-Whitney	Media ± DE o Mediana (RIC), p	Verificar normalidad con Shapiro-Wilk
24	Nivel de estrés académico ESSA (3 categorías)	II	Nivel de estrés académico ESSA (3 categorías)	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	Chi-cuadrado de Pearson	OR (IC95%), p	Estrés bajo como categoría de referencia
25	Puntuación total ESSA (continua)	II	Cuantitativa continua	Ideación suicida (BSI ≥ 1)	t de Student / U de Mann-Whitney	Media ± DE o Mediana (RIC), p	Verificar normalidad con Shapiro-Wilk

Bloque 6 — Análisis Multivariado (Regresión Logística Binaria)

Las variables que obtengan $p < 0,20$ en los análisis bivariados de los bloques 1 al 5 serán incluidas como candidatas en el modelo de regresión logística binaria. Este modelo estima el OR ajustado para cada variable, controlando el efecto de las demás, e identifica los predictores independientes de mayor peso para la ideación suicida en la población de UNICA.

9.4 Población y muestra

Población de estudio

La universidad cuenta con múltiples facultades que agrupan carreras en la población de estudio está constituida por la totalidad de estudiantes activos matriculados en cualquiera de las carreras de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo (UNICA) durante el período académico correspondiente a abril-mayo de 2026. Dado que el fenómeno en estudio la ideación y conducta suicida y sus factores de riesgo puede afectar a cualquier miembro de la comunidad estudiantil independientemente de la carrera, el año académico o las características sociodemográficas, no se establece ninguna restricción a priori sobre la población objetivo más allá de los criterios de inclusión definidos. área de ciencias médicas, ciencias jurídicas, ciencias económicas y administrativas, ciencias de la educación y artes, entre otras. ***El número exacto de estudiantes activos se encuentra en proceso de confirmación por parte de la Dirección de Bienestar Estudiantil de la institución.***

Criterios de inclusión exclusión

Criterios de inclusión

- Ser estudiante activo y legalmente matriculado en cualquier carrera de la Universidad Miguel Obando Bravo durante el periodo de estudio.
- Tener acceso a correo electrónico institucional.
- Aceptar voluntariamente participar en el estudio mediante la firma electrónica del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no respondan el formulario en su totalidad (cuestionarios con más del 20% de ítems sin respuestas serán excluidos del análisis).
- Estudiantes que se encuentren en suspensión académica temporal durante el período de recolección de datos.

- Estudiantes que se encuentren en intercambio académico o cumpliendo alguna actividad extracurricular durante el periodo de estudio.

Cálculo del tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la fórmula para poblaciones finitas, con los parámetros que se detallan a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2(N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

- n = tamaño de la muestra requerida
- N = tamaño de la población total de estudiantes activos ***(dato pendiente de confirmación institucional)***
- Z = valor crítico para el nivel de confianza del 95% = 1,96
- p = prevalencia esperada del fenómeno de interés. Con base en los antecedentes regionales más conservadores (Hernández & Ruíz, 2018: 12,3% en UNAN-Managua), se utilizará p = 0,15 (15%), aplicando el principio de estimación más conservadora para garantizar suficiencia estadística
- q = complemento de p = 1 - p = 0,85
- e = margen de error aceptado = 0,05 (5%)

Bajo los parámetros indicados y asumiendo una población estudiantil de N = 3,000 estudiantes activos (cifra provisional sujeta a confirmación), el cálculo arroja un aproximado de 184 estudiantes. Considerando una tasa de no respuesta o pérdida estimada del 15%, el tamaño muestras ajustado será de **216 estudiantes.**

Una vez confirmado el número total de estudiantes activos por la Dirección de Bienestar Estudiantil, se recalculará el tamaño muestral con la cifra exacta y se ajustará las cuotas de muestro por estrato.

Estrategia de muestreo

Se empleará un muestreo probabilístico estratificado, utilizando como criterio de estratificación la facultad o carrera en que está matriculado el estudiante. Esta estrategia garantiza que todas las unidades académicas de la universidad estén representadas en la muestra en proporción a su peso relativo dentro de la población total, lo que maximiza la representatividad de los resultados y permite realizar comparaciones entre grupos académicos.

El procedimiento operativo consistirá en:

1. Obtener el listado de estudiantes activos por carrera, proporcionado por la Dirección de Registro Académico de UNICA.
2. Calcular la proporción de cada carrera respecto al total de la población estudiantil.
3. Determinar la cuota muestral asignada a cada carrera de forma proporcional.
4. Seleccionar aleatoriamente a los estudiantes de cada carrera mediante la asignación de números aleatorios generados por software.
5. Enviar el formulario de Google Forms al correo institucional de los estudiantes seleccionados.

En el caso de no obtener respuesta de un estudiante seleccionado después de dos recordatorios enviados con intervalos de 72 horas, se procederá a la sustitución aleatoria por otro estudiante del mismo estrato.

9.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección

La técnica de recolección de datos será la encuesta estructurada de autoaplicación, administrada mediante un formulario digital en la plataforma Google Forms. Esta modalidad garantiza el anonimato completo de los participantes, facilita el acceso a la muestra a través del

correo electrónico institucional, reduce los sesgos asociados a la presencia del encuestador y permite la centralización automática de los datos en una hoja de cálculo para su posterior procesamiento estadístico.

La fuente de información será primaria, obtenida directamente de los estudiantes participantes, sin intermediación de registros institucionales o bases de datos preexistentes.

Descripción del instrumento

El instrumento de recolección de información está compuesto por cuatro módulos que corresponden a los objetivos específicos del estudio:

Módulo I Características Sociodemográficas, Académicas y Conductuales (Objetivo 1)

Recoge información sobre las variables de caracterización de la población mediante ítems de elaboración propia del equipo investigador, combinados con ítems adaptados de instrumentos estandarizados. Incluye variables biológicas (sexo, edad), socioeconómicas (procedencia, percepción de la situación financiera), del entorno familiar (estructura familiar, convivencia, apoyo percibido), académicas (carrera, año, rendimiento, satisfacción vocacional) y conductuales.

Para la evaluación del consumo de sustancias psicoactivas se utilizarán ítems del ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud para el tamizaje de consumo de sustancias en entornos no clínicos. Para los antecedentes de experiencias adversas (violencia sexual, bullying, violencia intrafamiliar) se utilizarán ítems adaptados del CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire - Short Form) de Bernstein et al. (1994), validado en español.

Módulo II Estado de Salud Mental (Objetivo 2)

Comprende tres instrumentos estandarizados:

a) PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9): Escala de tamizaje de depresión mayor compuesta por 9 ítems, cada uno con 4 opciones de respuesta en escala Likert (0 = Nunca; 3 = Casi todos los días). Evalúa la presencia y severidad de los síntomas depresivos en las dos

semanas previas a la aplicación. La puntuación total oscila entre 0 y 27, con puntos de corte establecidos en: sin depresión (0–4), depresión leve (5–9), moderada (10–14), moderadamente grave (15–19) y grave (20–27). Desarrollado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001) y validado en español en población latinoamericana.

b) GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7): Escala de tamizaje de trastorno de ansiedad generalizada compuesta por 7 ítems con escala Likert de 4 puntos (0–3). La puntuación total oscila entre 0 y 21, con puntos de corte en: sin ansiedad (0–4), leve (5–9), moderada (10–14) y grave (15–21). Desarrollado por Spitzer et al. (2006) y ampliamente validado en contextos latinoamericanos.

c) ESSA (Escala de Estrés Académico): Instrumento diseñado por Barraza Macías (2007) para medir el estrés académico en estudiantes universitarios, validado en población universitaria hispanohablante. Se utilizarán las dimensiones de estresores académicos y síntomas del estrés, permitiendo categorizar a los participantes en niveles bajo, medio y alto de estrés académico.

Módulo III Riesgo de Ideación y Conducta Suicida (Objetivo 3)

BSI (Beck Scale for Suicidal Ideation Escala de Ideación Suicida de Beck): Instrumento desarrollado por Beck, Kovacs y Weissman (1979), compuesto por 21 ítems con 3 opciones de respuesta (0–1–2). Evalúa la actitud del individuo hacia la vida y la muerte, la intensidad, frecuencia y características de la ideación suicida activa y pasiva, la especificidad del plan, la accesibilidad al método y las conductas preparatorias. Los ítems 1 al 19 conforman la puntuación total (0–38), con categorización de riesgo en: sin riesgo (0), bajo (1–10), moderado (11–25) y alto (26–38). El BSI es el instrumento utilizado en los principales antecedentes nacionales y regionales de esta investigación (Hernández & Ruíz, 2018; Portela Veloso et al., 2019; Aguilar Chávez et al., 2026).

Módulo IV Análisis de Asociación entre Factores de Riesgo e Ideación y Conducta Suicida (Objetivo 4)

El cuarto objetivo específico analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, académicos y de salud mental identificados y el riesgo de ideación y conducta suicida no requiere

la recolección de datos adicionales mediante un instrumento separado, dado que opera sobre el conjunto integrado de datos recopilados en los módulos I, II y III. Las variables independientes provienen del Módulo I (características sociodemográficas y académicas) y del Módulo II (puntuaciones de PHQ-9, GAD-7 y ESSA), mientras que la variable dependiente principal presencia o ausencia de ideación suicida clínicamente significativa se obtiene de la puntuación total del BSI del Módulo III, dicotomizada en ausencia de riesgo (BSI = 0) versus presencia de riesgo (BSI ≥ 1) para el análisis bivariado, y mantenida en sus cuatro niveles ordinales (sin riesgo, bajo, moderado, alto) para los análisis descriptivos y de tendencia.

Las técnicas estadísticas que dan respuesta a este objetivo comprenden el análisis bivariado (Chi-cuadrado de Pearson, Odds Ratio con IC95%) y el análisis multivariado (regresión logística binaria), los cuales se describen con detalle en la sección 6.3 del presente capítulo.

Con el fin de garantizar el anonimato absoluto de los participantes, el instrumento se diseñará de forma que no se recopile ningún dato identificativo, incluyendo nombre, número de carnet, correo electrónico, número de teléfono o cualquier otro marcador que permita asociar las respuestas con la identidad del participante.

9.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validez

Según Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018), la validez es el grado en que un instrumento mide efectivamente la variable que pretende medir. Se reconocen tres dimensiones principales:

Validez de contenido: Se refiere al grado en que el instrumento abarca de forma representativa el dominio del constructo a medir. El PHQ-9, el GAD-7, el BSI y el ASSIST fueron desarrollados a partir de revisiones exhaustivas de la literatura clínica y psiquiátrica, y sus ítems corresponden directamente a los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para los trastornos que evalúan, lo que les confiere una elevada validez de contenido reconocida internacionalmente.

Validez de criterio: El PHQ-9 ha demostrado sensibilidad del 88% y especificidad del 88% para el diagnóstico de depresión mayor cuando se compara con entrevistas clínicas estructuradas

(Kroenke et al., 2001). El GAD-7 presenta sensibilidad del 89% y especificidad del 82% para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (Spitzer et al., 2006). El BSI muestra correlaciones significativas con la Escala de Desesperanza de Beck y con la Escala de Ideación Suicida de Hamilton, confirmando su validez concurrente (Beck et al., 1988).

Validez de constructo: Los análisis factoriales confirmatorios de todos los instrumentos seleccionados han demostrado estructuras factoriales estables en muestras latinoamericanas, incluyendo estudios de validación en Colombia, México, Perú y Brasil, confirmando que los ítems miden el constructo teórico para el que fueron diseñados.

El módulo de características sociodemográficas y académicas (Módulo I) será sometido a validación por juicio de expertos antes de su aplicación definitiva. Se solicitará la evaluación de al menos tres especialistas con formación en psiquiatría, psicología clínica o metodología de la investigación, quienes valorarán la pertinencia, claridad y suficiencia de cada ítem mediante una escala estandarizada. Los ítems que no alcancen un índice de validez de contenido (IVC) ≥ 0,80 serán revisados o eliminados.

Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia a la consistencia interna de un instrumento, es decir, a la estabilidad y coherencia de sus mediciones. El coeficiente alfa de Cronbach es el estimador más utilizado para su evaluación, con la siguiente escala interpretativa propuesta por Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018):

Rango del Coeficiente α	**Nivel de confiabilidad**
0,00 – 0,53	Nula
0,54 – 0,59	Baja
0,60 – 0,65	Válida
0,66 – 0,71	Muy válida
0,72 – 0,99	Excelente
1,00	Perfecta (Indica ausencia de varianza o errores)

Los instrumentos seleccionados para la presente investigación presentan los siguientes índices de confiabilidad documentados en validaciones realizadas en contextos latinoamericanos:

Instrumento	**Coeficiente α documentado**	**Referencia de validación**
PHQ-9	0,87 – 0,89	Calderón et al. (2017) — Colombia
GAD-7	0,82 – 0,92	García-Campayo et al. (2010) — España / Monterrosa et al. (2019) — Colombia
BSI (Escala de Ideación de Beck)	0,80 – 0,90	Aguilar Chávez et al. (2026) — Perú
ASSIST	0,80 – 0,86	OMS (validación multicéntrica)
ESSA	0,80 – 0,87	Barraza Macías (2007) — México

Todos los instrumentos seleccionados presentan coeficientes alfa en el rango de excelente confiabilidad (0,72–0,99), lo que garantiza la consistencia de las mediciones y sustenta la calidad metodológica del instrumento compuesto. No obstante, dado que los índices de confiabilidad pueden variar en función de las características específicas de la muestra, se calculará el coeficiente alfa de Cronbach para cada subescala en la muestra del presente estudio una vez finalizada la recolección de datos.

9.7 Procedimientos para el procesamiento y análisis de información

Procedimiento de recolección

Una vez obtenida la aprobación ética del protocolo de investigación por parte del comité correspondiente de la Universidad Miguel Obando Bravo, se seguirán los siguientes pasos:

1. Diseño y construcción del formulario digital en la plataforma Google Forms, con configuración de anonimato completo (desactivación del registro de correos electrónicos y de datos de identificación).
2. Validación del instrumento por juicio de expertos y aplicación de un piloto con un mínimo de 20 estudiantes no pertenecientes a la muestra final, para evaluar la comprensión de los ítems, el tiempo de respuesta y la consistencia interna preliminar.
3. Envío del formulario al correo electrónico institucional de los estudiantes seleccionados mediante la estrategia de muestreo descrita, con una carta de presentación que explique el objetivo del estudio, las instrucciones de participación y los datos de contacto del equipo investigador.
4. Período de recolección de cuatro semanas, con el envío de dos recordatorios a los estudiantes que no hayan respondido en los plazos establecidos.
5. Descarga y verificación de los datos recopilados, identificando y eliminando formularios incompletos o con inconsistencias evidentes.

Procesamiento de la información

Los datos exportados de Google Forms en formato de hoja de cálculo serán importados al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 25.0, donde se realizará:

- Codificación y etiquetado de variables conforme a la matriz de operacionalización.
- Limpieza de base de datos: identificación y tratamiento de valores perdidos, valores atípicos y errores de entrada.
- Recodificación de variables: agrupación de categorías para el análisis estadístico cuando corresponda (p. ej., agrupación de niveles de riesgo BSI en dicotómico: ausencia/presencia de ideación suicida para análisis bivariado).
- Cálculo de puntuaciones totales para cada escala (PHQ-9, GAD-7, BSI) y clasificación de los participantes en las categorías de severidad correspondientes.

Análisis estadístico

El análisis de datos se organizará en tres niveles progresivos, cada uno vinculado a los objetivos específicos que le corresponden:

Análisis descriptivo (Objetivos 1, 2 y 3):

- Responde a los tres primeros objetivos: caracterizar la población (Obj. 1), describir el estado de salud mental (Obj. 2) y evaluar el nivel de riesgo suicida (Obj. 3).
- Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), presentadas en tablas de distribución de frecuencias.
- Variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico).
- Variables ordinales (escalas Likert y puntuaciones totales de PHQ-9, GAD-7, ESSA y BSI): mediana y rango intercuartílico, con representación gráfica mediante diagramas de caja y gráficos de barras de frecuencia por categoría de severidad.
- Los resultados del BSI se presentarán en sus cuatro categorías de riesgo (sin riesgo, bajo, moderado y alto), con frecuencias absolutas y relativas por categoría, permitiendo una caracterización descriptiva completa del espectro de suicidalidad en la muestra.

Análisis bivariado (Objetivo 4):

- Da respuesta al cuarto objetivo específico: analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, académicos y de salud mental con el riesgo de ideación y conducta suicida.
- Para evaluar la asociación entre variables categóricas independientes (factores sociodemográficos y académicos procedentes del Módulo I, y niveles de severidad de PHQ-9, GAD-7 y ESSA del Módulo II) y la variable dependiente principal (presencia/ausencia de ideación suicida, definida por puntuación BSI ≥ 1 del Módulo III): prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), con corrección de continuidad de Yates cuando la

frecuencia esperada en alguna celda sea inferior a 5, y prueba exacta de Fisher en tablas 2×2 con muestras pequeñas.

- Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% como medida de la magnitud de la asociación entre cada factor de riesgo y la presencia de ideación suicida.
- Para variables cuantitativas continuas y ordinales (puntuaciones totales de PHQ-9, GAD-7, ESSA) en función de la presencia/ausencia de ideación suicida: prueba t de Student para muestras independientes (si se cumple normalidad verificada por Shapiro-Wilk) o prueba U de Mann-Whitney (si la distribución no es paramétrica).

Análisis multivariado (Objetivo 4):

- Complementa el análisis bivariado en la respuesta al cuarto objetivo, controlando el efecto de las variables confusoras e identificando los predictores independientes de mayor peso.
- Regresión logística binaria con la presencia de ideación suicida (BSI ≥ 1) como variable dependiente dicotómica y los factores de riesgo que alcancen significancia estadística en el análisis bivariado ($p < 0,20$) como variables independientes candidatas al modelo. Este procedimiento permite estimar el OR ajustado para cada predictor, cuantificar la contribución independiente de cada factor una vez controlados los demás, e identificar el perfil de riesgo combinado con mayor poder predictivo en la población estudiantil de UNICA.
- Se reportará la bondad de ajuste del modelo mediante el estadístico de Hosmer-Lemeshow y el coeficiente de determinación de Nagelkerke (R^2N) como indicador de la varianza explicada por el modelo.

El nivel de significancia estadística se establece en $p < 0,05$ (bilateral) para todos los análisis. Los resultados se presentarán en tablas y figuras elaboradas en SPSS y procesadas en el paquete de Office u otros sistemas de modificación de tablas, siguiendo los lineamientos de formato académico de la institución.

9.8 Consideraciones éticas

La presente investigación se adhiere de forma irrestricta a los principios éticos fundamentales que rigen la investigación con seres humanos, reconocidos internacionalmente en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, 2013) y en las normas éticas para la investigación en salud del Ministerio de Salud de Nicaragua.

Consentimiento informado

La participación en el estudio será estrictamente voluntaria. Previo al acceso al formulario de recolección de datos, cada participante recibirá un consentimiento informado electrónico que describirá de forma clara y comprensible: (a) el objetivo y la naturaleza del estudio, (b) los procedimientos de recolección de información, (c) los riesgos potenciales y los beneficios esperados, (d) el carácter voluntario de la participación y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia académica ni institucional, (e) las garantías de confidencialidad y anonimato, y (f) los datos de contacto del equipo investigador para consultas. Solo accederán al formulario los participantes que otorguen su consentimiento explícito mediante la selección de la opción de aceptación habilitada en la plataforma digital.

Confidencialidad y anonimato

El instrumento de recolección de datos será diseñado para garantizar el anonimato absoluto de los participantes. No se recopilará ningún dato identificativo incluyendo nombre, número de carnet, correo electrónico, número de teléfono o cualquier marcador que permita asociar las respuestas con la identidad de un participante específico. Los datos serán almacenados en un servidor seguro con acceso restringido exclusivamente al equipo investigador y serán destruidos una vez finalizado el proceso de análisis y publicación, conforme a la normativa institucional vigente.

Manejo del riesgo suicida durante la recolección

Dada la naturaleza sensible del tema de investigación, se establecerá un protocolo de actuación ante emergencias para el manejo de participantes que, durante o después de la aplicación del instrumento, presenten indicadores de riesgo suicida activo elevado. Específicamente:

- Al finalizar el formulario, todos los participantes recibirán, independientemente de sus respuestas, información sobre los recursos de apoyo en salud mental disponibles en la Universidad Miguel Obando Bravo (Servicio de Atención Psicopedagógica) y en instancias nacionales de apoyo en crisis.
- El equipo investigador no tendrá acceso a los datos individuales de participantes específicos durante la fase de recolección, dado el diseño anónimo del instrumento. Sin embargo, si a través de canales externos (p. ej., comunicación directa de un participante con el equipo) se identificara un caso de riesgo inmediato, se activará el protocolo de derivación urgente al Servicio de Psicopedagogía de UNICA.

Beneficencia y no maleficencia

El equipo investigador reconoce que la evocación de pensamientos relacionados con el suicidio durante la aplicación de un instrumento puede generar malestar emocional transitorio en algunos participantes. Para minimizar este riesgo, el formulario incluirá una nota introductoria que prepara al participante sobre la naturaleza de las preguntas y le recuerda su derecho a omitir cualquier ítem o a abandonar el formulario en cualquier momento sin consecuencia alguna. El diseño anónimo del instrumento busca, adicionalmente, reducir la carga emocional asociada a la divulgación de experiencias personales sensibles.

Los beneficios esperados del estudio la generación de evidencia científica que permita a la institución mejorar sus políticas de prevención y atención en salud mental son sustancialmente superiores a los riesgos potenciales identificados, lo que justifica éticamente su realización.

Integridad académica y transparencia

El equipo investigador se compromete a respetar los principios de integridad académica en todas las fases del estudio: la presentación honesta y sin manipulación de los datos obtenidos, la citación correcta de todas las fuentes consultadas, la declaración de cualquier potencial conflicto de interés y la disponibilidad de la base de datos anonimizada para auditoría académica si así lo requiere la institución. El presente protocolo de investigación será sometido a evaluación por el comité de ética institucional correspondiente antes del inicio de la recolección de datos.

10. Resultados

10.1 Características sociodemográficas y familiares de la población estudiada

La muestra estuvo constituida por 217 estudiantes activos de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo. Las mujeres representaron el 66,4% de la población participante y los hombres el 33,6%. La edad media fue de 20,1 años (DE = 3,5), con una mediana de 19 años y un rango entre 16 y 43 años. El grupo de 16 a 20 años concentró el 70,0% de la muestra, seguido por los estudiantes de 21 a 24 años, quienes representaron el 21,7%. Esta distribución evidencia una participación predominantemente joven, coherente con la composición habitual de los primeros años de la educación universitaria.

En cuanto a la orientación sexual, el 83,9% se identificó como heterosexual, el 7,4% como bisexual, el 4,1% como homosexual y el 4,6% prefirió no responder. La procedencia mostró una distribución equilibrada: el 50,7% provenía de Managua y el 49,3% del resto del país. Respecto a la situación económica percibida, el 24,9% se declaró insatisfecho, el 41,0% adoptó una posición neutral y el 32,7% manifestó satisfacción financiera.

La mayor parte de los participantes informó la presencia de ambas figuras parentales (67,3%) y convivencia con familiares (86,6%). El 52,5% valoró la estabilidad familiar como estable y el 65,4% señaló recibir bastante o total apoyo familiar. En contraste, el 14,3% describió un entorno familiar inestable y el 10,1% refirió ninguno o poco apoyo. Estos datos muestran que, aunque predominaron condiciones familiares favorables, también se identificó un grupo con recursos de apoyo más limitados, aspecto que posteriormente fue considerado en el análisis de asociación.

Tabla 3. Características sociodemográficas y familiares de la población estudiada (N = 217)

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	73	33,6
	Femenino	144	66,4
Edad	16-20 años	152	70,0
	21-24 años	47	21,7
	25-29 años	13	6,0
	≥30 años	5	2,3
Orientación sexual	Heterosexual	182	83,9

Variable	Categoría	n	%
	Homosexual	9	4,1
	Bisexual	16	7,4
	Prefirió no responder	10	4,6
Procedencia	Managua	110	50,7
	Resto del país	107	49,3
Satisfacción Financiera	Insatisfecho/a	54	24,9
	Neutral	89	41,0
	Satisfecho/a	71	32,7
	Sin respuesta	3	1,4
Figuras parentales	Ambos presentes	146	67,3
	Un progenitor ausente	52	24,0
	Ambos ausentes	14	6,5
	Sin respuesta	5	2,3
Convivencia actual	Con familiares	188	86,6
	Con pareja o amigos	13	6,0
	Solo/a	13	6,0
	Sin respuesta	3	1,4
Estabilidad familiar	Inestable	31	14,3
	Neutral	69	31,8
	Estable	114	52,5
	Sin respuesta	3	1,4
Apoyo familiar	Ninguno o poco	22	10,1
	Moderado	50	23,0
	Bastante o total	142	65,4
	Sin respuesta	3	1,4

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre N = 217. Los datos sin respuesta se conservaron como categoría cuando correspondía.

10.2 Características académicas

La carrera con mayor representación fue Medicina General, con 69 participantes (31,8%), seguida de Psicología con 30 (13,8%) y Marketing y Publicidad con 29 (13,4%). Las demás carreras presentaron participaciones menores pero permitieron incluir estudiantes de diferentes áreas de formación. En relación con el año académico, el 51,6% cursaba primero o segundo año, mientras

que el 48,4% se encontraba entre tercero y sexto año. Esta composición permitió comparar etapas iniciales y avanzadas de la trayectoria universitaria.

La satisfacción con el rendimiento académico mostró una distribución diversa. El 25,9% se declaró insatisfecho o totalmente insatisfecho, el 28,6% se mantuvo neutral y el 45,6% manifestó satisfacción o total satisfacción. El índice académico promedio fue de 89,09 puntos (DE = 6,16), con mediana de 90,00, lo que indica que el rendimiento objetivo global de la muestra fue elevado.

A pesar de este rendimiento general favorable, el 34,1% había pensado algunas veces en abandonar la universidad y el 6,9% lo había pensado frecuentemente. En conjunto, cuatro de cada diez participantes reportaron pensamientos de abandono con una frecuencia mayor que rara. Este resultado sugiere que la permanencia universitaria no depende únicamente de las calificaciones, sino también de la experiencia subjetiva del estudiante, su adaptación y su percepción de continuidad académica.

Tabla 4. Características académicas de la población estudiada (N = 217)

Variable	Categoría	n	%
Carrera	Administración de Empresas	14	6,5
	Arquitectura	6	2,8
	Arte Digital y Animación	13	6,0
	Derecho	13	6,0
	Ingeniería Industrial	13	6,0
	Marketing y Publicidad	29	13,4
	Medicina General	69	31,8
	Odontología	5	2,3
	Pedagogía	11	5,1
	Psicología	30	13,8
	Relaciones Internacionales y Comercio Internacional	14	6,5
Año académico	I año	51	23,5
	II año	61	28,1
	III año	34	15,7
	IV año	51	23,5

Variable	Categoría	n	%
	V año	16	7,4
	VI año	4	1,8
Satisfacción con rendimiento	Totalmente insatisfecho/a	14	6,5
	Insatisfecho/a	42	19,4
	Neutral	62	28,6
	Satisfecho/a	63	29,0
	Totalmente satisfecho/a	36	16,6
Pensamientos de abandono	Nunca	73	33,6
	Raramente	55	25,3
	Algunas veces	74	34,1
	Frecuentemente	15	6,9

Nota. Un participante no registró el índice académico. Los valores menores de 50 fueron recodificados a 49 y el valor 92625 se corrigió a 92,625 conforme a la depuración previamente acordada.

10.3 Consumo de sustancias, experiencias adversas y salud mental

El 47,9% de los participantes informó consumo de alguna sustancia a lo largo de su vida y fue clasificado en riesgo moderado según ASSIST, mientras que el 52,1% se ubicó en bajo riesgo. No se registraron puntuaciones correspondientes a la categoría de alto riesgo. El puntaje ASSIST tuvo una media de 4,2 (DE = 4,8), una mediana de 0 y un rango de 0 a 15 puntos, lo que refleja una distribución asimétrica con un grupo importante sin consumo y otro con puntuaciones progresivamente mayores.

En la escala de experiencias adversas, el 25,3% no reportó adversidades, el 55,8% acumuló entre una y tres, el 17,1% entre cuatro y seis, y el 1,8% siete o más. El puntaje ACE promedio fue de 2,1 (DE = 1,8). De esta manera, el 18,9% de la muestra presentó cuatro o más experiencias adversas, lo cual representa un segmento relevante para la comprensión del bienestar emocional en la adultez emergente.

El estrés académico, expresado como porcentaje del SISCO SV-21, fue bajo en el 40,6%, moderado en el 46,1% y alto en el 13,4%. La media fue de 41,15% (DE = 21,72). En el GAD-7, el 29,0% presentó ansiedad mínima, el 32,7% leve, el 22,6% moderada y el 15,7% grave. Por tanto, el 38,3% mostró ansiedad moderada o grave. En el PHQ-9, el 31,3% presentó síntomas mínimos,

el 30,0% leves, el 17,1% moderados, el 13,4% moderadamente graves y el 8,3% graves; en conjunto, el 38,8% alcanzó al menos un nivel moderado de sintomatología depresiva.

Tabla 5. Consumo de sustancias, experiencias adversas y estado de salud mental (N = 217)

Variable	Categoría	n	%
Consumo de sustancias alguna vez	No	113	52,1
	Sí	104	47,9
Riesgo ASSIST	Bajo riesgo	113	52,1
	Riesgo moderado	104	47,9
Experiencias adversas ACE	Sin adversidades (0)	55	25,3
	Bajo (1-3)	121	55,8
	Moderado (4-6)	37	17,1
	Alto (≥7)	4	1,8
Estrés académico SISCO	Bajo (≤33%)	88	40,6
	Moderado (34-66%)	100	46,1
	Alto (≥67%)	29	13,4
Ansiedad GAD-7	Mínima (0-4)	63	29,0
	Leve (5-9)	71	32,7
	Moderada (10-14)	49	22,6
	Grave (15-21)	34	15,7
Depresión PHQ-9	Mínima (0-4)	68	31,3
	Leve (5-9)	65	30,0
	Moderada (10-14)	37	17,1
	Moderadamente grave	29	13,4
	Grave (20-27)	18	8,3

Nota. El SISCO SV-21 se expresó como porcentaje de 0 a 100. En ASSIST no se observaron participantes en la categoría de riesgo alto.

Tabla 5A. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Variable	n	Media	DE	Mediana	Mín.-Máx.
Edad (años)	217	20,1	3,5	19,0	16,0-43,0
Índice académico	216	89,09	6,16	90,00	49,00-98,00
Puntaje ASSIST	217	4,2	4,8	0,0	0,0-15,0
Puntaje ACE	217	2,1	1,8	2,0	0,0-8,0
Estrés académico SISCO (%)	217	41,15	21,72	40,82	0,00-90,82

Variable	n	Media	DE	Mediana	Mín.-Máx.
Puntaje GAD-7	217	8,2	5,7	7,0	0,0-21,0
Puntaje PHQ-9	217	8,7	6,3	8,0	0,0-24,0
Puntaje BSI	217	3,0	6,4	0,0	0,0-34,0

Nota. DE = desviación estándar.

10.4 Presencia y nivel de ideación suicida

La presencia de ideación suicida, definida operacionalmente como una puntuación BSI igual o mayor que 1, se identificó en 66 participantes, equivalente al 30,4% de la muestra. Los 151 estudiantes restantes (69,6%) obtuvieron una puntuación de 0. El intervalo de confianza aproximado del 95% para la proporción de BSI ≥ 1 se ubicó entre 24,7% y 36,8%, lo que confirma que el hallazgo representa una proporción sustantiva dentro de la población analizada.

Al considerar el nivel de riesgo, el 19,8% del total se ubicó en la categoría leve, el 8,8% en moderada y el 1,8% en extrema. No se registraron casos en la categoría severa. Entre los 66 participantes con BSI ≥ 1, el 65,2% presentó nivel leve, el 28,8% moderado y el 6,1% extremo. La distribución indica que la mayor parte de la ideación se concentró en niveles iniciales, aunque coexistió un grupo menor con puntuaciones elevadas que requiere prioridad dentro de las rutas de atención institucional.

Los ítems relativos a intentos previos se aplicaron únicamente cuando correspondía según la lógica del instrumento. Dentro del subgrupo en el que la pregunta fue aplicable (n = 69), 34 estudiantes señalaron no haber tenido intentos previos y 35 reportaron al menos un antecedente. De estos últimos, 21 indicaron poca intención real de morir y 14 intención seria. En relación con la intención principal, 27 de los 35 casos (77,1%) describieron el intento como una forma de escapar del dolor sin certeza total de querer morir, seis (17,1%) señalaron una intención definitiva y dos (5,7%) lo relacionaron con la búsqueda de ayuda o la influencia sobre una situación. Estos resultados se presentan como características del subgrupo evaluado y no como prevalencia de intentos en el total de 217 participantes.

Tabla 6. Ideación, nivel de riesgo BSI y antecedentes de conducta suicida (N = 217)

Variable	Categoría	n	%
Variable dependiente	Ausencia de ideación (BSI = 0)	151	69,6
	Presencia de ideación (BSI ≥ 1)	66	30,4
Nivel de riesgo BSI	Sin riesgo (0)	151	69,6
	Leve (1-10)	43	19,8
	Moderado (11-20)	19	8,8
	Severo (21-30)	0	0,0
	Extremo (31-38)	4	1,8
Antecedente de intento	No aplica	148	68,2
	No, nunca	34	15,7
	Sí, con poca intención real de morir	21	9,7
	Sí, con intención seria de morir	14	6,5
Intención principal	No aplica	148	68,2
	No aplica: no tuvo intentos previos	34	15,7
	Escapar del dolor, sin certeza total de querer morir	27	12,4
	Quería morir definitivamente	6	2,8
	Quería pedir ayuda o influir en una situación	2	0,9

Nota. La variable dependiente se definió como BSI ≥ 1. Los campos omitidos por la lógica de salto se registraron como no aplica.

10.5 Asociación bivariada de los factores sociodemográficos, familiares y académicos

En el análisis sociodemográfico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según sexo, edad o procedencia. La presencia de ideación fue de 30,1% en hombres y 30,6% en mujeres (p = 1,000), y la distribución por edad tampoco mostró variaciones significativas (p = 0,782). De manera semejante, la procedencia de Managua o del resto del país presentó proporciones prácticamente equivalentes.

La orientación sexual sí mostró asociación global con la presencia de ideación (p = 0,003). El 25,8% de los estudiantes heterosexuales obtuvo BSI ≥ 1, frente al 62,5% de los bisexuales y el 60,0% de quienes prefirieron no declarar su orientación. En comparación con la categoría heterosexual, la orientación bisexual presentó un OR crudo de 4,79 (IC95%: 1,65-13,89).

Las variables económicas y familiares también mostraron asociaciones relevantes. Los estudiantes insatisfechos con su situación financiera presentaron 3,57 veces las odds de BSI ≥ 1 respecto a los satisfechos (p = 0,007). Vivir solo se relacionó con una proporción de ideación de

61,5% y un OR de 4,18 (IC95%: 1,31-13,38). La inestabilidad familiar se asoció con un OR de 3,44 (IC95%: 1,50-7,85), mientras que recibir ninguno o poco apoyo familiar se relacionó con un OR de 5,17 (IC95%: 2,02-13,22). Se observó un gradiente: a menor apoyo, mayor proporción de BSI ≥ 1.

En el ámbito académico, la agrupación de primero y segundo año no alcanzó significancia en el análisis bivariado (p = 0,190), aunque presentó una proporción de ideación mayor que los años avanzados. La insatisfacción con el rendimiento se asoció con BSI ≥ 1 (OR = 2,39; p = 0,027). El hallazgo académico de mayor magnitud correspondió a los pensamientos de abandono: quienes los presentaron algunas veces o frecuentemente tuvieron 4,71 veces las odds de ideación en comparación con quienes nunca o raramente pensaron abandonar (IC95%: 2,54-8,75; p < 0,001).

Tabla 7. Asociación de factores sociodemográficos, familiares y académicos con BSI ≥ 1

Factor	Categoría	Total n	BSI ≥ 1 n (%)	ORc (IC95%)	p global	Prueba
Sexo	Masculino	73	22 (30,1)	1,00 (ref.)	1,000	Chi-cuadrado con corrección de Yates
	Femenino	144	44 (30,6)	1,02 (0,55-1,88)		
Edad	16-20 años	152	46 (30,3)	1,00 (ref.)	0,782	Fisher
	21-24 años	47	13 (27,7)	0,88 (0,43-1,82)		
	25-29 años	13	5 (38,5)	1,44 (0,45-4,64)		
	≥30 años	5	2 (40,0)	1,54 (0,25-9,50)		
Orientación sexual	Heterosexual	182	47 (25,8)	1,00 (ref.)	**0,003**	Fisher
	Homosexual	9	3 (33,3)	1,44 (0,35-5,97)		
	Bisexual	16	10 (62,5)	4,79 (1,65-13,89)		
	Prefirió no responder	10	6 (60,0)	4,31 (1,16-15,94)		
Procedencia	Managua	110	33 (30,0)	1,00 (ref.)	1,000	Chi-cuadrado con corrección de Yates
	Resto del país	107	33 (30,8)	1,04 (0,58-1,86)		
Satisfacción financiera	Insatisfecho/a	54	24 (44,4)	3,57 (1,59-7,99)	**0,007**	Chi-cuadrado de Pearson
	Neutral	89	27 (30,3)	1,94 (0,92-4,12)		
	Satisfecho/a	71	13 (18,3)	1,00 (ref.)		
Figuras parentales	Ambos presentes	146	41 (28,1)	1,00 (ref.)	0,453	Fisher
	Un progenitor ausente	52	17 (32,7)	1,24 (0,63-2,46)		
	Ambos ausentes	14	6 (42,9)	1,92 (0,63-5,88)		
Convivencia actual	Con familiares	188	52 (27,7)	1,00 (ref.)	**0,048**	Fisher
	Con pareja/amigos	13	4 (30,8)	1,16 (0,34-3,94)		
	Solo/a	13	8 (61,5)	4,18 (1,31-13,38)		

Factor	Categoría	Total n	BSI ≥ 1 n (%)	ORc (IC95%)	p global	Prueba
Estabilidad familiar	Inestable	31	16 (51,6)	3,44 (1,50-7,85)	**0,011**	Chi-cuadrado de Pearson
	Neutral	69	21 (30,4)	1,41 (0,72-2,76)		
	Estable	114	27 (23,7)	1,00 (ref.)		
Apoyo familiar	Ninguno/poco	22	13 (59,1)	5,17 (2,02-13,22)	**<0,001**	Chi-cuadrado de Pearson
	Moderado	50	20 (40,0)	2,39 (1,20-4,77)		
	Bastante/total	142	31 (21,8)	1,00 (ref.)		
Año académico	I-II año	112	39 (34,8)	1,54 (0,86-2,77)	0,190	Chi-cuadrado con corrección de Yates
	III-VI año	105	27 (25,7)	1,00 (ref.)		
Satisfacción con rendimiento	Insatisfecho/a	56	25 (44,6)	2,39 (1,19-4,78)	**0,027**	Chi-cuadrado de Pearson
	Neutral	62	16 (25,8)	1,03 (0,50-2,13)		
	Satisfecho/a	99	25 (25,3)	1,00 (ref.)		
Pensamientos de abandono	Nunca/raramente	128	22 (17,2)	1,00 (ref.)	**<0,001**	Chi-cuadrado con corrección de Yates
	Algunas veces/frecuentemente	89	44 (49,4)	4,71 (2,54-8,75)		

Nota. En cada variable se excluyeron los datos sin respuesta. ORc = odds ratio crudo; IC95% = intervalo de confianza del 95%.

10.6 Asociación bivariada de factores conductuales y de salud mental con BSI ≥ 1

El riesgo por consumo de sustancias presentó una asociación estadísticamente significativa con la ideación. En el grupo de bajo riesgo ASSIST, el 15,0% obtuvo BSI ≥ 1, mientras que en el riesgo moderado la proporción ascendió a 47,1%. El OR crudo fue de 5,03 (IC95%: 2,64-9,58; p < 0,001), lo que indica una diferencia de magnitud importante entre ambas categorías.

Las experiencias adversas mostraron un patrón gradual. La presencia de ideación fue de 14,5% en quienes no reportaron adversidades, 28,1% en el nivel bajo, 56,8% en el moderado y 75,0% en el nivel alto. Aunque los intervalos fueron más amplios en las categorías con pocos participantes, la prueba global fue significativa (p < 0,001) y evidenció un aumento progresivo de BSI ≥ 1 conforme se acumulaban experiencias adversas.

El estrés académico también presentó un gradiente: 19,3% de ideación en el nivel bajo, 31,0% en el moderado y 62,1% en el alto. El nivel alto se asoció con un OR de 6,83 (IC95%: 2,73-17,11; p < 0,001). En ansiedad, la proporción aumentó desde 19,0% en el nivel mínimo hasta 47,1% en el nivel grave; las categorías moderada y grave presentaron OR de 2,47 y 3,78, respectivamente.

La asociación más pronunciada del análisis bivariado se observó en la sintomatología depresiva. Solo el 2,9% de quienes presentaron depresión mínima obtuvo BSI ≥ 1, frente al 32,3% con depresión leve, 37,8% con depresión moderada, 44,8% con síntomas moderadamente graves y 88,9% con síntomas graves. La prueba global fue significativa (p < 0,001). Esta relación debe leerse considerando que la aplicación de la BSI estuvo condicionada por el ítem 9 del PHQ-9, por lo que ambas mediciones no fueron completamente independientes.

Tabla 8. Asociación de factores conductuales y de salud mental con BSI ≥ 1

Factor	Categoría	Total n	BSI ≥ 1 n (%)	ORc (IC95%)	p global	Prueba
Riesgo por sustancias	Bajo riesgo (0-3)	113	17 (15,0)	1,00 (ref.)	**<0,001**	Chi-cuadrado con corrección de Yates
	Riesgo moderado (4-15)	104	49 (47,1)	5,03 (2,64-9,58)		
Experiencias adversas	Sin adversidades (0)	55	8 (14,5)	1,00 (ref.)	**<0,001**	Fisher
	Bajo (1-3)	121	34 (28,1)	2,30 (0,98-5,36)		
	Moderado (4-6)	37	21 (56,8)	7,71 (2,86-20,80)		
	Alto (≥7)	4	3 (75,0)	17,62 (1,62-191,22)		
Estrés académico	Bajo (≤33%)	88	17 (19,3)	1,00 (ref.)	**<0,001**	Chi-cuadrado de Pearson
	Moderado (34-66%)	100	31 (31,0)	1,88 (0,95-3,70)		
	Alto (≥67%)	29	18 (62,1)	6,83 (2,73-17,11)		
Ansiedad GAD-7	Mínima (0-4)	63	12 (19,0)	1,00 (ref.)	**0,025**	Chi-cuadrado de Pearson
	Leve (5-9)	71	20 (28,2)	1,67 (0,74-3,76)		
	Moderada (10-14)	49	18 (36,7)	2,47 (1,05-5,81)		
	Grave (15-21)	34	16 (47,1)	3,78 (1,50-9,49)		
Depresión PHQ-9	Mínima (0-4)	68	2 (2,9)	1,00 (ref.)	**<0,001**	Chi-cuadrado de Pearson
	Leve (5-9)	65	21 (32,3)	15,75 (3,52-70,57)		
	Moderada (10-14)	37	14 (37,8)	20,09 (4,24-95,18)		
	Moderadamente grave (15-19)	29	13 (44,8)	26,81 (5,49-130,92)		
	Grave (20-27)	18	16 (88,9)	264,00 (34,51-2019,46)		

Nota. ORc = odds ratio crudo; IC95% = intervalo de confianza del 95%. La relación PHQ-9-BSI se interpreta considerando la lógica condicional de aplicación del instrumento.

10.7 Comparación de variables cuantitativas según presencia de ideación

Debido a que las variables cuantitativas no cumplieron normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, se utilizó la U de Mann-Whitney. La edad y el índice académico no mostraron diferencias significativas entre quienes obtuvieron BSI = 0 y BSI ≥ 1. En ambos grupos la mediana de edad fue de 19 años, y el índice académico presentó medianas cercanas a 90 puntos.

En contraste, todas las variables de salud mental y comportamiento presentaron diferencias significativas. La mediana ASSIST fue de 0 puntos en el grupo sin ideación y de 8 puntos en el grupo con ideación. La mediana ACE aumentó de 1 a 3 experiencias; el estrés académico pasó de 37,76% a 52,04%; el GAD-7 de 6 a 10 puntos; y el PHQ-9 de 6 a 12 puntos. En todos estos casos, p fue menor de 0,001. Estos resultados confirman que el grupo con BSI ≥ 1 concentró puntuaciones mayores de consumo, adversidad, estrés, ansiedad y depresión.

Tabla 9. Comparación de variables cuantitativas según presencia de ideación suicida

Variable	BSI = 0 n	Mediana (RIC)	BSI ≥ 1 n	Mediana (RIC)	U	p
Edad (años)	151	19,0 (18,0-21,0)	66	19,0 (18,0-21,0)	5169,5	0,658
Índice académico	150	90,00 (85,00-93,97)	66	89,96 (86,00-93,00)	5219,0	0,525
Puntaje ASSIST	151	0,0 (0,0-6,0)	66	8,0 (1,0-12,0)	2642,5	**<0,001**
Puntaje ACE	151	1,0 (0,0-3,0)	66	3,0 (2,0-5,0)	2878,5	**<0,001**
Estrés académico SISCO (%)	151	37,76 (22,96-52,04)	66	52,04 (33,16-68,88)	3161,5	**<0,001**
Puntaje GAD-7	151	6,0 (3,0-11,0)	66	10,0 (6,0-14,0)	3296,5	**<0,001**
Puntaje PHQ-9	151	6,0 (2,5-11,0)	66	12,0 (8,0-18,0)	2043,0	**<0,001**

Nota. RIC = rango intercuartílico. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

10.8 Modelo de regresión logística binaria

El modelo multivariado incluyó factores candidatos identificados en el análisis bivariado y variables relevantes según el marco teórico. Para evitar redundancia entre escalas altamente correlacionadas, GAD-7 y SISCO no se incorporaron simultáneamente con PHQ-9. El modelo incluyó los 217 casos y presentó un R^2 de Nagelkerke de 0,507, una prueba de Hosmer-Lemeshow no significativa ($\chi^2[8] = 8,52$; $p = 0,385$) y un área bajo la curva ROC de 0,882. En conjunto, estos

indicadores muestran un ajuste adecuado y una capacidad discriminativa alta dentro de la muestra analizada.

Cinco factores mantuvieron asociación estadísticamente significativa. La orientación bisexual presentó un OR ajustado de 6,33 (IC95%: 1,62-24,68; p = 0,008). Cursar primero o segundo año se asoció con un OR de 2,65 (IC95%: 1,10-6,39; p = 0,030), y haber pensado abandonar la universidad algunas veces o frecuentemente con un OR de 2,62 (IC95%: 1,19-5,77; p = 0,017). Cada punto adicional en ASSIST se relacionó con un aumento aproximado del 22% en las odds de BSI ≥ 1 (OR = 1,22; IC95%: 1,11-1,34; p < 0,001), mientras que cada punto adicional en PHQ-9 se asoció con un aumento aproximado del 14% (OR = 1,14; IC95%: 1,06-1,22; p < 0,001).

El puntaje ACE mostró una tendencia positiva (OR = 1,17 por adversidad), aunque no alcanzó significancia después del ajuste (p = 0,152). La orientación homosexual y la categoría de quienes prefirieron no declarar su orientación tampoco conservaron significancia en el modelo. Estos resultados indican que el patrón final estuvo principalmente conformado por variables psicológicas, conductuales y académicas, junto con una condición sociodemográfica específica.

Tabla 9. Modelo de regresión logística binaria para presencia de ideación suicida (BSI ≥ 1)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Orientación bisexual (ref.: heterosexual)	6,33	1,62-24,68	**0,008**
Orientación homosexual (ref.: heterosexual)	1,44	0,17-12,11	0,740
Prefirió no declarar orientación (ref.: heterosexual)	1,77	0,37-8,49	0,478
Cursa I-II año (ref.: III-VI año)	2,65	1,10-6,39	**0,030**
Pensó abandonar algunas veces/frecuentemente	2,62	1,19-5,77	**0,017**
Puntaje ASSIST (por cada punto)	1,22	1,11-1,34	**<0,001**
Puntaje ACE (por cada adversidad)	1,17	0,94-1,45	0,152
Puntaje PHQ-9 (por cada punto)	1,14	1,06-1,22	**<0,001**

Nota. R^2 de Nagelkerke = 0,507; Hosmer-Lemeshow: $\chi^2(8) = 8,52$, p = 0,385; AUC = 0,882. La variable dependiente fue BSI ≥ 1.

11. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como propósito determinar los factores de riesgo asociados con la ideación y conducta suicida en estudiantes de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo. Los resultados aportan un diagnóstico situacional amplio, al integrar variables sociodemográficas, familiares, académicas, conductuales y de salud mental. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018), la discusión debe relacionar los hallazgos con los objetivos, las hipótesis y el conocimiento previo, identificando su significado y utilidad. Bajo este enfoque, los resultados evidencian que la ideación suicida se expresa como un fenómeno multifactorial, en el que convergen el malestar depresivo, el consumo de sustancias, la experiencia académica y determinadas condiciones sociales.

Magnitud de la ideación suicida y distribución del riesgo

La prevalencia operacional de BSI ≥ 1 fue de 30,4%, lo que equivale aproximadamente a tres de cada diez participantes. Esta cifra se aproxima al 29% de ideación alguna vez en la vida reportado por Eskin et al. (2016) en estudiantes de doce países y supera el 25% informado por Aguilar Chávez et al. (2026) en universitarios peruanos. También es mayor que la prevalencia combinada de 15,9% encontrada por Zhao et al. (2025), el 9,9% referido por Santos et al. (2017) para los treinta días previos y el 5,9% observado por Altavini et al. (2023) como prevalencia puntual en Brasil.

Las diferencias entre estudios pueden responder a los instrumentos empleados, los períodos de referencia y las características de cada población. En el presente trabajo, cualquier puntuación BSI igual o mayor que 1 se consideró presencia de ideación, criterio sensible que permite detectar manifestaciones iniciales. Esta forma de operacionalización es coherente con el propósito preventivo del estudio, ya que la identificación temprana ofrece la oportunidad de actuar antes de que el malestar se intensifique. Por ello, el resultado no debe verse únicamente como una cifra de prevalencia, sino como un indicador de la necesidad de fortalecer mecanismos institucionales de acompañamiento y referencia.

La distribución por niveles añade información relevante. La mayoría de los casos se ubicó en el nivel leve, lo que sugiere que una parte considerable de la población detectada se encuentra en una fase en la que las acciones de orientación, seguimiento y apoyo pueden resultar

especialmente oportunas. Al mismo tiempo, la identificación de 19 estudiantes en nivel moderado y 4 en nivel extremo demuestra que dentro de la comunidad existen necesidades de distinta intensidad. Esto respalda un enfoque escalonado de atención, con medidas universales de promoción de salud mental, intervenciones selectivas para grupos con mayor vulnerabilidad y rutas de evaluación especializada para los casos de mayor puntuación.

Perfil sociodemográfico y orientación sexual

El sexo, la edad y la procedencia no mostraron asociación estadísticamente significativa con BSI ≥ 1. La proporción fue prácticamente igual entre hombres y mujeres, lo que sugiere que en esta muestra la ideación no se concentró en un solo sexo. Zhao et al. (2025) describen resultados heterogéneos respecto al sexo, mientras que Altavini et al. (2023) tampoco encontraron un patrón demográfico simple que explicara por sí solo la ideación. Estos datos apoyan la conveniencia de que las estrategias institucionales estén disponibles para toda la comunidad estudiantil, sin limitar la detección a un perfil demográfico específico.

La ausencia de diferencias por edad también puede relacionarse con la concentración de la muestra en la adultez emergente. El 70% tenía entre 16 y 20 años, por lo que las categorías de mayor edad fueron pequeñas. Sin embargo, la inclusión de edades extremas dentro de la población universitaria permite mantener la representación de estudiantes de diferentes etapas, especialmente de los primeros años, evitando excluir experiencias que forman parte de la realidad institucional.

La orientación bisexual fue el factor sociodemográfico que mantuvo asociación independiente en el modelo ajustado. El 62,5% de los participantes bisexuales presentó BSI ≥ 1 y el OR ajustado fue de 6,33. Santos et al. (2017) encontraron de manera similar que la orientación bisexual conservó asociación con ideación suicida, y Zhao et al. (2025) identificaron la orientación sexual minoritaria como uno de los factores relevantes en universitarios.

Este hallazgo debe comprenderse desde una perspectiva inclusiva. La orientación sexual no constituye una condición patológica ni explica por sí misma la ideación. La asociación puede reflejar experiencias de discriminación, ocultamiento, temor al rechazo, menor apoyo percibido o estrés de minorías. Por tanto, la implicación práctica no consiste en señalar una identidad como problema, sino en fortalecer ambientes universitarios seguros, confidenciales y libres de estigma.

La amplitud del intervalo de confianza también indica que la magnitud exacta debe seguir estudiándose en muestras mayores, aunque la dirección del resultado coincide con la literatura disponible.

Condiciones financieras, convivencia y apoyo familiar

La insatisfacción financiera, la convivencia en solitario, la inestabilidad familiar y el bajo apoyo familiar se asociaron con BSI ≥ 1 en el análisis bivariado. Estos hallazgos muestran que la experiencia emocional del estudiante se encuentra vinculada con el contexto cotidiano en que desarrolla su vida universitaria. Quienes manifestaron insatisfacción financiera tuvieron 3,57 veces las odds de ideación respecto a quienes se encontraban satisfechos, mientras que vivir solo se relacionó con un OR de 4,18.

El apoyo familiar mostró un gradiente particularmente claro. La presencia de ideación fue de 21,8% entre quienes recibían bastante o total apoyo, 40,0% en quienes percibían apoyo moderado y 59,1% entre quienes reportaban ninguno o poco. Este patrón coincide con Zhao et al. (2025), quienes identificaron el apoyo social como factor protector, y con Castro-Ramirez et al. (2023), quienes describieron a la familia como una razón importante para vivir y una fuente potencial de acompañamiento en estudiantes latinoamericanos.

Aunque estas variables no se incorporaron como predictores independientes en el modelo final, su relevancia bivariada mantiene valor práctico. Es probable que su efecto se relacione con otras dimensiones, como depresión, estrés, consumo o dificultades académicas. Desde una perspectiva institucional, los resultados respaldan acciones que fortalezcan las redes de apoyo, faciliten la integración de estudiantes que viven lejos de sus familias y conecten a quienes enfrentan dificultades económicas con recursos de orientación y ayuda disponibles.

Experiencia académica y permanencia universitaria

Los resultados académicos evidencian una diferencia importante entre el rendimiento objetivo y la experiencia subjetiva. El índice académico no se asoció con BSI ≥ 1 y presentó medianas similares en ambos grupos. En cambio, la insatisfacción con el rendimiento se relacionó en el análisis bivariado, y los pensamientos de abandono conservaron asociación independiente. Este patrón indica que un estudiante puede mantener calificaciones adecuadas y, al mismo tiempo, experimentar agotamiento, desconexión o dudas acerca de su continuidad.

Altavini et al. (2023) encontraron que la insatisfacción con la carrera y el bajo desempeño se asociaron con ideación suicida, mientras que Aguilar Chávez et al. (2026) observaron mayor prevalencia en estudiantes de los primeros años. En UNICA, cursar primero o segundo año se asoció con 2,65 veces las odds de ideación después del ajuste. Este hallazgo puede relacionarse con los procesos de adaptación a nuevas exigencias, establecimiento de vínculos, organización del tiempo y consolidación de la decisión vocacional.

Los pensamientos de abandono representaron uno de los indicadores más consistentes. Quienes habían pensado abandonar algunas veces o frecuentemente presentaron una proporción de BSI ≥ 1 de 49,4%, frente al 17,2% de quienes nunca o raramente lo habían pensado. En el modelo ajustado, el OR fue de 2,62. Caballero-Domínguez et al. (2018), citado en el protocolo, también vincularon variables de salud mental con la propensión al abandono universitario. En consecuencia, preguntar por la intención de abandonar puede ser una estrategia sencilla y útil para identificar necesidades de acompañamiento que no siempre son visibles en las calificaciones.

La importancia de los primeros años y de la permanencia universitaria orienta hacia medidas concretas: programas de inducción, tutoría entre pares, mentorías, orientación vocacional y seguimiento temprano. Estas acciones pueden reforzar la integración académica y ofrecer espacios para expresar dificultades antes de que se traduzcan en aislamiento o abandono.

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias fue uno de los factores más sólidos. El riesgo moderado según ASSIST presentó una proporción de ideación de 47,1%, frente al 15,0% del bajo riesgo. Además, el puntaje ASSIST permaneció significativo en el modelo: por cada punto adicional, las odds de BSI ≥ 1 aumentaron aproximadamente 22%. Este resultado coincide con Zhao et al. (2025), quienes identificaron el uso de sustancias como factor de riesgo en estudios longitudinales, y con Portela Veloso et al. (2019), quienes encontraron asociaciones elevadas entre alcohol, tabaco, otras drogas e ideación en estudiantes del área de salud.

La asociación puede comprenderse desde diferentes mecanismos. El consumo puede funcionar como una forma de afrontamiento ante el estrés o el malestar, pero también puede

reducir la regulación emocional, incrementar la impulsividad y afectar el funcionamiento académico y social. Debido a que el diseño es transversal, no es posible establecer cuál condición apareció primero; sin embargo, la persistencia de ASSIST en el modelo confirma su utilidad como señal de alerta dentro de la evaluación integral.

El hallazgo favorece un enfoque preventivo y no punitivo. La universidad puede integrar educación sobre consumo, tamizaje confidencial, intervenciones breves y referencia a servicios especializados. La finalidad debe ser facilitar ayuda oportuna y reducir barreras para solicitar apoyo, evitando que el temor a sanciones impida la comunicación abierta.

Experiencias adversas

Las experiencias adversas mostraron una relación gradual con BSI ≥ 1. La proporción aumentó desde 14,5% en quienes no reportaron adversidades hasta 56,8% en el nivel moderado y 75,0% en el nivel alto. Aguilar Chávez et al. (2026) encontraron que las experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia incrementaban la probabilidad de ideación, y Altavini et al. (2023) identificaron antecedentes de abuso como un factor relevante en universitarios brasileños.

Después del ajuste, el puntaje ACE mantuvo una dirección positiva, aunque no alcanzó significancia. Esto no elimina su importancia, sino que sugiere que parte de la relación puede expresarse a través de síntomas depresivos, ansiedad, consumo o dificultades interpersonales. Las adversidades pueden actuar como condiciones distales que influyen en procesos más próximos al momento de la ideación. El modelo final, al considerar simultáneamente varias variables, priorizó los factores que aportaron información independiente dentro de esta muestra.

Desde el punto de vista práctico, los resultados apoyan una atención sensible a experiencias traumáticas. No se requiere que la universidad investigue detalles personales de manera invasiva; resulta más apropiado capacitar al personal para reconocer señales de malestar, responder con empatía y ofrecer rutas de atención confidenciales. La experiencia adversa debe comprenderse como un contexto de vulnerabilidad y no como una etiqueta definitiva.

Estrés académico y ansiedad

El estrés académico y la ansiedad presentaron asociaciones significativas en el análisis bivariado y diferencias claras en sus puntuaciones medianas. En estrés, la proporción de BSI ≥ 1

aumentó de 19,3% en el nivel bajo a 62,1% en el alto, con un OR de 6,83. En ansiedad, el porcentaje pasó de 19,0% en el nivel mínimo a 47,1% en el grave. Estas tendencias muestran una relación de dosis-respuesta: conforme aumenta el malestar, también crece la frecuencia de ideación.

Antúnez y Vinet (2013) describieron que la exigencia, la competitividad y las expectativas académicas pueden influir negativamente en la salud mental universitaria, y observaron mayor sintomatología en estudiantes de primer año. Micin y Bagladi (2011) también reportaron una presencia importante de trastornos adaptativos, ansiosos y del estado de ánimo en estudiantes que acudían a servicios de salud universitarios. Los resultados de UNICA se sitúan dentro de esta evidencia y muestran que la adaptación académica y la salud emocional deben abordarse de manera integrada.

GAD-7 y SISCO no se incluyeron simultáneamente con PHQ-9 en el modelo final debido a la correlación entre escalas. Por tanto, su ausencia del modelo no debe interpretarse como falta de relevancia. Sus asociaciones bivariadas y las diferencias de medianas indican que son dimensiones importantes para la identificación de estudiantes que podrían beneficiarse de estrategias de manejo de estrés, psicoeducación, orientación y atención psicológica.

Sintomatología depresiva

La depresión fue el factor psicológico con la relación más pronunciada. La presencia de BSI ≥ 1 aumentó de 2,9% en el nivel mínimo del PHQ-9 a 88,9% en el nivel grave. El puntaje PHQ-9 permaneció significativo en el modelo ajustado, con un aumento aproximado de 14% en las odds de ideación por cada punto adicional. Este hallazgo coincide con Santos et al. (2017), quienes identificaron los síntomas depresivos como la variable de mayor asociación, con Eskin et al. (2016), quienes relacionaron el distrés psicológico con ideación e intentos, y con Zhao et al. (2025), quienes reconocieron la depresión como uno de los factores más consistentes en universitarios.

La relación es también coherente con Aguilar Chávez et al. (2026), quienes reportaron que la depresión presentaba la mayor magnitud de asociación en su muestra peruana. La convergencia entre estudios de diferentes países refuerza la importancia de incorporar el

tamizaje de síntomas depresivos dentro de los servicios universitarios, especialmente cuando se acompaña de pensamientos de abandono, consumo o menor apoyo social.

En la interpretación del resultado debe considerarse que la aplicación de la BSI estuvo vinculada al ítem 9 del PHQ-9. Esta decisión favoreció la detección de estudiantes con señales depresivas relacionadas con ideación, pero también incrementa la relación estadística entre ambas mediciones. Por ello, el hallazgo conserva utilidad clínica y descriptiva, aunque su magnitud no debe compararse de manera directa con estudios en los que ambos instrumentos fueron administrados de forma completamente independiente.

Interpretación del modelo multivariado

El modelo de regresión mostró que la ideación no depende de un único factor. La orientación bisexual, los primeros años, los pensamientos de abandono, el puntaje ASSIST y el puntaje PHQ-9 aportaron información independiente. La combinación de estas variables explica un 50,7% de la variabilidad según el R^2 de Nagelkerke y alcanzó un AUC de 0,882, indicador de alta capacidad para diferenciar entre participantes con y sin BSI ≥ 1 dentro de la muestra.

Este desempeño apoya el marco multifactorial del estudio. Los factores sociodemográficos por sí solos no fueron suficientes; adquirieron mayor significado al integrarse con variables académicas, conductuales y psicológicas. El resultado coincide con Zhao et al. (2025), quienes proponen modelos que combinan diferentes dominios, y con Altavini et al. (2023), quienes organizaron los factores en niveles sociodemográficos, académicos y de salud mental.

El modelo constituye una base útil para orientar futuras investigaciones y priorizar áreas institucionales. No debe sustituir una evaluación clínica individual, pero sí permite reconocer patrones: mayor sintomatología depresiva, incremento del consumo, desconexión académica y necesidades de inclusión. Una validación posterior en otra muestra permitiría valorar su estabilidad y utilidad predictiva con mayor precisión.

Implicaciones teóricas y prácticas

Desde el punto de vista teórico, los resultados respaldan una comprensión integradora de la ideación suicida. La asociación simultánea de depresión, consumo y variables académicas muestra que el fenómeno no puede explicarse únicamente desde la psicopatología ni

exclusivamente desde el contexto universitario. Se configura a partir de la interacción entre vulnerabilidades personales, recursos sociales, experiencias previas y demandas actuales.

En el plano práctico, la primera implicación es fortalecer la detección temprana. Debido a que la mayoría de los casos se ubicó en un nivel leve, existe una oportunidad para intervenir antes de que el malestar alcance mayor intensidad. Un sistema de atención escalonada podría incluir campañas de promoción, tamizaje voluntario, orientación breve, seguimiento y referencia según el nivel de necesidad.

La segunda implicación es priorizar la transición universitaria. Los primeros años y los pensamientos de abandono conservaron asociación independiente, por lo que la adaptación académica debe considerarse parte de la prevención. Las tutorías, mentorías y programas de acompañamiento pueden mejorar la pertenencia y facilitar la identificación de dificultades académicas o emocionales.

La tercera implicación es integrar el consumo de sustancias dentro de la salud mental. El ASSIST aportó información independiente y puede utilizarse como componente de una evaluación más amplia. La cuarta es garantizar servicios inclusivos para estudiantes de orientaciones sexuales diversas, con personal capacitado y mecanismos confidenciales. Finalmente, los resultados familiares y económicos justifican estrategias de apoyo social, orientación financiera y conexión con recursos institucionales.

Contraste de hipótesis

La hipótesis de investigación planteó que existiría una asociación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, académicos y de salud mental incluyendo síntomas depresivos y ansiosos, bajo rendimiento académico, nivel socioeconómico bajo, experiencias traumáticas y consumo de sustancias y la presencia de ideación y conducta suicida. La hipótesis nula estableció que no existiría asociación entre dichos factores y el desenlace.

Los resultados permiten rechazar la hipótesis nula general, debido a que se identificaron múltiples asociaciones significativas. La hipótesis de investigación se considera respaldada de manera parcial y sustantiva. Se confirmó de forma independiente la asociación con sintomatología depresiva, consumo de sustancias, pensamientos de abandono, primeros años y orientación bisexual. La ansiedad, el estrés, las experiencias adversas, la dificultad financiera y

las variables familiares mostraron asociación en el análisis bivariado, aunque no todas conservaron independencia en el modelo final. El índice académico objetivo, sexo, edad y procedencia no mostraron asociación significativa.

El respaldo parcial no reduce el valor de la hipótesis; más bien precisa cuáles componentes tuvieron mayor peso en la población estudiada. La evidencia confirma la naturaleza multifactorial de la ideación suicida y muestra que los indicadores subjetivos de malestar académico y psicológico fueron más informativos que algunas características demográficas o el rendimiento numérico.

Tabla 9. Contraste de los componentes de la hipótesis de investigación

Componente	Resultado	Decisión interpretativa
Sintomatología depresiva	PHQ-9 significativo en análisis bivariado y multivariado	Respaldado; interpretar considerando la relación metodológica PHQ-9-BSI
Sintomatología ansiosa	GAD-7 significativo en análisis bivariado	Respaldado en el nivel bivariado
Estrés académico	SISCO alto: OR crudo = 6,83; p < 0,001	Respaldado en el nivel bivariado
Bajo rendimiento académico	Índice académico sin diferencias; insatisfacción y abandono sí asociados	No respaldado por el índice objetivo; sí por indicadores subjetivos
Dificultad socioeconómica	Insatisfacción financiera: OR crudo = 3,57; p = 0,007	Respaldado en el nivel bivariado
Experiencias traumáticas	Gradiente significativo en ACE; OR ajustado no significativo	Respaldado en el nivel bivariado
Consumo de sustancias	ASSIST significativo en análisis bivariado y multivariado	Respaldado de forma independiente
Factores familiares	Bajo apoyo e inestabilidad asociados en análisis bivariado	Respaldado en el nivel bivariado
Orientación sexual	Orientación bisexual significativa en el modelo ajustado	Respaldado de forma independiente
Primeros años y abandono	Ambos significativos en el modelo ajustado	Respaldado de forma independiente

Nota. La decisión global es rechazar H_0 y considerar H_1 respaldada parcialmente, debido a que varios factores conservaron asociación, aunque no todos lo hicieron de manera independiente.

12. Conclusiones

La presente investigación permitió determinar los factores de riesgo asociados con la ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo. En correspondencia con el objetivo general, los hallazgos evidencian que el fenómeno estudiado posee un carácter multifactorial, debido a que se relaciona con condiciones psicológicas, conductuales, académicas y sociales que interactúan dentro de la experiencia universitaria. De esta manera, el estudio aporta un diagnóstico situacional útil para comprender la salud mental del estudiantado y orientar prioridades institucionales de prevención, detección temprana y acompañamiento.

En respuesta al primer y segundo objetivo específico, la población participante estuvo constituida principalmente por mujeres, estudiantes de 16 a 20 años y alumnos de primero y segundo año, con representación de once carreras. Asimismo, se identificó una carga relevante de malestar emocional y académico: el 38,3 % presentó ansiedad moderada o grave, el 38,8 % depresión al menos moderada y el 59,5 % estrés académico moderado o alto. Estos resultados muestran que una proporción considerable del estudiantado enfrenta dificultades que pueden afectar su bienestar y permanencia universitaria. La sintomatología depresiva adquirió especial relevancia, ya que mantuvo una asociación independiente con la presencia de ideación suicida en el análisis multivariado.

En relación con el tercer objetivo específico, la prevalencia operacional de ideación suicida, definida mediante una puntuación BSI igual o mayor que 1, fue de 30,4 %. La mayoría de los casos se ubicó en el nivel leve, seguida por el nivel moderado, mientras que un grupo menor presentó un nivel extremo. Este patrón representa una oportunidad para intervenir de manera temprana antes de que el malestar aumente, sin dejar de reconocer la necesidad de contar con rutas claras de evaluación profesional, referencia y seguimiento para los estudiantes con puntuaciones de mayor intensidad. El hallazgo también amplía la evidencia disponible sobre salud mental universitaria en Nicaragua, un campo todavía insuficientemente estudiado.

En cumplimiento del cuarto objetivo específico, el análisis bivariado mostró asociaciones entre la ideación suicida y diferentes factores familiares, económicos, académicos y de salud mental. En el modelo de regresión logística, los factores que conservaron una asociación

independiente fueron la orientación bisexual, cursar primero o segundo año, pensar en abandonar la universidad algunas veces o frecuentemente, una mayor puntuación en el ASSIST y una mayor puntuación en el PHQ-9. El índice académico no diferenció a los estudiantes con y sin ideación, mientras que la insatisfacción y los pensamientos de abandono sí aportaron señales relevantes. Esto indica que la experiencia subjetiva del estudiante puede revelar dificultades que no siempre se reflejan en las calificaciones y que deben ser consideradas dentro del acompañamiento académico.

Los resultados permitieron rechazar la hipótesis nula general y respaldar parcialmente la hipótesis de investigación. Se comprobó que diversos factores planteados se relacionaron significativamente con la variable dependiente; sin embargo, no todos conservaron una asociación independiente al considerar simultáneamente las demás variables. Este respaldo parcial precisa cuáles factores tuvieron mayor peso en la población analizada y fortalece una comprensión integral de la ideación suicida. Desde el punto de vista teórico, los hallazgos confirman la interacción entre malestar psicológico, consumo de sustancias, adaptación académica y condiciones sociales. Desde el punto de vista práctico, sustentan el desarrollo de programas de tamizaje, orientación psicológica, prevención del consumo de sustancias, acompañamiento durante los primeros años, estrategias de retención universitaria y servicios confidenciales e inclusivos.

Entre las limitaciones se reconoce que el diseño transversal permite identificar asociaciones, pero no establecer causalidad. Además, la información se obtuvo mediante instrumentos de autorreporte y el estudio se realizó en una sola universidad, por lo que la generalización a otras instituciones debe efectuarse con prudencia. Algunas categorías también estuvieron representadas por pocos casos. No obstante, estas condiciones no reducen el valor del estudio como diagnóstico institucional, sino que delimitan su alcance y señalan la necesidad de investigaciones futuras con muestras más amplias y diseños longitudinales. En conclusión, los resultados responden a los objetivos originales, enriquecen el conocimiento sobre la salud mental de estudiantes universitarios nicaragüenses y ofrecen una base científica para fortalecer la prevención, mejorar el acceso a apoyo psicológico, académico y social, y promover el bienestar y la permanencia estudiantil en la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo.

13. Recomendaciones

Con base en los hallazgos y objetivos del estudio, se proponen recomendaciones para fortalecer la prevención, detección temprana y atención de la ideación y conducta suicida en la comunidad estudiantil de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo. Las acciones responden a los factores psicológicos, conductuales, académicos y sociales identificados, e incluyen propuestas para continuar la investigación sobre salud mental universitaria.

A las autoridades universitarias, se recomienda establecer un programa institucional permanente de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida, integrado a los servicios de bienestar estudiantil. Este programa deberá incluir evaluaciones periódicas y confidenciales mediante instrumentos breves para detectar síntomas depresivos, ansiedad, estrés académico, consumo de sustancias e ideación suicida. Los resultados del tamizaje deberán vincularse con rutas claras de orientación, referencia y seguimiento, evitando que la aplicación de cuestionarios se convierta en una actividad aislada sin respuesta asistencial.

A los profesionales de salud y psicología vinculados con la universidad, se sugiere fortalecer los mecanismos de atención temprana y manejo del riesgo. Debido a la proporción de estudiantes con puntuaciones positivas en la escala BSI y a la relación observada con los síntomas depresivos, es conveniente contar con protocolos de valoración clínica, intervención inicial, seguimiento y referencia a servicios especializados cuando sea necesario. La atención deberá brindarse con confidencialidad, trato respetuoso y comunicación clara, procurando que los estudiantes conozcan dónde solicitar ayuda y puedan acceder a ella sin temor a estigmatización.

A las coordinaciones académicas y de carrera, se recomienda priorizar estrategias de acompañamiento para estudiantes de primero y segundo año, así como para quienes expresen dudas frecuentes sobre continuar sus estudios. Pueden implementarse programas de inducción, mentoría entre pares, tutorías académicas, orientación vocacional y sistemas de alerta temprana ante inasistencias, disminución del rendimiento o manifestaciones de abandono. Estas acciones permitirían abordar oportunamente las dificultades de adaptación y permanencia universitaria que mostraron relación con la ideación suicida.

A las áreas de bienestar estudiantil y promoción de la salud, se recomienda integrar la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias dentro de las acciones de salud mental. Se

sugieren campañas educativas basadas en evidencia, aplicación del ASSIST en estudiantes que presenten señales de riesgo, intervenciones breves y mecanismos de referencia para quienes requieran atención especializada. Estas medidas deben centrarse en la reducción de riesgos y en el acompañamiento, evitando enfoques únicamente sancionatorios que puedan disminuir la disposición del estudiante para solicitar ayuda.

A toda la comunidad universitaria, se recomienda fortalecer un ambiente inclusivo, seguro y libre de discriminación. Los resultados señalan la necesidad de ofrecer apoyo sensible a las experiencias de estudiantes pertenecientes a grupos de diversidad sexual, garantizando igualdad de trato, confidencialidad y acceso a servicios de orientación. Para ello, conviene capacitar a docentes, personal administrativo, líderes estudiantiles y profesionales de apoyo en identificación de señales de malestar, comunicación empática y canalización responsable, sin asumir que una característica personal determina por sí sola la presencia de riesgo.

Se recomienda promover redes de apoyo entre estudiantes, docentes y familias mediante talleres de habilidades socioemocionales, manejo del estrés, resolución de problemas y búsqueda de ayuda. También pueden desarrollarse actividades de integración, grupos de acompañamiento y espacios de escucha que favorezcan el sentido de pertenencia. Cuando el estudiante lo autorice y sea pertinente, la participación de su red familiar o de una persona significativa puede contribuir a sostener el proceso de apoyo, respetando siempre la autonomía y la confidencialidad.

A las autoridades institucionales, se sugiere conformar un equipo interdisciplinario responsable de coordinar las acciones de prevención, revisar periódicamente los indicadores de salud mental y evaluar el funcionamiento de los servicios disponibles. Este equipo podría estar integrado por representantes de salud, psicología, coordinación académica, bienestar estudiantil y autoridades universitarias. El monitoreo anual permitiría identificar cambios en las necesidades del estudiantado, valorar el alcance de las intervenciones y orientar la asignación de recursos hacia las acciones con mejores resultados.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el estudio a otras universidades de Nicaragua y utilizar muestras mayores para comparar carreras y años académicos. Los diseños longitudinales, cualitativos o mixtos ayudarían a examinar la evolución de los factores asociados,

comprender las experiencias estudiantiles e identificar factores protectores. También se sugiere evaluar programas de tamizaje e intervención y validar los instrumentos en población universitaria nicaragüense, garantizando confidencialidad y protección ética.

14. Referencias

Aguilar Chávez, P. V., Talavera Cubas, M. A., Flores Lezama, M. T., & Rojas Huatay, Y. N. (2026). Factores de riesgo para la ideación suicida en estudiantes universitarios. Revista Cuidarte, 17(1), e5034. https://doi.org/10.15649/cuidarte.5034

Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. Clínica y Salud, 32(2), 89–92. https://doi.org/10.5093/clysa2021a17

Al-Halabí, S., & García-Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca-Pedrero (Coord.), Manual de tratamientos psicológicos: Adultos (pp. 639–675). Pirámide.

Álamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., & Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 57(2), 167–175. https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167

Altavini, C. S., Asciutti, A. P. R., Santana, G. L., Solis, A. C. O., Andrade, L. H., Oliveira, L. G., Andrade, A. G., Gorenstein, C., & Wang, Y.-P. (2023). Suicide ideation among Brazilian college students: Relationship with academic factors, mental health, and sexual abuse. Journal of Affective Disorders, 329, 324–334. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.112

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. Revista Médica de Chile, 141(2), 209–216. https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010

Arias, C. E. (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Revista de la Facultad de Farmacia, 46(2), 16–22.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of Abnormal Psychology, 127(7), 623–638. https://doi.org/10.1037/abn0000362

Banco Central de Nicaragua. (2024, 23 de diciembre). BCN publica Perspectivas Macroeconómicas 2024–2025. https://bcn.gob.ni/bcn-publica-perspectivas-macroeconomicas-2024-2025-0

Barraza Macías, A. (2007). El Inventario SISCO del estrés académico. Investigación Educativa Duranguense, 2(7), 89–93.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. Psychological Corporation.

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

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. Journal of Clinical Psychology, 44(4), 499–505. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4%3C499::AID-JCLP2270440404%3E3.0.CO;2-6

Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 43, 30–46. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse & Neglect, 27(2), 169–190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Caballero-Domínguez, C., Gallo-Barrera, Y., & Suárez-Colorado, Y. (2018). Algunas variables de salud mental asociadas con la propensión al abandono de los estudios universitarios. Psychologia, 12(2), 37–46. https://doi.org/10.21500/19002386.3466

Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatría Atención Primaria, 20(80), 387–397.

Cassiani-Miranda, C. A., Pérez-Aníbal, E., Vargas-Hernández, M. C., Herazo-Bustos, M., & Cabarcas-Tovar, A. (2018). Validez de apariencia y adaptación de la escala PHQ-9 para la detección de sintomatología depresiva en universitarios de ciencias de la salud de Cartagena (Colombia). Salud Uninorte, 34(1). https://doi.org/10.14482/sun.34.1.9154

Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M.,

Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., & Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 215, 37–48. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035

Castro-Ramirez, F., Paz-Pérez, M. A., McGuire, T. C., Rankin, O., García Alfaro, M. C., Audirac, A. M., Gómez Campuzano, M. L., Coady, P., Núñez-Delgado, M., Manana, J., Hernández-de la Rosa, C., Tambedou, T., Vergara, G. A., Alvis Barranco, L., Cudris-Torres, L., Nock, M. K., Naslund, J. A., & Benjet, C. (2023). A qualitative examination of the impact of suicidal thoughts and behavior on help-seeking among university students in Colombia and Mexico. Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 33(2), 67–80. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2023.04.001

Chacón, K. M., & Mayorga Bonilla, C. A. (2021). Factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en Emergencia. Hospital Gaspar García Laviana–Rivas, 2019 [Tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16677/

Corredor Carreño, L. S., Samacá Novoa, Y. D., & Ulloa Amador, W. S. (2019). Factores de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados en estudiantes de una universidad de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), 2019 [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. https://hdl.handle.net/20.500.12494/14310

Delgado, I., Criado, A., Merino, B. R., & Muñoz, J. (2025). Academic procrastination and suicidality: A systematic review. European Psychiatry, 68(Suppl. 1), S1009. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2045

Denis-Rodríguez, E., Barradas-Alarcón, M. E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P. B., & Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de medicina en Latinoamérica: Un meta análisis. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 8(15), 387–418. https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.304

Dunlop, B. W., Still, S., LoParo, D., Aponte-Rivera, V., Johnson, B. N., Schneider, R. L., Nemeroff, C. B., Mayberg, H. S., & Craighead, W. E. (2020). Somatic symptoms in treatment-naïve Hispanic and non-Hispanic patients with major depression. Depression and Anxiety, 37(2), 156–165. https://doi.org/10.1002/da.22984

Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K. I., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A.-M., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS collaborators. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28(2), e1782. https://doi.org/10.1002/mpr.1782

Eskin, M., Sun, J.-M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., Flood, C., Carta, M. G., Tran, U. S., Mechri, A., Hamdan, M., Poyrazli, S., Aidoudi, K., Bakhshi, S., Harlak, H., Moro, M. F., Nawafleh, H., Phillips, L., Shaheen, A., … Voracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. Archives of Suicide Research, 20(3), 369–388. https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1054055

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Á., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., & López-González, M. Á. (2012). La versión española del CORE-OM. Revista de Psicoterapia, 23(89), 109–135.

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health and Quality of Life Outcomes, 8, 8. https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. Revista Médica Clínica Las Condes, 23(5), 607–615. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3

Hernández López, F. T., & Ruiz Hernández, B. J. (2018). Ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017 [Tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]. https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/13593/

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.

Herruzo, C., Sánchez-Guarnido, A. J., Pino, M. J., Lucena, V., Raya, A. F., & Herruzo, F. J. (2023). Conducta suicida y uso problemático de Internet en estudiantes universitarios. Psicothema, 35(1), 77–86. https://doi.org/10.7334/psicothema2022.153

Jones, L. B., Vereschagin, M., Wang, A. Y., Munthali, R. J., Pei, J., Richardson, C. G., Halli, P., Xie, H., Rush, B., Yatham, L., Gadermann, A. M., Pendakur, K., Prescivalli, A. P., Munro, L., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Mortier, P., & Vigo, D. V. (2023). Suicidal ideation amongst university students during the COVID-19 pandemic: Time trends and risk factors. The

Canadian Journal of Psychiatry, 68(7), 531–546. https://doi.org/10.1177/07067437221140375

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. Preventive Medicine, 152(Pt 1), 106549. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría, 71(3), 183–191. https://doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. Terapia Psicológica, 29(1), 53–64. https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2025). Nicaragua: Ficha país. https://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/Nicaragua_FICHA%20PAIS.pdf

Ministerio de Salud de Nicaragua. (2023). Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua. https://www.minsa.gob.ni/aplicaciones-y-servicios/mapa-nacional-de-la-salud-en-nicaragua

Ministerio de Salud de Nicaragua. (2024, 7 de marzo). OPS/OMS: Nicaragua es un ejemplo y modelo de salud para otros países. https://www.minsa.gob.ni/centro-de-medios/noticias/opsoms-nicaragua-es-un-ejemplo-y-modelo-de-salud-para-otros-paises

Monterrosa-Blanco, A., Cassiani-Miranda, C. A., Scoppetta, O., & Monterrosa-Castro, A. (2021). Generalized anxiety disorder scale (GAD-7) has adequate psychometric properties in Colombian general practitioners during COVID-19 pandemic. General Hospital Psychiatry, 70, 147–148. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.03.013

Nicaragua Investiga. (2020, 15 de julio). Nicaragua invierte 15 córdobas al año por habitante en salud mental. https://nicaraguainvestiga.com/nacion/22026-nicaragua-invierte-15-cordobas-al-ano-por-habitante-en-salud-mental/

Numbeo. (s. f.). Coste de vida en Managua. Recuperado el 10 de octubre de 2026, de https://es.numbeo.com/coste-de-vida/ciudad/Managua

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Prevención del suicidio. https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio

Portela Veloso, L. U., Soares Lima, C. L., Silva Sales, J. C., de Souza Monteiro, C. F., de Souza Gonçalves, A. M., & da Silva Júnior, F. J. G. (2019). Suicidal ideation among health field undergraduates: Prevalence and associated factors. Revista Gaúcha de Enfermagem, 40, e20180144. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180144

Quevedo Fuentes, M. P., Rivadeneyra Díaz, N. J., & Díaz Flores, M. (2025). Salud mental en estudiantes de medicina: Un requisito indispensable para el ejercicio profesional exitoso.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9(5), 5793–5807. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19933

Rosero-Ordóñez, S. F., Reinoso-Guadalupe, D. R., & Flores-Brito, P. R. (2023). Evaluación de riesgo suicida en estudiantes universitarios. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 7(13), 15–27. https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2297

Salazar Flórez, J. E., Arias Castro, C. E., Quintero Pinzón, D., Velásquez Peláez, A., Segura Cardona, A., & Giraldo Cardona, L. S. (2024). Salud mental en estudiantes de medicina: Un reto más allá del estrés académico. Psicología desde el Caribe, 41(1), 83–103. https://doi.org/10.14482/psdc.41.1.919.265

Santos, H. G. B. dos, Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. de. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25, e2878. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Tennessee Suicide Prevention Network. (s. f.). For higher education. Recuperado el 10 de octubre de 2026, de https://tspn.org/for-higher-education

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers, 5, 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0

Ulloa Meza, F. J. (2017). Comportamiento epidemiológico del suicidio en Nicaragua en el período de enero 2011 a diciembre 2015 [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]. https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/9738/

UNESCO IESALC. (2024, 11 de noviembre). Nuevo informe: Apoyando la salud mental de los estudiantes de educación superior. https://www.iesalc.unesco.org/es/articles/nuevo-informe-apoyando-la-salud-mental-de-los-estudiantes-de-educacion-superior

Vargas-Prado, K., Becerra-Canales, B., Campos-Sobrino, M., Talla-Linderman, M., Felix-Pachas, H., & Jurado-Enriquez, E. (2025). Factores asociados al riesgo de deserción universitaria en estudiantes de ciencias de la salud. Revista Cubana de Medicina Militar, 54(2), e025070641.

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

World Health Organization. (2023, September 12). WHO launches new resources on prevention and decriminalization of suicide. https://www.who.int/news/item/12-09-2023-who-launches-new-resources-on-prevention-and-decriminalization-of-suicide

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Zhao, M., Xin, Y., Bai, X., Zhang, S., Liu, H., Xu, W., Duan, W., Jin, Q., Chen, Y., Luo, Y., Bai, J., Liu, Z., & Yin, H. (2025). Risk factors for suicidality among college students: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 382, 567–578. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.137

15. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Estimado/a estudiante:

Este cuestionario forma parte de una investigación académica cuyo propósito es analizar factores sociodemográficos, familiares, académicos, conductuales y de salud mental asociados con la ideación y conducta suicida en estudiantes activos de la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Su participación es voluntaria y anónima. No se solicitará nombre, número de carnet, correo electrónico, teléfono ni información que permita identificarle. Puede dejar de responder o abandonar el formulario en cualquier momento, sin consecuencias académicas o institucionales.

Algunas preguntas tratan temas sensibles. Puede omitir cualquier pregunta que le genere incomodidad. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos y se presentarán de manera agrupada.

Al seleccionar “Sí, acepto participar”, confirma que ha leído esta información y participa libremente.

C0. ¿Acepta participar voluntariamente en esta investigación?

Si selecciona “No acepto participar”, el formulario debe finalizar.

☐ Sí, acepto participar.

☐ No acepto participar.

Anexo 2: Instrumento de recolección de información

FILTROS DE ELEGIBILIDAD

E1. ¿Es estudiante activo y se encuentra legalmente matriculado/a en UNICA durante el período del estudio?

☐ Sí

☐ No

E2. ¿Se encuentra actualmente en suspensión académica temporal?

☐ Sí

☐ No

E3. ¿Se encuentra actualmente en un programa de intercambio académico?

☐ Sí

☐ No

Lógica
Finalizar el formulario si E1 = No, E2 = Sí o E3 = Sí.

MÓDULO I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES Y ACADÉMICAS

1. ¿Cuál es su sexo?

☐ Masculino

☐ Femenino

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente?

Registrar el valor exacto, no un rango de edad.

☐ Respuesta numérica: ____ años

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?

☐ Heterosexual

☐ Homosexual

☐ Bisexual

☐ Prefiero no decirlo

4. ¿Cuál es su procedencia geográfica?

☐ Boaco

☐ Carazo

☐ Chinandega

☐ Chontales

☐ Estelí

☐ Granada

☐ Jinotega

☐ León

☐ Madriz

☐ Managua

☐ Masaya

☐ Matagalpa

☐ Nueva Segovia

☐ Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN)

☐ Región Autónoma de la Costa Caribe Sur (RACCS)

☐ Río San Juan

☐ Rivas

☐ Otro país

5. ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con su situación financiera actual?

☐ 1 - Muy insatisfecho/a

☐ 2 - Insatisfecho/a

☐ 3 - Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a

☐ 4 - Satisfecho/a

☐ 5 - Muy satisfecho/a

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la presencia de sus figuras parentales durante su crianza?

☐ Ambos padres presentes

☐ Padre ausente

☐ Madre ausente

☐ Ambos padres ausentes

7. ¿Con quién vive actualmente?

Seleccione una sola opción: la que mejor describa su convivencia principal.

☐ Con mi núcleo familiar

☐ Con familiares cercanos

☐ Únicamente con hermanos/as

☐ Con compañeros/as de estudio

☐ Con amigos/as

☐ Con mi pareja

☐ Solo/a

8. ¿Cómo califica la estabilidad de su entorno familiar actual?

☐ 1 - Muy inestable

☐ 2 - Inestable

☐ 3 - Ni estable ni inestable

☐ 4 - Estable

☐ 5 - Muy estable

9. ¿Cuánto apoyo percibe de su familia cuando enfrenta dificultades?

☐ 1 - Ningún apoyo

☐ 2 - Poco apoyo

☐ 3 - Apoyo moderado

☐ 4 - Bastante apoyo

☐ 5 - Apoyo total

10. ¿Qué carrera estudia actualmente?

☐ Administración de Empresas

☐ Arquitectura

☐ Arte Digital y Animación

☐ Contabilidad y Finanzas

☐ Derecho

☐ Ingeniería Industrial

☐ Marketing y Publicidad

☐ Medicina General

☐ Odontología

☐ Pedagogía

☐ Psicología

☐ Relaciones Internacionales y Comercio Internacional

11. ¿Qué año académico cursa actualmente?

☐ I Año

☐ II Año

☐ III Año

☐ IV Año

☐ V Año

☐ VI Año

12. ¿Cuál fue su índice académico del último semestre conocido?

Aceptar únicamente valores entre 0 y 100.

☐ Respuesta numérica exacta: ____

13. ¿Qué tan satisfecho/a está con la carrera que eligió?

☐ 1 - Totalmente insatisfecho/a

☐ 2 - Insatisfecho/a

☐ 3 - Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a

☐ 4 - Satisfecho/a

☐ 5 - Totalmente satisfecho/a

14. ¿Qué tan satisfecho/a está con su rendimiento académico actual?

☐ 1 - Totalmente insatisfecho/a

☐ 2 - Insatisfecho/a

☐ 3 - Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a

☐ 4 - Satisfecho/a

☐ 5 - Totalmente satisfecho/a

15. ¿Con qué frecuencia ha pensado en abandonar la universidad?

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

MÓDULO II. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EXPERIENCIAS ADVERSAS

A. Bloque propuesto de 8 preguntas basado en la estructura ASSIST

A1. A lo largo de su vida, ¿ha consumido alguna de las siguientes sustancias sin una indicación médica?

En Google Forms, usar una cuadrícula con columnas "No" y "Sí" para cada sustancia.

☐ Productos de tabaco o nicotina

☐ Bebidas alcohólicas

☐ Cannabis o marihuana

☐ Cocaína

☐ Estimulantes tipo anfetamina

☐ Inhalantes

☐ Sedantes o pastillas para dormir sin indicación médica

☐ Alucinógenos

☐ Opioides

☐ Otras sustancias psicoactivas

A2. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cada una de las sustancias que indicó?

Aplicar por cada sustancia reportada.

☐ Nunca

☐ Una o dos veces

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ Diariamente o casi a diario

A3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un deseo fuerte o urgente de consumir cada sustancia?

Aplicar por cada sustancia reportada.

☐ Nunca

☐ Una o dos veces

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ Diariamente o casi a diario

A4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el consumo le ha ocasionado problemas de salud, sociales, académicos, legales o económicos?

Aplicar por cada sustancia reportada.

☐ Nunca

☐ Una o dos veces

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ Diariamente o casi a diario

A5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de cumplir responsabilidades habituales debido al consumo?

Aplicar por cada sustancia reportada.

☐ Nunca

☐ Una o dos veces

☐ Mensualmente

☐ Semanalmente

☐ Diariamente o casi a diario

A6. ¿Algún familiar, amigo/a u otra persona ha manifestado preocupación por su consumo?

Aplicar por sustancia.

☐ No, nunca

☐ Sí, en los últimos 3 meses

☐ Sí, pero no en los últimos 3 meses

A7. ¿Ha intentado reducir, controlar o suspender el consumo y no lo ha logrado?

Aplicar por sustancia.

☐ No, nunca

☐ Sí, en los últimos 3 meses

☐ Sí, pero no en los últimos 3 meses

A8. ¿Alguna vez ha usado una sustancia mediante inyección por motivos no médicos?

☐ No, nunca

☐ Sí, en los últimos 3 meses

☐ Sí, pero no en los últimos 3 meses

B. Bloque propuesto de 10 preguntas dicotómicas sobre experiencias adversas

Antes de cumplir 18 años, ¿vivió alguna de las siguientes situaciones?

Ítem	No	Sí
ACE1. Un adulto del hogar le insultaba, humillaba o hacía sentir miedo de manera repetida.	☐	☐
ACE2. Un adulto del hogar le agredió físicamente.	☐	☐

Ítem	No	Sí
ACE3. Una persona mayor o adulta le involucró en contacto sexual no deseado.	☐	☐
ACE4. Sintió que no recibía afecto, apoyo emocional o atención suficiente en su hogar.	☐	☐
ACE5. No tuvo de manera regular alimentación, ropa, cuidado o protección adecuados.	☐	☐
ACE6. Sus padres o figuras parentales se separaron, divorciaron o uno de ellos estuvo ausente por esa razón.	☐	☐
ACE7. Presenció violencia física entre personas adultas responsables de su cuidado.	☐	☐
ACE8. Vivió con una persona que tenía consumo problemático de alcohol u otras sustancias.	☐	☐
ACE9. Vivió con una persona que presentaba un problema grave de salud mental.	☐	☐

Ítem	No	Sí
ACE10. Alguna persona integrante de su hogar estuvo privada de libertad.	☐	☐

MÓDULO III. ESTADO DE SALUD MENTAL

A. Síntomas depresivos - PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Ítem	0 - Para nada	1 - Varios días	2 - Más de la mitad de los días	3 - Casi todos los días
PHQ1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.	☐	☐	☐	☐
PHQ2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza.	☐	☐	☐	☐
PHQ3. Tener dificultad para quedarse dormido/a, mantenerse dormido/a o dormir demasiado.	☐	☐	☐	☐

Ítem	0 - Para nada	1 - Varios días	2 - Más de la mitad de los días	3 - Casi todos los días
PHQ4. Sentirse cansado/a o tener poca energía.	☐	☐	☐	☐
PHQ5. Tener poco apetito o comer en exceso.	☐	☐	☐	☐
PHQ6. Sentirse mal consigo mismo/a, pensar que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo/a.	☐	☐	☐	☐
PHQ7. Tener dificultad para concentrarse en actividades como leer o ver televisión.	☐	☐	☐	☐
PHQ8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas lo hayan notado, o	☐	☐	☐	☐

Ítem	0 - Para nada	1 - Varios días	2 - Más de la mitad de los días	3 - Casi todos los días
estar tan inquieto/a que se mueve mucho más de lo habitual.				
PHQ9. Pensar que estaría mejor muerto/a o en hacerse algún daño.	☐	☐	☐	☐

B. Síntomas de ansiedad - GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Ítem	0 - Para nada	1 - Varios días	2 - Más de la mitad de los días	3 - Casi todos los días
GAD1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o con los nervios de punta.	☐	☐	☐	☐
GAD2. No poder dejar de preocuparse o no	☐	☐	☐	☐

Ítem	0 - Para nada	1 - Varios días	2 - Más de la mitad de los días	3 - Casi todos los días
poder controlar la preocupación.				
GAD3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas.	☐	☐	☐	☐
GAD4. Tener dificultad para relajarse.	☐	☐	☐	☐
GAD5. Estar tan inquieto/a que resulta difícil permanecer sentado/a.	☐	☐	☐	☐
GAD6. Molestarse o ponerse irritable con facilidad.	☐	☐	☐	☐
GAD7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar.	☐	☐	☐	☐

C. Estrés académico - bloque de 21 ítems alineado con la matriz

Estresores académicos

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
EA1. La cantidad de tareas, trabajos o proyectos que debe realizar.	☐	☐	☐	☐	☐
EA2. El tiempo limitado para cumplir con las actividades académicas.	☐	☐	☐	☐	☐
EA3. Los exámenes, pruebas y otras evaluaciones.	☐	☐	☐	☐	☐
EA4. La dificultad para comprender algunos temas o contenidos.	☐	☐	☐	☐	☐

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
EA5. La participación en clase, exposiciones o trabajos grupales.	☐	☐	☐	☐	☐
EA6. La personalidad o el trato de algunos docentes.	☐	☐	☐	☐	☐
EA7. La competencia o comparación con otros/as estudiantes.	☐	☐	☐	☐	☐
EA8. El tipo y nivel de exigencia de los trabajos solicitados.	☐	☐	☐	☐	☐

Síntomas del estrés

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
SE1. Problemas para dormir o cambios importantes en el sueño.	☐	☐	☐	☐	☐
SE2. Cansancio o fatiga persistente.	☐	☐	☐	☐	☐
SE3. Dolor de cabeza o tensión muscular.	☐	☐	☐	☐	☐
SE4. Malestar digestivo relacionado con la tensión.	☐	☐	☐	☐	☐
SE5. Ansiedad, angustia o preocupación intensa.	☐	☐	☐	☐	☐
SE6. Tristeza, desánimo o	☐	☐	☐	☐	☐

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
falta de motivación.					
SE7. Dificultad para concentrarse.	☐	☐	☐	☐	☐
SE8. Irritabilidad o cambios frecuentes de humor.	☐	☐	☐	☐	☐

Estrategias de afrontamiento

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
AF1. Organizar su tiempo y elaborar un plan de estudio.	☐	☐	☐	☐	☐
AF2. Buscar información o pedir ayuda académica.	☐	☐	☐	☐	☐
AF3. Hablar con una persona de	☐	☐	☐	☐	☐

Ítem	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Algunas veces	4 - Frecuentemente	5 - Siempre
confianza sobre sus preocupaciones.					
AF4. Realizar actividades de relajación, respiración o ejercicio.	☐	☐	☐	☐	☐
AF5. Analizar el problema y buscar soluciones paso a paso.	☐	☐	☐	☐	☐

MÓDULO IV. EVALUACIÓN DE IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

1. Deseo de vivir

   0 Moderado

   1 Débil

   2 Ninguno
2. Deseo de morir

   0 Ninguno

   1 Débil

   2 Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir

   0 Las de vivir superan las de morir

1 Más o menos igual

2 Las de morir superan

4. Deseo de efectuar un intento activo de suicidio

0 Ninguno

1 Débil

2 Moderado a fuerte

5. Intento pasivo de suicidio

0 Tomaría precauciones para salvar la vida

1 Dejaría al azar la vida o la muerte (por ejemplo, cruzar sin mirar una calle)

2 Evitaría las medidas necesarias para salvar o mantener la vida

6. Dimensión temporal: Duración

0 Breve, períodos fugaces

1 Períodos más largos

2 Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal: Frecuencia

0 Infrecuente, ocasional

1 Intermitente

2 Persistente o continua

8. Actitud hacia la ideación/deseo

0 Rechazo

1 Ambivalente; indiferente

2 Aceptación

9. Control sobre el deseo de actuación o acto suicida

0 Tiene sensación de control

1 Inseguro del control

2 No tiene sensación de control

10. Barreras para el intento activo (por ejemplo, familia, religión, posibilidad de lesión grave si se fracasa; irreversibilidad del intento)
    0 No intentaría suicidio a causa de una barrera

    1 Alguna preocupación sobre las barreras

    2 Mínima o nula preocupación sobre las barreras

11. Razón del intento en cuestión

    0 Manipular el entorno: 1. Conseguir atención o 2. venganza

    1 Combinación de «1» y «2»

    2 Escape, resolver problemas, desaparecer

12. Método: Especificidad/planificación

    0 No en cuestión

    1 Considerado pero sin elaborar detalles

    2 Detalles bien elaborados; bien formulado

13. Método: Disponibilidad/oportunidad

    0 Método no disponible; ninguna oportunidad

    1 El método llevaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no fácilmente disponible

    2 Oportunidad futura o anticipada disponibilidad de método

14. Sensación de «capacidad» para llevar a cabo un intento

    0 Cobarde, demasiado débil, asustado, incapaz

    1 Inseguro de la valentía o de la capacidad

    2 Seguro de la valentía o de la capacidad

15. Expectativas/anticipación del intento real

    0 No

    1 Inciertas, no seguro

    2 Sí

16. Preparación real

    0 Ninguna

    1 Parcial (por ejemplo, comenzar a acumular pastillas)

    2 Completa (por ejemplo, tiene pastillas, cuchillas, un arma cargada)

17. Nota de suicidio

    0 Ninguna

    1 Comenzada pero no acabada; sólo se ha pensado en ella

    2 Acabada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (por ejemplo, seguros, testamento, donaciones)

    0 Ninguno

    1 Algunas ideas o se han hecho algunas gestiones

    2 Planes finales efectuados o gestiones finalizadas

19. Engaño/encubrimiento del intento

    0 Ideas expresadas abiertamente

    1 Ideas reservadas

    2 Intento de engañar, mentir, encubrir

20. Intentos previos de suicidio

    0 Ninguno

    1 Uno

    2 Más de uno

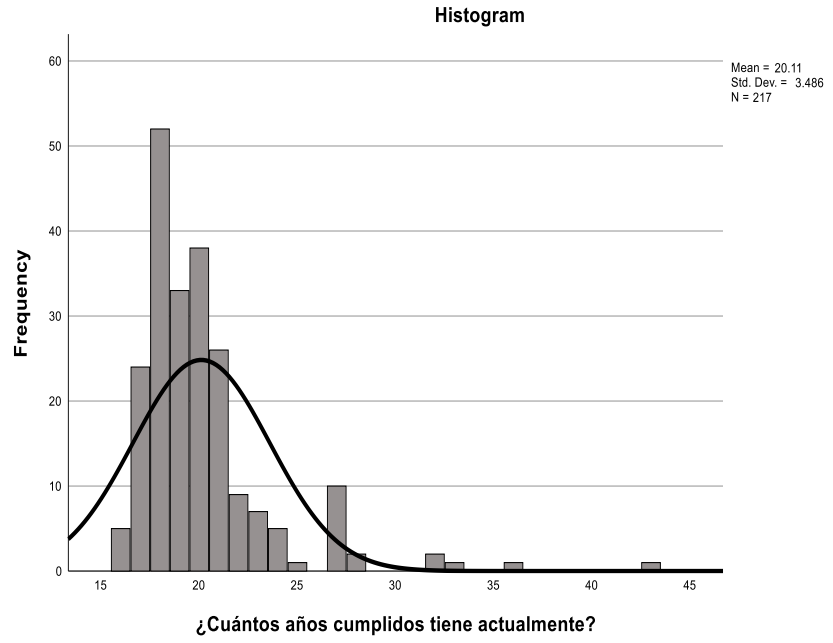
21. Intención de morir asociada con el último intento

    0 Baja

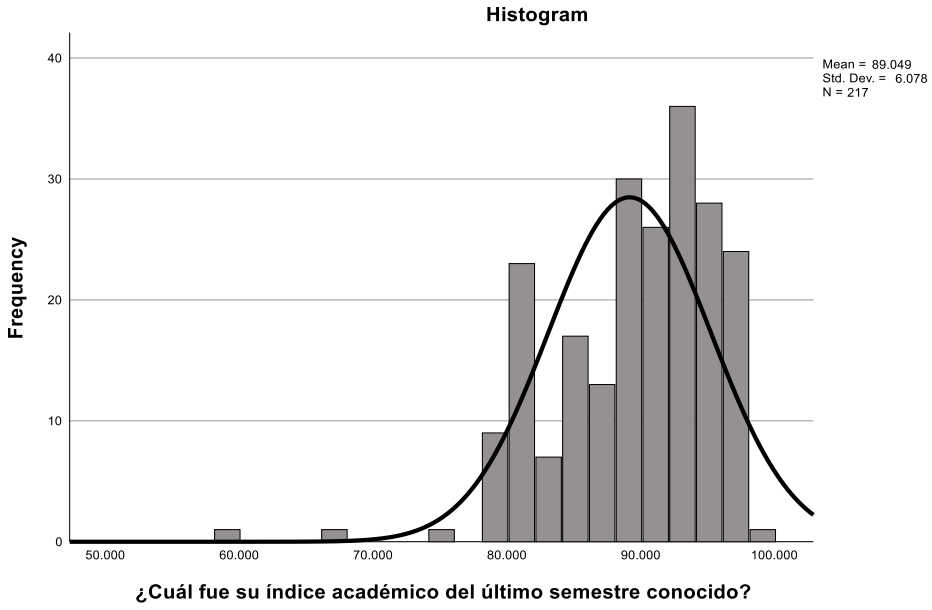
    1 Moderada; ambivalente; incierta

    2 Alta

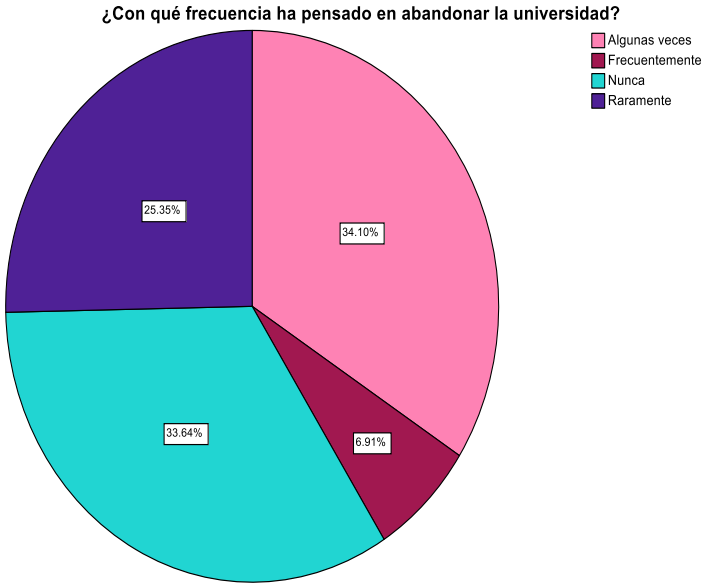
Anexo 3: Gráficas del análisis estadístico



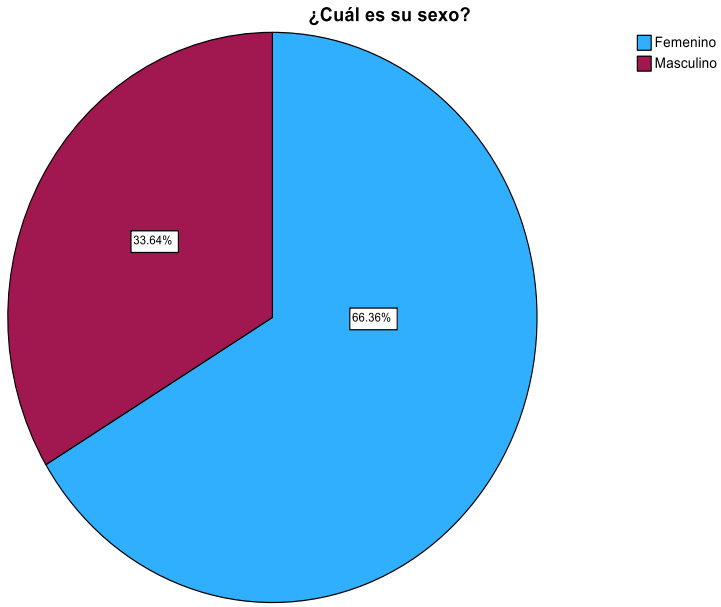
1 ¿Cuantos años cumplidos tiene actualmente?



2 ¿Cual fue su indice academcio del ultimo semestre conocido?



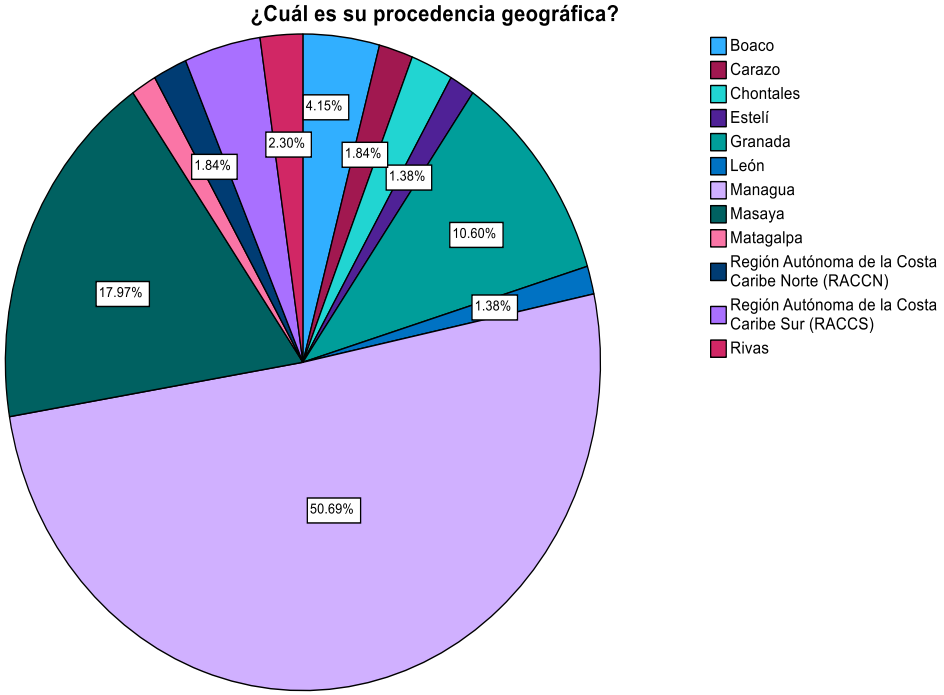
5 ¿Con qué frecuencia ha pensado en abandonar la universidad?



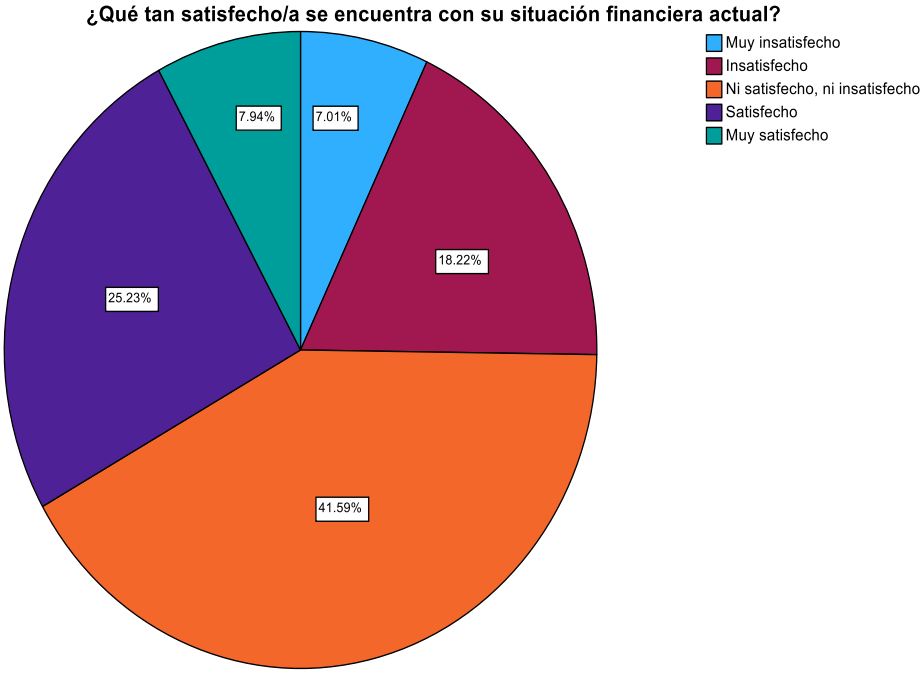
4 ¿Cuál es su sexo?



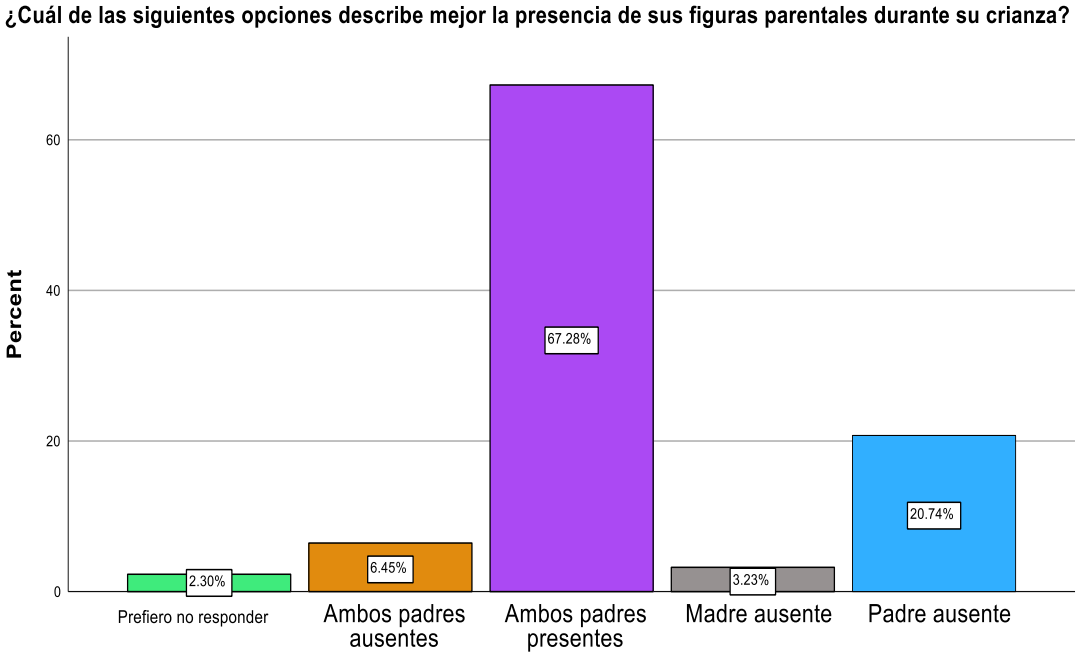
3¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?



6 ¿Cuál es su procedencia geográfica?

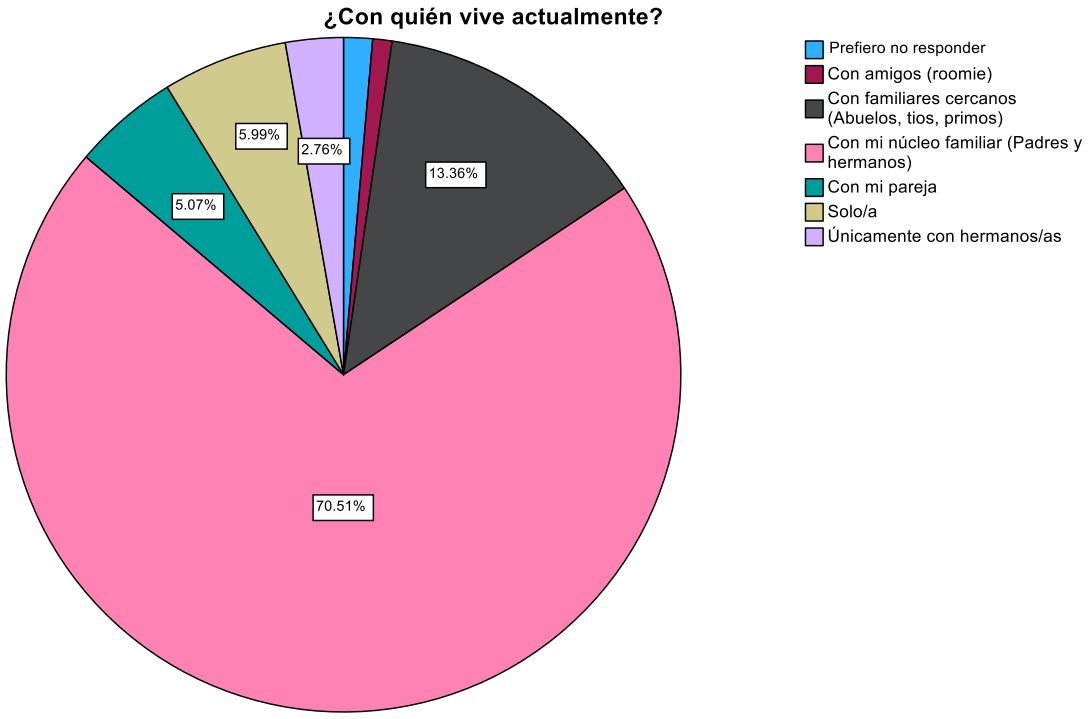


7 ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra con su situación financiera actual?

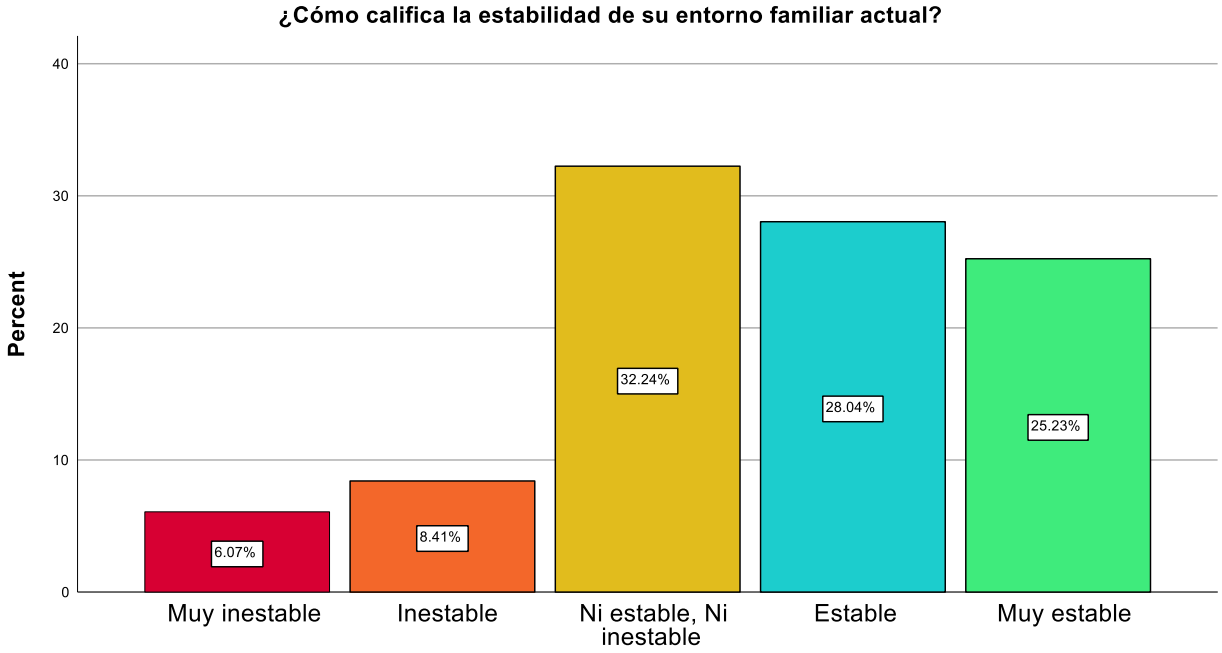


¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la presencia de sus figuras parentales durante su crianza?

8 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la presencia de sus figuras parentales durante su crianza?

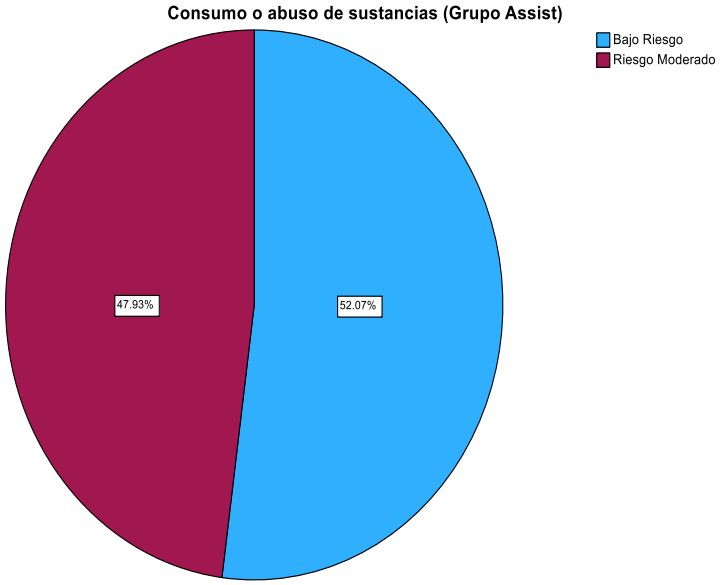


9 ¿Con quién vive actualmente?

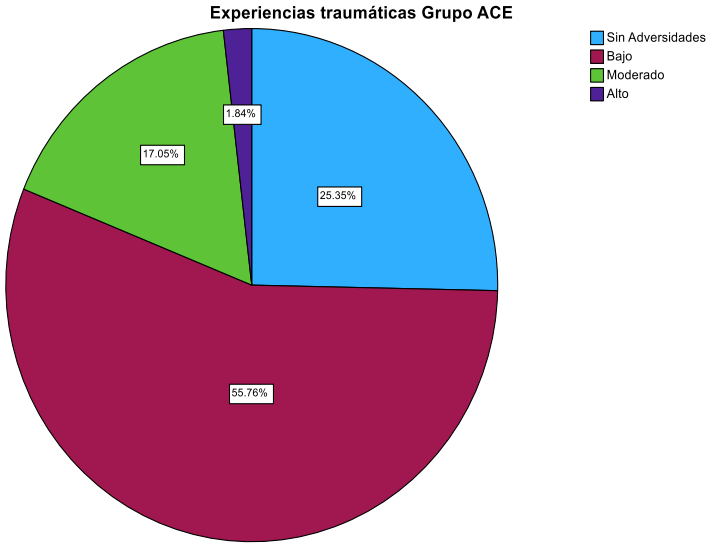


¿Cómo califica la estabilidad de su entorno familiar actual?

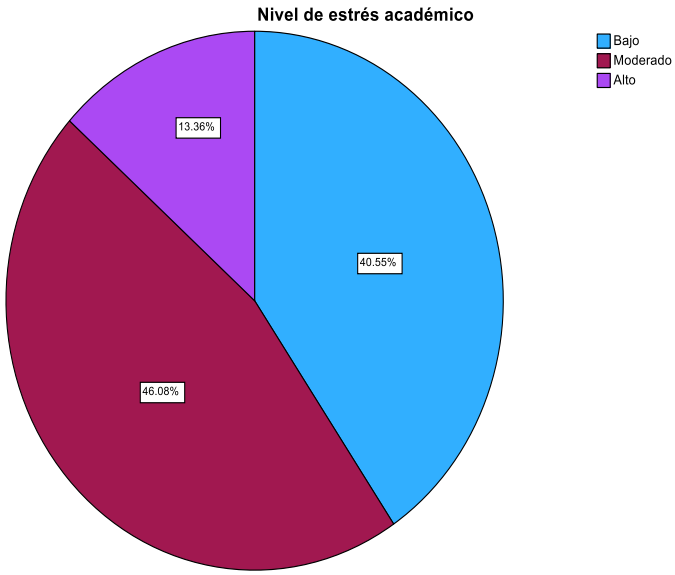
10 ¿Cómo califica la estabilidad de su entorno familiar actual?



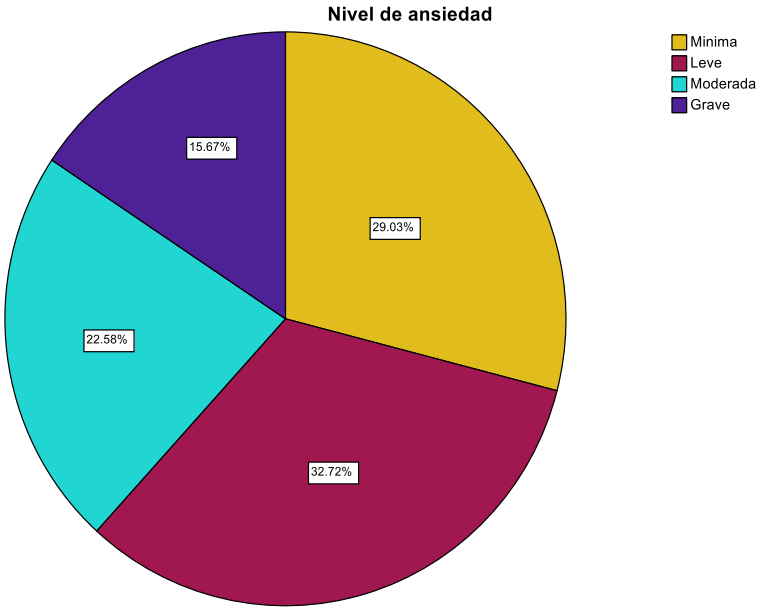
11 Consumo o abuso de sustancias (Grupo ASSIST).



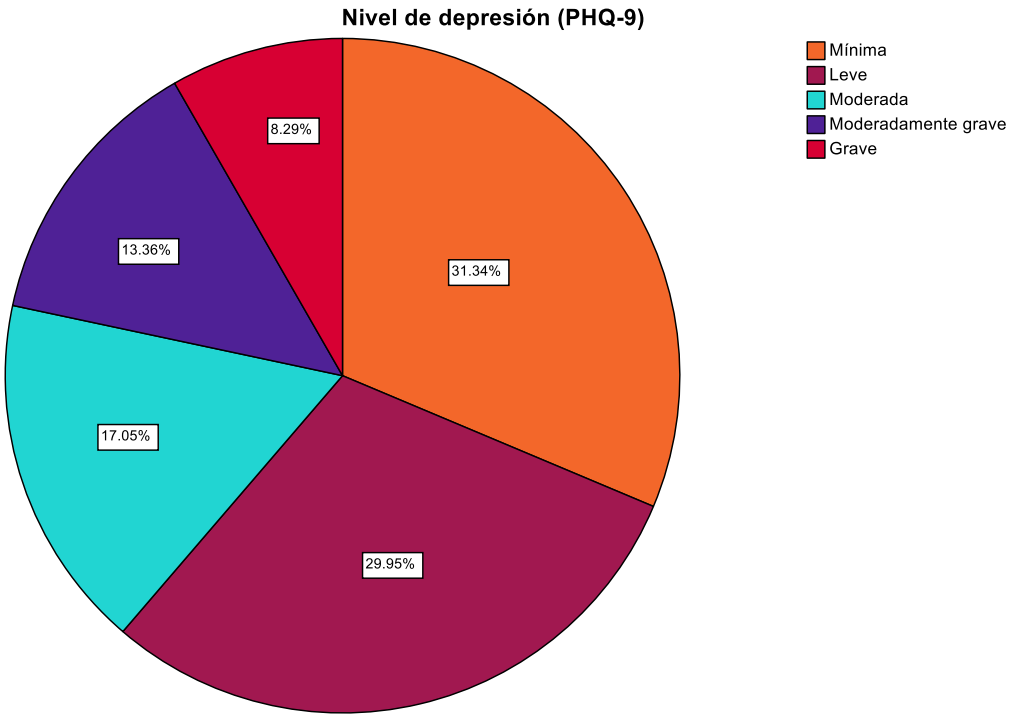
12 Experiencias traumáticas (Grupo ACE).



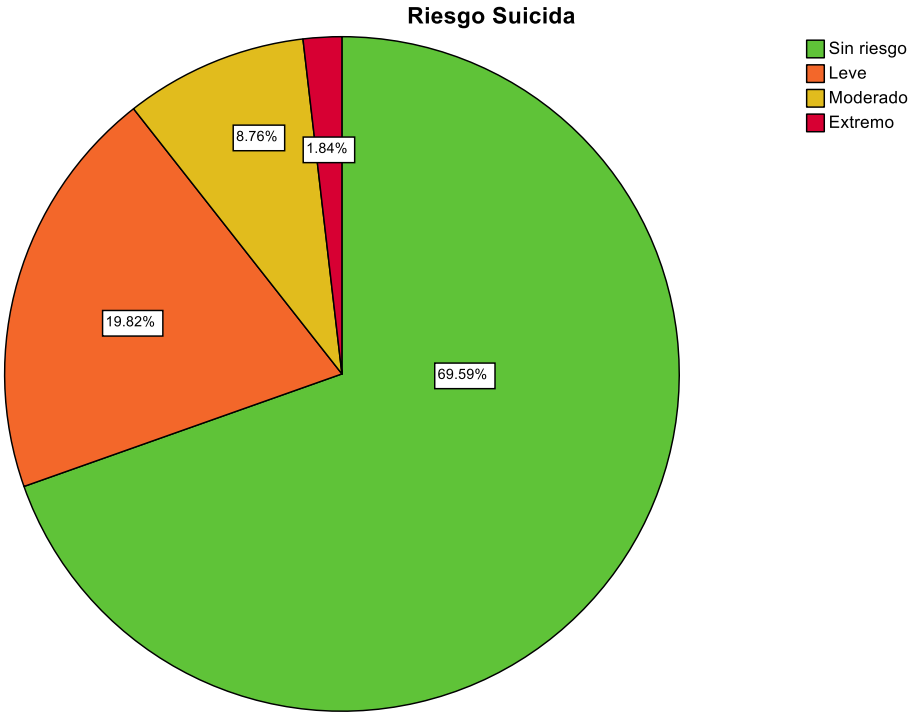
13 Nivel de estrés académico (Grupo SISCO).



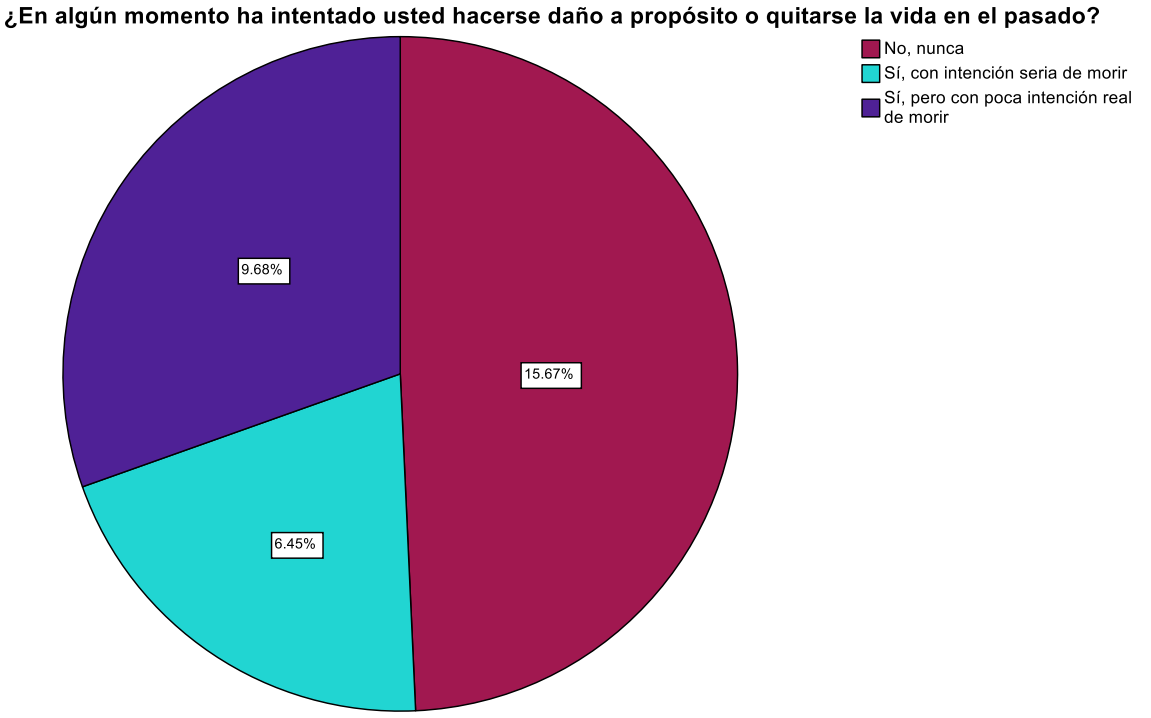
14 Nivel de ansiedad.



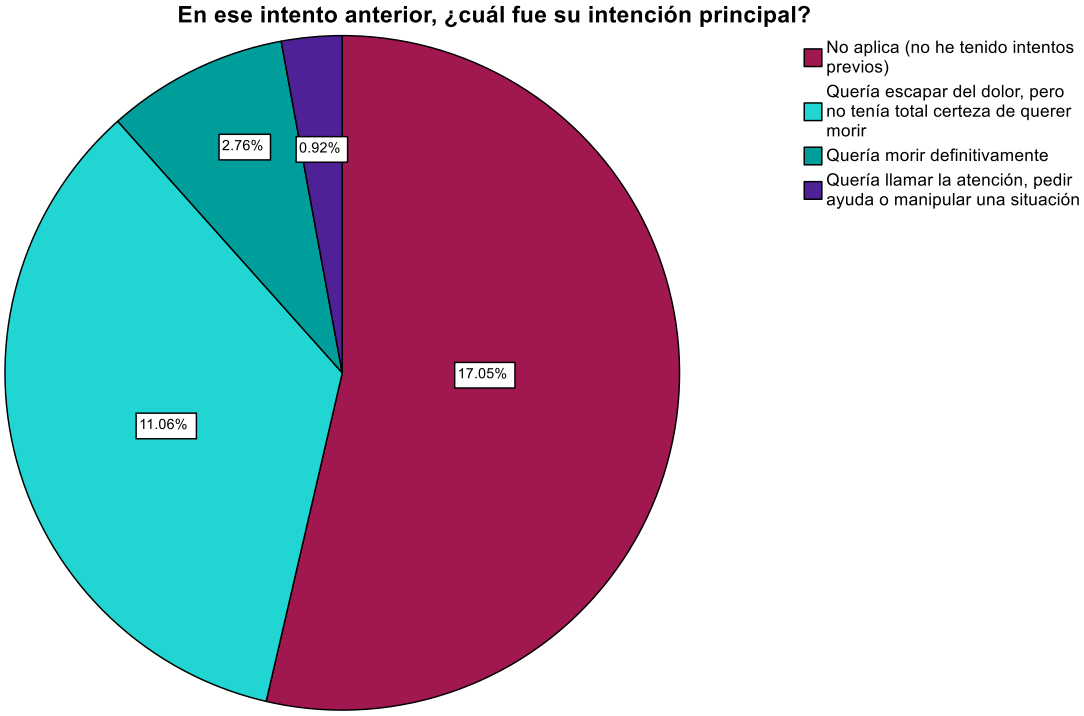
15 Nivel de depresión.



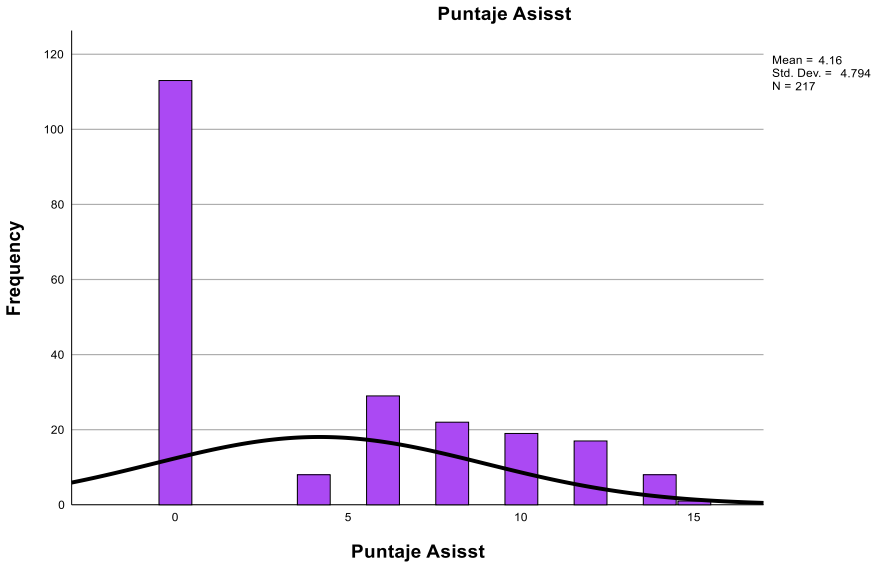
16 Riesgo suicida.



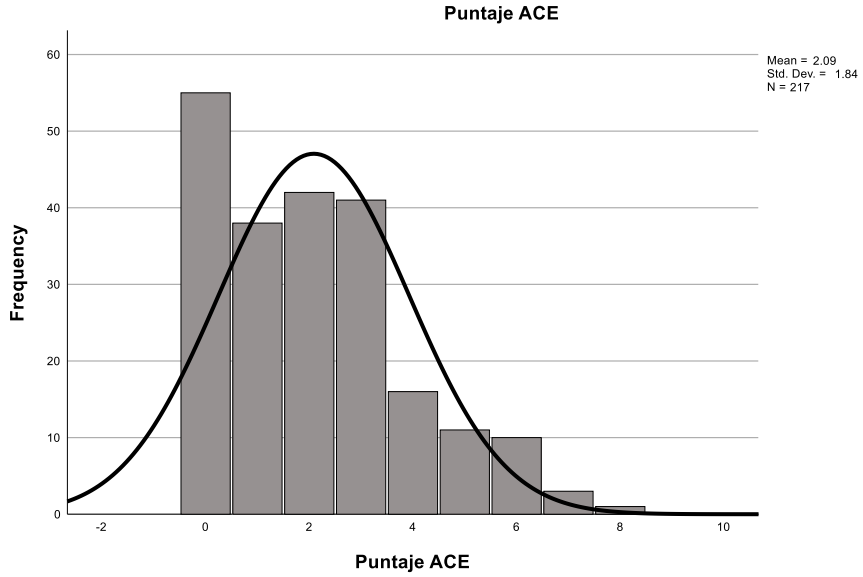
17 ¿En algún momento ha intentado usted hacerse daño a propósito o quitarse la vida en el pasado?



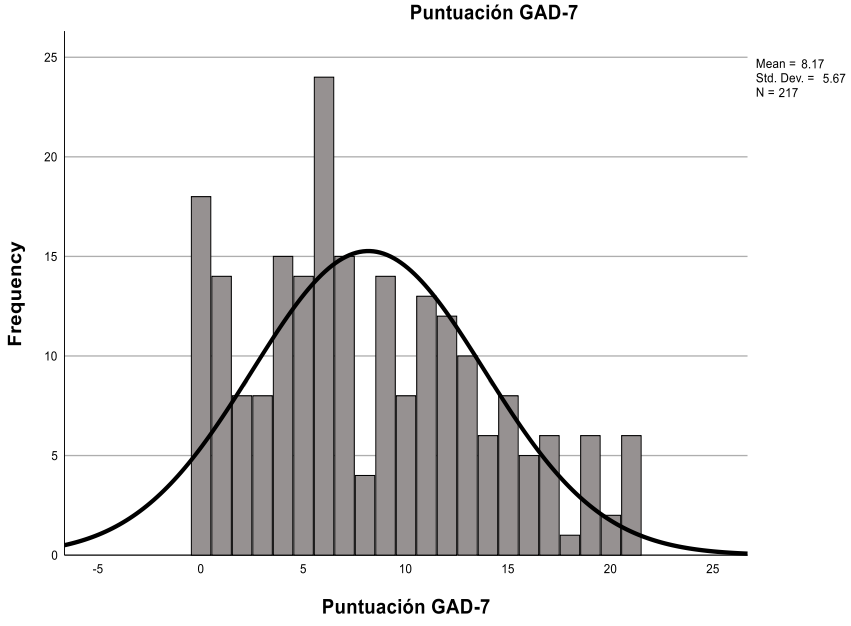
18 En ese intento anterior, ¿cuál fue su intención principal?



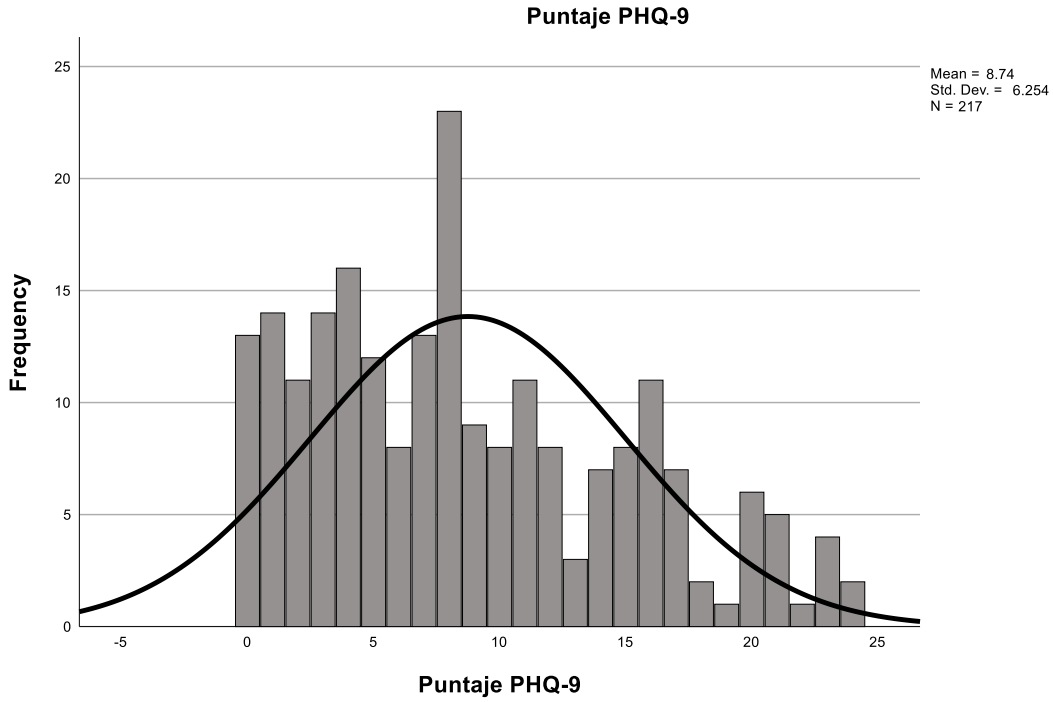
19 Puntaje ASSIST.



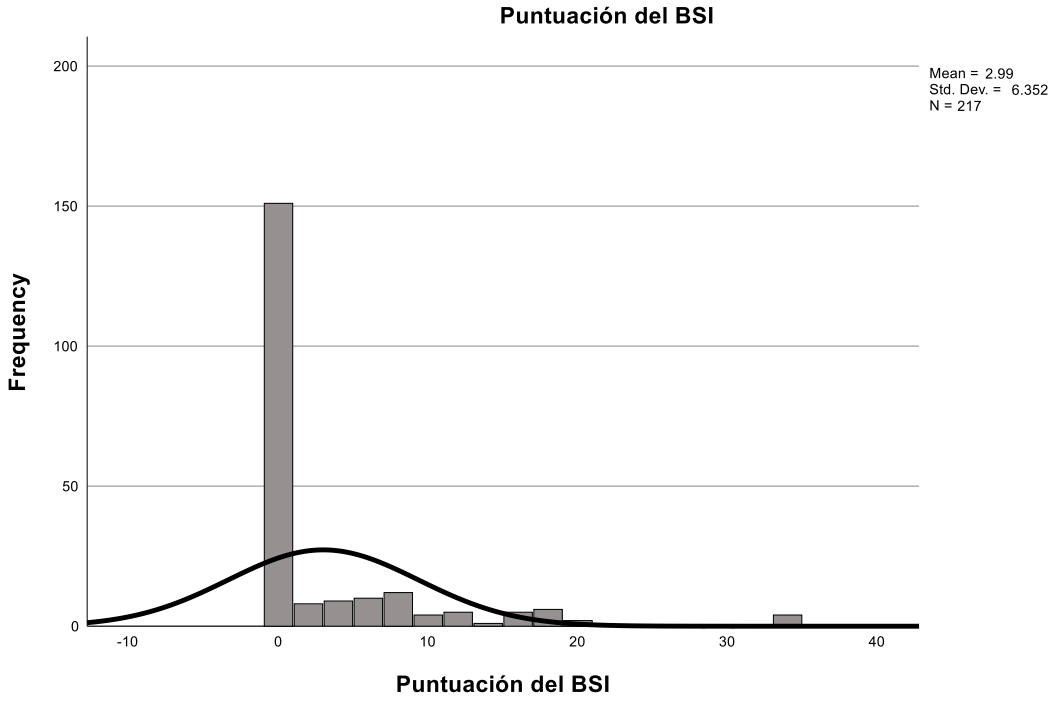
20 Puntaje ACE.



21 Puntuación GAD-7.



22 Puntaje PHQ-9.



23 Puntuación del BSI.

Anexo 4: Declaración de autoría y cesión de derechos de publicación

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Nosotros, Napoleon Alejandro Ocón Ruíz con cédula de identidad 001-240202-1008S, Tyron Amhed Castillo Rivera con cédula de identidad 161-070303-1003J, y Gelmin Francisco Martínez Caballero con cédula de identidad 281-220499-1003N, egresados del programa académico Licenciatura en Medicina General declaramos que:

El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Miguel Obando Bravo (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título **Factores De Riesgo De Ideación Y Conducta Suicida De La Comunidad Estudiantil De La Universidad Miguel Obando Bravo, Abril A Julio 2026** en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 22 días del mes Julio de 2023.

Atentamente,

Napoleón Alejandro Ocón Ruíz

nocon@unica.edu.ni

Firma: _____

Tyron Amhed Castillo Rivera

tcastillo2@unica.edu.ni

Firma: _____

Gelmin Francisco Martínez Cabellero

gmartinez18@unica.edu.ni

Firma: _____