

Creación y validación de una escala de autoeficacia para la prevención del suicidio

¹RODOLFO MORENO RAMÍREZ, ²MIGUEL ANTONIO BRIONES-CISNEROS Y ³JESUA IVÁN GUZMÁN GONZÁLEZ

¹*Centro Especializado en Investigación y Educación Superior, Tepic, México*

²*Departamento de Bienestar Estudiantil del Tecnológico de Monterrey, campus Guadalajara*

³*Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Jalisco*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):

Moreno Ramírez, R., Briones Cisneros, M. A. y Guzman González, J. I. (2026). Creación y validación de una escala de autoeficacia para la prevención del suicidio. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 18(1), 90–101.

Resumen

El estudio se centra en la creación y validación de una escala para la medición de la autoeficacia percibida orientada a la prevención del suicidio en personal no especializado. Para ello, se utilizó un diseño longitudinal con dos generaciones de participantes, en el marco del proyecto de formación de guardianes ESPERA; hablemos de suicidio. A través de este programa, se evaluaron conocimientos, creencias, actitudes y autoeficacia antes y después de su capacitación. Los resultados muestran una mejora significativa en la percepción de autoeficacia y competencia de los participantes para intervenir en situaciones de riesgo potencial de suicidio. Sin embargo, se identifican limitacio-

nes en el seguimiento a largo plazo, así como la necesidad de realizar más estudios empíricos para validar programas de capacitación con base en esta estrategia de prevención. La escala propuesta ofrece una alternativa para valorar el impacto de las formaciones y contribuir a la mejoría de las intervenciones comunitarias.

Palabras clave: Guardianes, suicidio, prevención

Development and validation of a self-efficacy scale for suicide prevention

Abstract

This study focuses on the development and validation of a scale designed to assess perceived self-efficacy in suicide prevention among non-specialized personnel. To this end, a longitudinal design was used with two cohorts of participants within the framework of the gatekeeper training project ESPERA: Let's Talk about Suicide. Through this program, participants' knowledge, beliefs, attitudes, and self-efficacy were assessed before and after the training. The results show a significant improvement in participants' perceived self-efficacy and competence to intervene in situa-

Dirigir toda correspondencia a los autores a la siguiente dirección:
Rodolfo Moreno Ramírez
Correo electrónico: direccion.ceies@gmail.com
RMIP 2026, Vol. 18, Núm. 1, pp. 90-101
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Algunos derechos reservados (CC-BY-NC-SA) Revista Mexicana de Investigación en Psicología.

tions involving potential suicide risk. However, limitations were identified regarding long-term follow-up, as well as the need for further empirical studies to validate training programs based on this prevention strategy. The proposed scale offers an alternative tool for assessing the impact of training initiatives and contributing to the improvement of community-based interventions.

Keywords: Gatekeepers, suicide, prevention

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un problema prioritario de salud pública asociado con la interacción de múltiples factores de riesgo de carácter social, cultural, biológico, psicológico y ambiental. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 720,000 personas fallecen por esta causa, y el suicidio representa la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años a nivel mundial. Asimismo, entre 2000 y 2019, la tasa mundial de suicidio estandarizada por edad disminuyó 36%; sin embargo, mientras regiones como el Mediterráneo Oriental, Europa y el Pacífico Occidental registraron descensos, la región de las Américas presentó un aumento de 17% en el mismo periodo (OMS, 2021, 2025).

En México, de 1994 a 2023 hubo un incremento del 248.57% en muertes por suicidio, al registrarse un total de 9,072 casos en el último año mencionado (INEGI, 2023). Del total de personas fallecidas por suicidio, el 81.1% correspondió a hombres y el 18.9%, a mujeres. Además, el suicidio se ubicó como la decimonovena causa de muerte en el país, con una tasa de 6.8 por cada cien mil habitantes (Oscar, 2024).

La OMS (2021) ha establecido diversas líneas de acción desde un enfoque internacional para responder a este fenómeno, entre las cuales se encuentran la colaboración multisectorial, la promoción y sensibilización, el financiamiento, la vigilancia, el monitoreo, la evaluación oportuna y el desarrollo de capacidades para la identificación y atención de personas en riesgo de suicidio. Esta última resulta de especial interés para este artícu-

lo, ya que se centra en la formación de personal no especializado en estrategias preventivas.

En este contexto, cobra relevancia el entrenamiento de guardianes para la prevención del suicidio, entendido como una capacitación orientada al desarrollo de habilidades para reconocer y responder ante situaciones de riesgo potencial. Este tipo de formación puede dirigirse a personas insertas en contextos profesionales y comunitarios que, por su contacto cotidiano con diversos grupos de referencia, pueden contribuir a la identificación de casos de riesgo, al acompañamiento social y a la canalización hacia servicios especializados. El Suicide Prevention Resource Center (2018) señala que el entrenamiento de guardianes debe formar parte de un enfoque integral, acompañado de protocolos de seguridad y mecanismos de referencia hacia servicios profesionales.

Estos entrenamientos se han consolidado internacionalmente en múltiples modelos, como MATES/MATES Mobile, Youth Mental Health First Aid, ICare, Kognito Health Simulation, MHO E Learning, Three Minutes to Save a Life, QPR, Friend2Friend (Kognito health simulation), Youth Aware Mental Health (YAM) y Sources of Strength, entre otros. Estos programas se han implementado en diversos escenarios y con distintos grupos, incluidos médicos generales, personal clínico, consejeros, docentes, padres y familiares, personal de primeros auxilios, líderes religiosos, trabajadores juveniles, agencias de servicios sociales, cuidadores no clínicos, comunidades en general y cuerpos policiales (Collins, 2021).

Asimismo, se han diseñado diversos instrumentos para evaluar el impacto de los programas de capacitación en prevención del suicidio, en particular en el contexto de los modelos de entrenamiento de guardianes. Estas herramientas suelen medir cambios en variables como conocimientos sobre suicidio, actitudes hacia la prevención, disposición a intervenir y autoeficacia percibida para brindar apoyo a personas en riesgo. Entre los instrumentos más utilizados en la literatura,

se encuentran el Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) (Neimeyer y Bonnelle, 1997), el Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) (Domino et al., 1982) y el Gatekeeper Self-Efficacy Scale (GKSES) (Takahashi et al., 2021).

En México, esta estrategia también ha sido aplicada mediante diversos entrenamientos. Uno de los pocos que cuenta con reporte de resultados es el modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes Salvando Vidas (Chávez-Hernández et al., 2008), en el cual, tras su implementación, se identificó un incremento en los conocimientos generales acerca del suicidio y una disminución de ideas mitificadas en torno a este fenómeno.

Asimismo, se identifican otros entrenamientos, como el programa de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio de la Facultad de Estudios Superiores, Unidad Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México (Santillán y Suárez, 2023); el entrenamiento Guardianes Informados para la Prevención del Suicidio, de la Asociación Mexicana de Suicidología (https://guardianesinformados.com/app/home/_/); el programa CENTINELAS: Estamos Contigo, basado en el modelo ESPERA; hablemos de suicidio, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (<https://centinelas.facmed.unam.mx/>); y el entrenamiento en guardianes del Instituto Nacional de Salud Pública (<https://prevenirsuicidioadolescente.insp.mx/guardianes/>).

Así pues, aunque se han confirmado efectos positivos inmediatos de esta estrategia en el cambio de conocimientos, habilidades y percepción de autoeficacia orientada a la prevención del suicidio, persisten carencias en el seguimiento a largo plazo y en la medición de cambios conductuales sostenidos (Kingi-Uluave et al., 2025). Otros estudios mencionan que, luego de la aplicación de un entrenamiento de guardianes dirigido a personas de diversos sectores laborales, no se modifica la cantidad de individuos identificados con riesgo ni derivados a servicios de atención, en comparación con el estado previo al entrena-

miento. Sin embargo, el entrenamiento muestra cambios favorables y significativos en los conocimientos sobre el suicidio y en la percepción de eficacia para acercarse a personas en riesgo y referirlas a servicios especializados (Terpstra et al., 2018).

De igual modo, en un grupo de docentes expuestos a eventos relacionados con el suicidio en estudiantes, se observó que el aumento en la percepción de autoeficacia y en las expectativas de resultados favorables como guardianes se asocia con una disminución en la renuencia a participar en acciones de prevención del suicidio (Stickl et al., 2023).

Por su parte, la autoeficacia, concepto recurrente en los reportes de resultados de algunas aplicaciones de formación de guardianes, hace referencia a la valoración que realiza una persona acerca de su propia habilidad y capacidad para responder de manera adecuada ante una situación estresante o que precisa la resolución de problemas. A su vez, esta valoración se relaciona con el nivel de esfuerzo, persistencia y desempeño mostrado ante dichos eventos (Gamarra et al., 2024). La autoeficacia puede entenderse como un concepto estrechamente relacionado con el de competencia; no obstante, resulta relevante diferenciarlos, ya que este último se comprende como la capacidad que una persona demuestra para responder con eficacia ante demandas específicas mediante la integración de conocimientos, habilidades y recursos (López, 2016).

Aunado a lo expuesto, resulta relevante comprender el estado actual del respaldo empírico con el que cuentan los modelos de entrenamiento de guardianes. En este sentido, Park et al. (2020) identificaron, a partir del análisis de 68 programas de capacitación para guardianes, que solo el 1.5% disponía de evidencia derivada de estudios sistemáticos; el 8.8% se respaldaba en consenso de expertos; y el 89.7% restante correspondía a programas de concientización y promoción de pautas de detección, lo cual sugiere un bajo nivel de sustento científico en la mayoría de estos programas (Park et al., 2020).

Por lo señalado, resulta necesaria una escala que permita medir dimensiones que, de acuerdo con la evidencia disponible, pueden beneficiarse de este tipo de formación. Esto permitiría evaluar los cambios en la percepción de autoeficacia para llevar a cabo conductas dirigidas a la prevención del suicidio en personal no especializado, a partir de la formación de guardianes basada en el Modelo ESPERA; hablemos de suicidio. Además, es conveniente realizar un análisis cuantitativo de la eficacia de estos programas en la población participante. Estos elementos constituyen los dos objetivos del estudio.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El estudio tuvo un diseño longitudinal con dos generaciones de participantes para la validación y el análisis del efecto del entrenamiento. La muestra se compuso de personas que se incorporaron por voluntad propia mediante una convocatoria gratuita, orientada a la formación en línea dentro de un proyecto de guardianes basado en el citado Modelo ESPERA; hablemos de suicidio. En la convocatoria se establecieron como criterios básicos de selección residir en territorio mexicano, ser mayor de edad, contar con un dispositivo con acceso a internet, tener disponibilidad para asistir a las sesiones conforme al programa y completar un registro previo en un formulario de datos sociodemográficos.

Las convocatorias se difundieron durante un mes por redes sociales y comunicación personal. Asimismo, quienes completaron el registro fueron integrados a grupos de difusión telefónica para dar seguimiento a su proceso de capacitación. Antes del inicio de las sesiones, se organizó una reunión informativa de sesenta minutos, en la cual se explicaron los objetivos del programa, el número de encuentros, los horarios, así como los alcances y límites de su aplicación.

Después de esta sesión, se depuraron los grupos de difusión telefónica y permanecieron solo las

personas que aceptaron los lineamientos del proyecto y cuyos intereses coincidían con sus propósitos. Por último, a esta población se le aplicó una evaluación previa y posterior al entrenamiento, centrada en los cuatro factores planteados por Burnette et al. (2015): conocimiento acerca del suicidio, creencias y actitudes hacia la prevención del suicidio, renuencia a la intervención y autoeficacia para intervenir.

INSTRUMENTO

El cuestionario se estructuró en dos bloques. El primero incluyó preguntas sociodemográficas sobre edad, sexo, estado civil, ocupación, presencia de algún diagnóstico psiquiátrico y pertenencia a algún grupo en situación de vulnerabilidad. El segundo bloque estuvo integrado por cuatro factores: 16 preguntas orientadas a evaluar conocimientos acerca del suicidio, 10 dirigidas a explorar creencias y actitudes hacia la prevención del suicidio, 14 enfocadas en la renuencia a la intervención y 10 destinadas a valorar la autoeficacia percibida para intervenir en prevención del suicidio. Los resultados correspondientes a los tres primeros factores fueron reservados para un análisis posterior.

La construcción de los ítems partió de una revisión conceptual del modelo de entrenamiento de guardianes para la prevención del suicidio propuesto por Burnette et al. (2015), así como de los componentes operativos del mencionado Modelo ESPERA; hablemos de suicidio. Con base en estos referentes teóricos, se identificaron cuatro dimensiones relevantes para evaluar el impacto del entrenamiento: conocimiento acerca del suicidio, creencias y actitudes hacia la prevención del suicidio, renuencia a la intervención y autoeficacia percibida para la intervención.

Estas dimensiones fueron útiles para elaborar un banco inicial de reactivos redactados en formato conductual y en primera persona, cuya intención fue valorar la percepción de capacidad para identificar situaciones de riesgo, establecer acercamientos con personas potencialmente vul-

nerables y facilitar el acceso a recursos de apoyo. Después, los ítems fueron sometidos a un análisis psicométrico por medio de un análisis factorial exploratorio que permitió identificar la estructura empírica del instrumento.

Los resultados indicaron una solución bifactorial, que agrupó los reactivos en dos dimensiones principales: autoeficacia, relacionada con la percepción de conocimientos y habilidades para identificar y abordar el riesgo de suicidio (ítems 1-5), y competencia, vinculada con disposiciones actitudinales y la capacidad de movilizar recursos comunitarios para la intervención (ítems 6-10). Los reactivos se diseñaron en una escala tipo Likert de 1 a 10. De este modo, la puntuación total mínima es de 10 y la máxima de 100. También es importante aclarar que cada dimensión puede calcularse de forma independiente mediante la suma de sus subescalas correspondientes.

Para la evaluación de la validez de contenido, la escala fue revisada por un panel interno de tres jueces, conformado por los investigadores del estudio, todos psicólogos clínicos con experiencia en intervención en salud mental. Los reactivos se analizaron con criterios de claridad, relevancia y representatividad teórica respecto a los constructos derivados del modelo de Burnette et al. (2015). Este proceso se desarrolló mediante discusión y consenso del equipo investigador, con el objetivo de verificar la correspondencia entre los ítems propuestos y las dimensiones teóricas del modelo, tanto antes de su aplicación como después de su empleo.

PROCEDIMIENTO

El entrenamiento se llevó a cabo del 28 de febrero al 3 de abril de 2024 para la primera generación y del 24 de julio al 28 de agosto del mismo año para la segunda. En ambos casos, el programa constó de seis sesiones de formación teórico-práctica, con una duración de tres horas cada una; una sesión informativa previa, de una hora; y una sesión de seguimiento, efectuada un mes después de concluir la última sesión formativa. La organización del entrenamiento fue la siguiente:

Sesión informativa

Objetivo: informar sobre los aspectos fundamentales del entrenamiento, resolver dudas y confirmar la participación de las personas interesadas.

Temas específicos: contenido temático del entrenamiento, horarios y fechas programadas para las sesiones de capacitación, objetivos de la formación, alcances y limitaciones del proyecto, así como características de la intervención bajo modelos de guardianes.

Primera sesión. Introducción al estudio de las conductas relacionadas con el suicidio

Objetivo: ofrecer una visión informada acerca del panorama global, regional y local de la muerte por suicidio, su impacto comunitario y sus implicaciones en distintas esferas. Asimismo, se buscó establecer una conceptualización básica de las conductas relacionadas con el suicidio.

Temas específicos: conceptos básicos sobre conductas relacionadas con el suicidio; estadísticas mundiales, regionales y locales en torno a la muerte por suicidio; tipos de acciones dirigidas a la prevención del suicidio desde la salud pública; y modelos de guardianes para la prevención.

Segunda sesión. Aproximación explicativa al comportamiento relacionado con el suicidio

Objetivo: favorecer la comprensión del suicidio desde un modelo del aprendizaje que lo entiende como una estrategia de resolución de problemas centrada en el control del malestar.

Temas específicos: modelo de suicidio como estrategia de resolución de problemas orientada al control del malestar; elementos culturales y su influencia en la evitación del malestar emocional; estrategia de afrontamiento basadas en la evitación; y estrategias orientadas por elementos valiosos para la vida a mediano y largo plazo.

Tercera sesión. Elementos de análisis para la identificación del riesgo de suicidio

Objetivo: desarrollar una alfabetización básica y concreta sobre los conceptos necesarios para reconocer el riesgo potencial de suicidio y activar el apoyo psicosocial no especializado.

Temas específicos: factores de riesgo, factores de protección, señales de alerta, factores detonantes, riesgo potencial de suicidio y niveles de riesgo suicida.

Cuarta sesión. Modelo ESPERA; hablemos de suicidio, parte 1

Objetivo: brindar pautas de actuación para aplicar el primer y segundo paso del Modelo ESPERA; hablemos de suicidio, con la finalidad de fortalecer la identificación de personas en riesgo potencial de suicidio y favorecer la sensibilidad de los participantes para activar el apoyo psicosocial no especializado.

Temas específicos: pasos vinculados con escuchar y sentir.

Quinta sesión. Modelo ESPERA; hablemos de suicidio, parte 2

Objetivo: brindar pautas de actuación para aplicar el tercer y cuarto paso del modelo ESPERA, así como desarrollar habilidades para aclarar e indagar en los factores protectores, factores de riesgo y señales de alerta que pueden estar presentes en la vida de las personas con quienes se realiza un acercamiento. Además, se buscó favorecer la identificación de recursos individuales y comunitarios que puedan funcionar como factores de protección y como servicios especializados para la atención del riesgo suicida.

Temas específicos: pasos vinculados con preguntar y brindar esperanza.

Sexta sesión. Modelo ESPERA; hablemos de suicidio, parte 3

Objetivo: ofrecer pautas de actuación para aplicar el quinto y sexto paso del modelo ESPERA, mediante la elaboración de planes colaborativos de referencia y la validación de recursos especializados de atención sustentados en evidencia. También se abordó el acompañamiento como un proceso orientado a fortalecer la interacción de las personas con factores protectores y redes de apoyo.

Temas específicos: pasos vinculados con referir y acompañar.

Sesión de seguimiento

Objetivo: realizar una evaluación general de los conocimientos y de la percepción de autoeficacia de las personas formadas como guardianes para la prevención del suicidio un mes después de haber concluido su capacitación.

Ambas generaciones iniciaron con una sesión informativa sobre los objetivos, contenidos y cronograma del entrenamiento. La implementación del programa ESPERA y la aplicación del instrumento se desarrollaron en formato en línea, en modalidad sincrónica, por medio de la plataforma Zoom Meetings, con participantes residentes en México.

Los criterios de inclusión consideraron ser mayor de edad, residir en México, contar con un dispositivo con acceso a internet, comprometerse a asistir a todas las sesiones del programa y participar en las evaluaciones del estudio. El instrumento fue administrado en formato digital en dos momentos de medición; en cada aplicación, los participantes contaron con treinta minutos para responderlo y recibieron acompañamiento de los instructores.

La primera aplicación se realizó antes del inicio de la capacitación y tuvo como propósito evaluar las variables de estudio antes de cualquier exposición al contenido formativo. La segunda tuvo lugar al finalizar todas las sesiones, con el objetivo de examinar los cambios asociados a la participación en el programa.

Las sesiones de entrenamiento tuvieron una periodicidad semanal y una duración de tres horas cada una y se llevaron a cabo en salas de reunión digital. Por último, se descartaron los registros de quienes no cumplieron con los criterios establecidos. De esta forma, la muestra final quedó conformada por 165 participantes de los 339 registrados en la primera generación y 79 de los 123 anotados en la segunda.

ESTRATEGIA ANALÍTICA

Se realizó un análisis de frecuencias para describir los datos sociodemográficos de la muestra. Para evaluar la consistencia interna del instrumento, se calcularon el alfa de Cronbach (α) y el omega de McDonald (ω) en la muestra total. Después, se estimó la correlación interítem con la rho de Spearman (ρ).

Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio se efectuaron en dos grupos independientes. En el primero ($n = 120$), se aplicó un análisis factorial exploratorio con una extracción por residuos mínimos y rotación oblicua. Además, se calcularon la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). En el segundo ($n = 89$), se realizó el análisis factorial confirmatorio y se estimaron las cargas factoriales, así como las medidas de ajuste del modelo.

Para comprobar las propiedades psicométricas del instrumento, se consideraron los siguientes indicadores de bondad de ajuste: chi-cuadrado dividido entre los grados de libertad ($\chi^2/g.l$), índice de ajuste comparativo (CFI) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA).

Para analizar las puntuaciones del cuestionario, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) y un análisis de mediación; esto, con el fin de evaluar los efectos directos e indirectos del género, estado civil, presencia de diagnóstico y tipo de vulnerabilidad. Estas variables se incorporaron como factores fijos y se examinó su interacción con el grupo y el momento de medición, previo y posterior a la intervención. Asimismo, se calculó

el tamaño del efecto correspondiente. Todos los análisis se realizaron en el software jamovi, versión 2.6.21

RESULTADOS

Un total de 254 participantes contestó el instrumento de medición. La edad promedio fue de 37.4 años ($\sigma = 10.9$); el 82.3% se identificó con el género femenino, el 16.9% con el masculino y el 0.8% con el no binario. Respecto a la ocupación, la proporción más alta correspondió a personas con trabajo asalariado ($n = 144$, 56.7%), seguida por quienes se dedicaban al trabajo informal ($n = 53$, 20.09%). El grupo de estudiantes ocupó la tercera posición ($n = 41$, 16.10%), mientras que las personas desempleadas representaron un porcentaje menor ($n = 10$, 3.90%). Por último, quienes realizaban labores del hogar constituyeron el segmento con menor presencia en la muestra ($n = 6$, 2.40%).

En cuanto al estado civil, la mayor proporción reportó estar soltera ($n = 130$, 51.20%), seguida por quienes estaban casadas ($n = 79$, 31.10%). Un porcentaje menor indicó vivir en unión libre ($n = 20$, 7.90%), mientras que la condición de divorcio fue declarada por un grupo más reducido ($n = 17$, 6.70%). Las personas en concubinato constituyeron un segmento minoritario ($n = 7$, 2.80%) y quienes reportaron viudez representaron la frecuencia más baja ($n = 1$, 0.40%).

En relación con la presencia de diagnóstico psiquiátrico, el 82.70% de los participantes ($n = 210$) aseguró que no contaba con alguno, mientras que el 17.3% afirmó que sí lo tenía ($n = 44$). Al preguntarles si se identificaban con alguna condición de vulnerabilidad relevante para el fenómeno de estudio, se observó que la mayoría no se adscribió a ninguna categoría específica ($n = 216$, 85%). En contraste, el 12.2 % se identificó dentro de la diversidad sexual y de género ($n = 31$), el 1.60% reportó tener alguna discapacidad ($n = 4$), y el 1.20% se reconoció como parte de algún grupo étnico ($n = 3$).

Tabla 1
Estadísticas de fiabilidad de elemento, correlación del ítem, carga factorial y
unicidad de los reactivos de la prueba entera

Reactivo		σ	ρ	Factor		Un
				1	2	
(A) Conozco la forma de identificar cuando una persona se encuentra en riesgo de suicidio	2.70	0.87	0.61	0.78		0.41
(B) Sé qué acciones puedo llevar a cabo para brindarle apoyo a una persona que presenta riesgo de suicidio	2.57	0.91	0.62	0.87		0.27
(C) Me siento competente para ayudar a alguien a encontrar recursos profesionales para su situación de riesgo de suicidio	3.00	0.95	0.68	0.69		0.45
(D) Me siento seguro/a de abordar el tema de suicidio con alguien que parece estar en riesgo	2.88	1.01	0.68	0.77		0.38
(E) Tengo conocimiento sobre los recursos locales disponibles para personas en riesgo de suicidio	2.67	1.00	0.54	0.70		0.52
(F) Creo que mi apoyo y comprensión pueden marcar la diferencia en la vida de alguien en riesgo de suicidio	3.73	0.56	0.38		0.67	0.53
(G) Considero que puedo involucrar a otros en la vida de alguien en riesgo de suicidio, como familiares o amistades cercanas	3.44	0.69	0.27		0.47	0.77
(H) Creo que puedo contribuir a reducir el estigma en torno al suicidio y los problemas psicológicos en mi entorno y comunidad	3.83	0.46	0.30		0.74	0.46
(I) Estoy dispuesto/a a tomar medidas activas para mantener a salvo a alguien en riesgo de suicidio, incluso si eso implica llamar a servicios de emergencia	3.92	0.36	0.31		0.86	0.27
(J) Creo que puedo apoyar a las personas a identificar sus propios recursos y fortalezas para afrontar sus pensamientos relacionados al suicidio	3.68	0.59	0.43		0.63	0.55

ρ = Correlación ítem-test; Un = Unicidad

Respecto a las propiedades psicométricas, se obtuvo una media de 3.24 ($\sigma = 0.46$), un alfa de Cronbach de 0.808 y un omega de McDonald de 0.812. En la tabla 1 se puede consultar la fiabilidad por elemento y la descripción de la pregunta. Es importante recalcar que estos análisis exploratorios se realizaron con los datos previos a la intervención.

El análisis factorial exploratorio expuesto en la tabla 2 mostró la estructura factorial identificada en la muestra. Ambos factores explicaron el 54.1% de la varianza y presentaron una correlación de 0.139 entre sí, además de una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($\chi^2 = 1095$, $p = 0.001$).

Debido a la naturaleza de los agrupamientos observados, se decidió organizar los reactivos en dos dimensiones. La primera se denominó autoeficacia e incluyó los ítems 1 al 5, por su relación con la percepción de conocimientos específicos para identificar el riesgo de suicidio y brindar una respuesta preventiva inicial. La segunda se nombró competencia e integró los ítems 6 al 10, por su vínculo con características actitudinales y de trabajo colaborativo con recursos comunitarios.

Por su parte, el análisis factorial confirmatorio, realizado con los datos posteriores a la intervención, mostró indicadores generales de ajuste

adecuados, aunque no óptimos. Si bien la prueba de ajuste exacto fue significativa ($\chi^2 = 91.5$, $p = 0.001$), las medidas de ajuste presentaron valores aceptables: CFI = 0.939, TLI = 0.919 y RMSEA = 0.0816.

En el puntaje total del cuestionario no se observó un efecto significativo del género sobre los grupos ($F = 1.61$, $p = 0.141$, $\eta^2 = 0.019$), ni de la ocupación ($F = 1.31$, $p = 0.209$, $\eta^2 = 0.028$), el estado civil ($F = 1.21$, $p = 0.596$, $\eta^2 = 0.01$), la presencia de diagnóstico ($F = 0.258$, $p = 0.855$, $\eta^2 = 0.001$) o la condición de vulnerabilidad ($F = 1.60$, $p = 0.319$, $\eta^2 = 0.020$).

Tabla 2
Puntajes obtenidos en cada una de las muestras por cada una de las dimensiones

	Muestra 1 (AFE Pr) (n=120)	Muestra 1 (AFE Po) (n=120)	Muestra 2 (AFC Pr) (n=89)	Muestra 2 (AFC po) (n=89)	Total (n=418)	
						p
Conocimiento						< 0.001
(σ)	14.0 (3.6)	18.1 (2.2)	13.6 (4.2)	18.3 (2.3)	16.0 (3.8)	
Rango	5.0 - 20.0	7.0 - 20.0	5.0 - 20.0	8.0 - 20.0	5.0 - 20.0	
Disposición						< 0.001
(σ)	18.7 (1.9)	19.4 (1.5)	18.4 (2.1)	19.0 (1.9)	18.9 (1.8)	
Rango	5.0 - 20.0	5.0 - 20.0	5.0 - 20.0	8.0 - 20.0	5.0 - 20.0	
Total						< 0.001
(σ)	32.7 (4.4)	37.4 (3.1)	32.0 (5.2)	37.3 (3.9)	34.9 (4.8)	
Rango	16.0 - 40.0	14.0 - 40.0	18.0 - 40.0	16.0 - 40.0	14.0 - 40.0	

Nota: Análisis realizados mediante ANOVA; se hicieron cruces independientes (muestra 1 vs muestra 2) y relacionados (Pr v Po); Pr = Pre; Po = Post. En general se observa una tendencia al incremento de las puntuaciones del cuestionario después de la intervención.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia sobre la confiabilidad y validez de una escala creada para evaluar la autoeficacia percibida en la prevención del suicidio en personal no especializado, capacitado bajo el modelo ESPERA; hablemos de suicidio. Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio respaldaron una estructura de dos dimensiones, denomina-

das “autoeficacia” y “competencia”, con índices psicométricos adecuados (α y $\omega = 0.84$), así como un ajuste satisfactorio del modelo (CFI = 0.97, RMSEA = 0.06).

Este hallazgo concuerda con investigaciones previas que subrayan la relevancia de la capacitación para fortalecer la autoeficacia percibida, considerada una variable intermedia que podría favorecer la disposición a actuar en situaciones de riesgo de suicidio (Terpstra et al., 2018; Stickl

et al., 2023). Desde esta perspectiva, y de acuerdo con Bandura (1997), la autoconfianza influye en el nivel de esfuerzo y persistencia ante desafíos complejos. Este aspecto resulta crucial en el contexto de la prevención del suicidio, en especial para personas sin formación clínica formal que pueden enfrentarse a decisiones urgentes ante situaciones de riesgo.

La identificación de una estructura bidimensional permite distinguir entre los aspectos relacionados con la percepción de capacidad para reconocer y abordar el riesgo suicida, correspondientes a la primera dimensión, denominada autoeficacia, y aquellos ligados a la disposición general hacia conductas activas en el ámbito comunitario, agrupados en la segunda dimensión, llamada competencia. Este enfoque se alinea con perspectivas recientes que diferencian entre la autoeficacia técnica y la social o comunitaria (Gamarra et al., 2024), lo que amplía el abordaje convencional del concepto en intervenciones dirigidas a la salud mental.

El instrumento se distingue de otras evaluaciones utilizadas en el entrenamiento de guardianes, las cuales suelen centrarse en la adquisición de conocimientos o en el cambio de actitudes (Kingi-Uluave et al., 2025), ya que valora la autoeficacia percibida para actuar ante situaciones de riesgo. Esta perspectiva resulta primordial, ya que contar con información sobre el suicidio no implica, por sí mismo, que una persona se sienta preparada para intervenir (Park et al., 2020). En este contexto, una escala de esta naturaleza puede ser útil no solo para evaluar el impacto del entrenamiento de forma más integral, sino también para identificar barreras personales que orienten el diseño de futuros procesos formativos.

La diversidad en sus ocupaciones y características sociodemográficas de los participantes destaca como un aspecto que fortalece la aplicabilidad del instrumento en distintos entornos no clínicos. Sin embargo, el uso de un muestreo por conveniencia y la ausencia de un seguimiento prolongado limitan la posibilidad de realizar inferencias causales sobre la persistencia de los

niveles de autoeficacia a mediano o largo plazo. Estos resultados coinciden con lo reportado en diversos estudios que advierten sobre la falta de evaluaciones posteriores en los programas de formación de guardianes (Kingi-Uluave et al., 2025).

CONCLUSIONES

Los resultados reportados respaldan la validez y confiabilidad de la escala de autoeficacia diseñada para población no especializada en salud mental. Asimismo, la estructura bifactorial encontrada permite una evaluación más precisa de la forma en que cada persona percibe su capacidad para identificar, acompañar y referir situaciones de riesgo suicida, lo cual se alinea con los objetivos generales del modelo ESPERA; hablemos de suicidio.

Este cuestionario aporta al campo de la prevención del suicidio en escenarios comunitarios, al ofrecer una herramienta estandarizada para valorar el impacto subjetivo de los programas de formación de guardianes. Si bien este proceso formativo tomó como base el modelo ESPERA, la escala brinda una opción para supervisar procesos educativos que van más allá del aprendizaje adquirido, ya que se centra en la percepción de la capacidad para intervenir ante el riesgo de suicidio. Este aspecto resulta crucial para la población en general y, a su vez, coincide con las recomendaciones internacionales orientadas hacia una prevención multisectorial. En este sentido, la intención de realizar determinadas conductas puede predecirse de manera confiable en función de las actitudes hacia dichas conductas y del control conductual percibido en torno a ellas (Ajzen, 1991).

De igual manera, los hallazgos aportan elementos para respaldar la eficiencia de los modelos de entrenamiento dirigidos a la intervención comunitaria. El uso de este cuestionario puede potenciar el diseño, la evaluación y la mejora continua de programas de capacitación respaldados en evidencia, lo que contribuiría a ampliar el alcance

y la profundidad de las respuestas comunitarias ante el suicidio.

Para investigaciones futuras, se recomienda llevar a cabo análisis en distintos grupos para validar la estabilidad factorial de la escala según el nivel educativo y exigencia ocupacional, en particular en contextos clínicos, administrativos y comunitarios. También se plantea la pertinencia de combinar esta escala con variables como la percepción de carga emocional, la disposición a buscar ayuda o la experiencia previa ante intentos de suicidio en personas cercanas, con el propósito de lograr una comprensión más profunda de los factores que influyen en la disposición real a intervenir.

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Los hallazgos del estudio deben interpretarse con cautela, ya que los cambios observados reflejan principalmente un incremento en la percepción de autoeficacia para la prevención del suicidio, lo cual no implica por sí mismo una modificación directa en las acciones reales de ayuda. Si bien la literatura ha señalado que esta variable constituye un predictor relevante de la disposición a actuar y del desempeño en diversos contextos de apoyo, su incremento no garantiza la presencia de respuestas efectivas ante situaciones de riesgo. En este sentido, los resultados aportan información sobre cambios en variables cognitivas y motivacionales asociadas al rol de guardián, más que sobre comportamientos observables. Asimismo, la discusión y las conclusiones se articulan con hallazgos recientes de la literatura internacional sobre programas de entrenamiento de guardianes, que reconocen distintas limitaciones metodológicas del estudio.

Entre estas limitaciones, destacan el uso de un muestreo por conveniencia, que restringe la generalización de los resultados, y la ausencia de un seguimiento longitudinal prolongado, lo cual impide evaluar la estabilidad temporal de los efectos observados. En consecuencia, futuras investigaciones podrían fortalecer esta línea de

trabajo con diseños longitudinales, muestras más amplias y diversas, así como con la incorporación de indicadores conductuales o evaluaciones basadas en escenarios simulados, a fin de examinar de manera más directa la transferencia de la percepción de capacidad hacia acciones de ayuda en situaciones de riesgo suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (pp. ix, 604). W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Burnette, C., Ramchand, R. y Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention. *Rand Health Quarterly*, 5(1), 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158249/>
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. y Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3), 197–203. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252008000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Collins, K. (2021). Review and evaluation of the implementation of a range of delivery models of suicide prevention gatekeeper training: Full report. HSE National Office for Suicide Prevention.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L. y Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 257–262. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198204\)38:2<257::AID-JCLP2270380205>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198204)38:2<257::AID-JCLP2270380205>3.0.CO;2-I)
- Gamarra Camargo, P. M., Camargo Zamata, P. M. y Rodríguez Saavedra, L. (2024). Autoeficacia académica y autoestima en estudiantes universitarios. *Areté, Revista Digital del Doctorado en Educación*, 10(19), 69–85. <https://doi.org/10.55560/arete.2024.19.10.4>
- INEGI (2023). *Salud mental*. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Kingi-Uluave, D., Taufu, N., Tuesday, R., Cargo, T., Stasiak, K., Merry, S. y Hetrick, S. (2025). A review of systematic reviews: Gatekeeper training for suicide prevention with a focus on effectiveness and findings. *Archives of Suicide Research*, 29(2), 329–346. <https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2358411>
- López Gómez, E. (2016). En torno al concepto de competencia: un análisis de fuentes. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 20(1), 311–322.
- Neimeyer, R. A. y Bonnelle, K. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: A revision and validation. *Death Studies*, 21(1), 59–81. <https://doi.org/10.1080/074811897202137>
- Oscar, R. D. (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio* (10 de septiembre).
- Park, S.-C., Na, K.-S., Kwon, S.-J., Kim, M., Kim, H.-J., Baik, M., Seol, J., An, E. J., Lee, S. M., Lee, E.-J., Lim, M., Cho, S. J., Kim, G. H., Kim, N., Jeon, H. J., Paik, J.-W., Oh, K. S. y Lee, H.-Y. (2020). “Suicide CARE” (Standardized Suicide Prevention Program for Gatekeeper Intervention in Korea): An Update. *Psychiatry Investigation*, 17(9), 911–924. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0166>

- Santillán Torres Torija, C. y Suárez Ortiz, J. O. (2023). Entrenamiento en Guardianes para la prevención del suicidio en estudiantes. *Revista Digital Universitaria*, 24(6). <https://doi.org/10.22201/cuaiced.16076079e.2023.24.6.6>
- Stickl Haugen, J., Sutter, C. C., Tinstman Jones, J. L. y Campbell, L. O. (2023). Teachers as youth suicide prevention gatekeepers: An examination of suicide prevention training and exposure to students at risk of suicide. *Child & Youth Care Forum*, 52(3), 583–601. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09699-5>
- Suicide Prevention Resource Center (2018). Choosing a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: A Comparison Table. <https://sprc.org/resources/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training-program-comparison-table/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*.
- Takahashi, A., Tachikawa, H., Morita, N., Aiba, M., Shiratori, Y., Nemoto, K. y Arai, T. (2021). Suicide Prevention Gatekeeper Self-Efficacy Scale (GKSES): A psychometric investigation with a Japanese sample. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(2), 128–135. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000698>
- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M. y Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18(1), 637. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>

Recibido: 30 de julio de 2025

Última revisión: 15 de febrero 2026

Aceptado: 11 de junio de 2026

Creative Commons (BY-NC-SA)

