

**Ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución
educativa pública del municipio de Corozal**

Ana María Pava Vásquez

Eliana Judith Payares Castillo

Jessica Andrea Tobías Pérez

Asesor

María Laura Vergara Álvarez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Psicología

2024

Dedicatoria

Primeramente, a Dios porque sin él no hay nada que sea posible. A nuestros padres quienes son el pilar de este proceso ya que nos han guiado y aconsejado en los momentos difíciles de nuestras vidas, a nuestros esposos, hermanas y hermanos y demás familiares a los que ya no pueden estar desde la tierra porque están alado de Dios por cada palabra de aliento en todos aquellos momentos de dificultad. A nuestra asesora y compañeros que dentro de todo el andar en las aulas de clases nos daban la motivación para seguir construyendo este sueño para llegar a formarnos como profesionales de bien y preparados para poder cumplir todos los retos que la vida nos tiene preparada.

Agradecimientos

“Pon en manos del señor todo lo que haces, para que tus planes se hagan realidad” Proverbios 16:13. Queremos agradecer en primer lugar a Dios, quien nos acompañó en todo momento durante todo este proceso, nos diste la sabiduría y el entendimiento a cada una de las personas que somos parte de este proyecto pusiste delante de nosotras todas las herramientas necesarias para tener una conclusión satisfactoria de nuestro trabajo final. Le damos un enorme agradecimiento a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD ya que cada una de las docentes que estuvieron acompañándonos en este proceso fueron de gran importancia para lograr una excelente formación integral en cada una de nosotras. Agradecemos a nuestra directora del Semillero Neogénesis María Laura Vergara todo el apoyo que pudimos encontrar por parte de la docente, al momento de iniciar y finalizar, gracias por animarnos en cada una de las diferentes etapas de este proceso. Agradecer a la Institución Educativa Francisco José de Caldas de Corozal sucre, por abrirnos las puertas y darnos la oportunidad de realizar nuestra investigación con su población de estudiantes. De manera especial damos un orgulloso agradecimiento a cada uno de nuestros familiares por el apoyo incondicional y persistente que indudablemente encontramos, Gracias por llenarnos de palabras de aliento en los momentos más difíciles, Gracias por confiar en nosotras y darnos un respeto de los tiempos para que así lográramos terminar de manera satisfactoria nuestro proceso. Finalmente, Gracias a cada uno de los jóvenes que participaron en este estudio sin ellos esto no sería posible.

Resumen

Esta propuesta de investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de la Institución Educativa Francisco José de Caldas, en el municipio de Corozal, Sucre. Este estudio posee una metodología con paradigma positivista, enfoque cuantitativo, tipo correlacional, diseño no experimental y corte transicional. La muestra poblacional estará constituida de 112 adolescentes pertenecientes a la Institución Educativa Francisco José de Caldas, cuyas edades oscilan entre los 14 y los 17 años. Para la recolección de los datos se utilizará la escala de ideación suicida positiva y negativa la PANSI, el inventario de depresión de Beck BDI II y un cuestionario de caracterización sociodemográfica. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el Statistical Package for the Social Sciences SPSS a través los estadísticos descriptivos para el componente inicial y la fórmula estadística R – Pearson, para la parte correlacional. Los hallazgos de este estudio indican que, en lo que respecta a la ideación suicida en adolescentes no se encontró presencia de ideación suicida en la muestra poblacional según el rango clínico sugerido por la prueba aplicada. Con relación a la sintomatología depresiva en la población de jóvenes escolarizados, los hallazgos indican que la media poblacional se sitúa en 16,95 con una desviación de 12,8, lo que indica según el rango clínico establecido por el instrumento, que se sitúan en un nivel de depresión leve. Finalmente, se encontró relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y las ideas suicidas negativas ($,525^{**}$) y las ideas suicidas positivas ($,344^{**}$).

Palabras claves: Suicidio, Depresión, Adolescentes, Escolarizados, Ideación Suicida, Salud Mental, Cognitivo, Ley de Infancia y Adolescencia, Sintomatología Depresiva, Emociones.

Abstract

The general objective of this research proposal is to determine the relationship between suicidal ideation and depressive symptoms in adolescents attending the Francisco José de Caldas Educational Institution, in the municipality of Corozal, Sucre. This study uses a positivist paradigm methodology, a quantitative approach, a correlational approach, a non-experimental design, and a transitional approach. The population sample will consist of 112 adolescents from the Francisco José de Caldas Educational Institution, whose ages range from 14 to 17. Data collection will be carried out using the PANSI (Positive and Negative Suicidal Ideation Scale), the Beck Depression Inventory (BDI II), and a sociodemographic questionnaire. Data analysis was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), using descriptive statistics for the initial component and the Pearson R-statistics formula for the correlational component. The findings of this study indicate that, regarding suicidal ideation in adolescents, no suicidal ideation was found in the population sample according to the clinical range suggested by the test applied. Regarding depressive symptoms in the school-aged youth population, the findings indicate that the population mean is 16.95, with a reduction of 12.8, indicating, according to the clinical range established by the instrument, that they are at a level of depression. Finally, a statistically significant relationship was found between depressive symptoms and negative suicidal ideation (.525*) and positive suicidal ideation (.344*).

Keywords: Suicide, Depression, Adolescents, School-aged Children, Suicidal Ideation, Mental Health, Cognitive, Law of Childhood and Adolescence, Depressive Symptoms, Emotions.

Tabla de Contenido

Introducción	9
Justificación	11
Planteamiento del Problema	13
Formulación del Problema	18
Objetivos.....	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	19
Marco Teórico.....	20
Teorías sobre la Ideación Suicida	20
Teoría Explicativa de la Depresión.....	21
Teoría Explicativa de la Ideación Suicida.....	25
Marco Conceptual.....	28
Suicidio - Ideación Suicida	28
Intento Suicida - Conducta Suicida.....	29
Salud Mental - Trastorno Mental	30
Depresión y Suicidio.....	31
Adolescente.....	33
Ley de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006 (noviembre 8)	33
Alcance	35
Antecedentes.....	37
Ideación Suicida.....	37
Sintomatología Depresiva.....	39

Metodología de la Investigación.....	49
Diseño	49
Población y Muestra.....	49
Beck Depresión Inventory BDI II.....	50
Análisis de Datos	50
Cronograma.....	51
Resultados.....	53
Caracterización de la Población	53
Prevalencia de la Ideación Suicida en Adolescentes.....	55
Sintomatología Depresiva en Adolescentes	56
Correlación entre Ideación Suicida y Sintomatología Depresiva en Adolescentes	56
Discusiones	59
Conclusiones.....	66
Referencias Bibliográficas	68

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Fases del Proyecto.</i>	36
Tabla 2 <i>Cronograma de Actividades.</i>	51
Tabla 3 <i>Recursos Necesarios.</i>	52
Tabla 4 <i>Caracterización de la Población – Sexo.</i>	53
Tabla 5 <i>Caracterización de la Población - Edades.</i>	54
Tabla 6 <i>Caracterización de la Población - Estrato Socioeconómico.</i>	54
Tabla 7 <i>Caracterización de la Población - Víctimas del Conflicto Armado.</i>	55
Tabla 8 <i>Caracterización de la Población - Con quién Vive.</i>	55
Tabla 9 <i>Ideación Suicida.</i>	56
Tabla 10 <i>Síntomas Depresivos</i>	56
Tabla 11 <i>Correlación entre Sintomatología Depresiva e Ideación Suicida.</i>	57
Tabla 12 <i>Diferencias en Sintomatología Depresiva por Sexo.</i>	57
Tabla 13 <i>Diferencias en Ideación Suicida por Sexo.</i>	58

Introducción

Las investigaciones sobre la ideación suicida a nivel mundial resultan de especial importancia para la formulación de estrategias que conlleven a la prevención del suicidio, por esta razón es importante considerar que las acciones y las ideas suicidas tienen un carácter multifactorial y las estadísticas de suicidio nos indican que van en la actualidad van en un aumento notable a nivel mundial, teniendo en cuenta que este aumento se evidencia mucho más en la población de jóvenes (Carmona Parra JA, Carmona González DE).

Si bien, el suicidio es un evento que ocurre en casi todas las etapas de la vida, es preeminente abordar esta problemática en la adolescencia, debido a que es a esta edad donde ocurren importantes cambios de índole social (Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín, 2015; Siabato et al., 2017; Soriano-Sánchez, 2022) y psico-biológico (Sobowale et al., 2014; Soriano y Jiménez, 2022). Adicionalmente, de acuerdo a autores como Constanza et al., (2018), González et al., (2016) y Silva et al., (2017) el suicidio ha llegado a ser una de las causas principales de muerte en adolescentes, por lo que las escuelas se convierten en espacios propicios para iniciar el diseño y la implementación de programas de prevención del suicidio (Soriano y Jiménez, 2022).

De esta forma, la ideación suicida es comprendida como el deseo y la intención de terminar con la propia vida (Sánchez et al., 2014), frente a lo cual existen factores internos y externos que cumplen el rol de detonadores, algunos de ellos pueden ser el miedo al fracaso, las condiciones personales desfavorables y la ansiedad e inseguridad ante lo que depara el futuro (Córdoba et al., 2015); los contextos donde el adolescente interactúa también tienen incidencia en la ideación suicida, aspectos como el bullying y la discriminación aumenta el riesgo de suicidio (Soriano y Jiménez, 2022).

Por lo tanto, se reviste de especial importancia la consolidación de entornos protectores para los adolescentes, en los que se incentive el desarrollo de sus capacidades y competencias como medio que aporte al bienestar mental y social de los adolescentes (Moscoso et al., 2016); la familia juega un papel preponderante en relación con esta necesidad, debido a que se constituye en el primer espacio protector para los adolescentes (Bustillo et al., 2017; De la Villa y Quintana, 2018).

Por lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo “determinar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal”, para ello se formularon los siguientes objetivos específicos: 1. identificar la prevalencia de la ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal; 2. evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa pública del municipio de Corozal; 3. analizar la relación entre la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal.

El trabajo se desarrolla en seis capítulos. El primer capítulo aborda el planteamiento del problema, describiendo detalladamente la problemática a estudiar y consiguientemente la formulación del problema y pregunta de investigación. El segundo capítulo expone la justificación y el alcance de la investigación. En el tercer capítulo se presentan el objetivo general y los específicos. El cuarto capítulo desarrolla el marco teórico y conceptual del estudio. En el quinto capítulo se expone la metodología utilizada: el enfoque, diseño, la población y muestra, el análisis de datos y el cronograma de actividades. Finalmente, en el capítulo sexto se muestran los resultados.

Justificación

El suicidio y la ideación suicida es considerada una problemática de salud pública dado que comprende características familiares, personales y socio culturales que afectan en mayor medida a la población adolescente (Moya, 2007) y a sujetos con patologías de salud mental como los trastornos depresivos (Ramírez et al., 2009).

Algunas estadísticas indican que 1 de cada 3 personas pueden padecer depresión en algún momento de su vida, Además pueden padecer depresión más de una vez, provocando un importante debilitamiento en la capacidad de desarrollarse, lo que da lugar a múltiples comportamientos deficientes que afectan tanto física como psicológicamente; lo cual se ve reflejado en la disminución de ingesta alimenticia, pérdida de interés en actividades diarias y/o tristeza prolongada, que conlleva a que se desarrolle progresivamente pensamientos de delirios y psicosis, esto hasta tal punto que puede llegar a intentar contra la integridad de él mismo.

Como un grupo de alto riesgo para la depresión esta la población adolescente, si bien atendiendo a este hecho de que a más edad mayor es el riesgo para el inicio de la depresión en jóvenes, la tasa de prevalencia de este trastorno varía de 3 a un 9% en adolescentes.

Si bien se han encontrado trastornos depresivos los cuales oscilan entre 15 y 20% en la población de los jóvenes lo que se compara con la tasa longitudinal encontrada en la población adulta y es por ella que se sugiere que la depresión en adultos suele tener inicios desde la etapa de la adolescencia. Aunque no se han encontrado diferencias claras de prevalencia entre sexos en muestras de edades prepuberales, se ha identificado de manera congruente un mayor riesgo de depresión en el sexo femenino después del inicio de la pubertad, incluso existe un riesgo doble para el sexo masculino, sin embargo, las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de

adaptación saludable pueden ayudar a evitar que dichos periodos de depresión conduzcan a trastornos más severos.

Es debido a lo anterior que esta investigación aporta información relevante en la elaboración de políticas públicas en materia de salud mental que viene llevando a cabo en el departamento de Sucre. Asimismo, contribuye a la academia, especialmente a la escuela de ciencias sociales, artes y humanidades ECSAH de la UNAD, debido a que facilitara un insumo en materia de investigación que faciliten la realización de procesos de investigación en esta misma temática, además al esté ser un proyecto de opción de grado desarrollado en el marco de la ejecución de un proyecto de investigación especial PIE del programa de psicología contribuirá a dejar insumos en materia de intervención para la prevención de los síntomas depresivos y la ideación y conducta suicida y la promoción de la salud mental en esta población.

Planteamiento del Problema

Investigar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa pública del municipio de corozal, siendo estas catalogadas según la Organización Mundial de la Salud, enfermedades de salud mental. De acuerdo con el informe de la OMS (2019a), la depresión es la principal causa de discapacidad mundial y el suicidio es la tercera causa de mortalidad para los jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 19 años, Anualmente cerca de 800,000 adolescentes se suicidan cada año y muchas más intentan hacerlo (OMS, 2019b).

En la literatura se muestra que existe una estrecha relación entre la depresión e ideación suicida, ya que la asociación entre los síntomas depresivos aumenta la presencia y el comportamiento suicida, afectando de manera severa cuando no se interviene a tiempo en las personas vulnerables (Ceballos-Ospino et al., 2015; Guedria-Tekari et al., 2019; Narváez-Sánchez et al., 2017). En estudios previos mencionan que no solo la depresión causa la ideación o el acto suicida, sino que también, suele ser consecuencia de múltiples factores como: experiencias negativas, pobreza, violencia, esquizofrenia, trastorno bipolar, los cambios físicos, problemas familiares, etc., sin embargo, mencionan que existe una asociación importante entre depresión e ideación suicida (González-Forteza et al.,2015).

La ideación suicida son aquellos pensamientos sobre la muerte autoinfligida y sobre formas deseadas de morir, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Siabato-Macías et al., 2017). El acto suicida, por su parte, es denominado como el proceso cuyo primer paso es la ideación en las diferentes expresiones, como lo son la preocupación autodestructiva que conlleva a la depresión mayor, el deseo de muerte, el intento suicida y finalmente el suicidio consumado (Sánchez, Villarreal, Musitu y Martínez, 2010). Autores como Enrique-Pacheco et al., (2016),

afirman que si bien el suicidio no se encuentra determinado por la edad o por el género, este suele ocurrir mayormente en población adolescente dado que la adolescencia representa un periodo de mayor vulnerabilidad a las dificultades cotidianas, debido a las diversas transformaciones físicas y psicológicas que ocurren favoreciendo un comportamiento impulsivo y/o impredecible como el comportamiento suicida (Guedria-Tekari et al., 2019), es por ello que se considera una etapa en la cual es fundamental el apoyo familiar, psicológico y social, además que conozcan y sepan identificar los síntomas e indicadores de estos padecimientos para que puedan ser detectados a tiempo e intervenir adecuadamente.

Eguiluz (2019), describe la ideación suicida como "pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir" (p. 1). Se estima que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida tienen sintomatología depresiva, Esta ideación puede variar en tipos y grados, los cuales manifiestan desde el deseo de morir sin una planeación específica de cómo hacerlo hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones concretas. Rosales (2018) plantea que a pesar de que la ideación suicida es considerada como la expresión de menor riesgo, es la primera manifestación de conductas suicidas y, por tanto, se convierte en un componente importante para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio y a la prevención de otras conductas, como el intento y el suicidio consumado.

Tal como lo han planteado Boeninger, Masyn, Feldman y Conger (2010) y Bowers, Banda y Nijman (2010), la ideación suicida por sí sola no conduce a la planificación o a la tentativa suicida, esta requiere de la vinculación de otras variables para que se dé el tránsito del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o el suicidio consumado. Como menciona

Rosales (2010), esta ideación suicida está asociada a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de llevar a cabo otras conductas suicidas.

En el metaanálisis realizado por Ferrari et al. (2014) se encontró que el trastorno depresivo mayor es el responsable de una proporción más alta de suicidios (RR = 46.1, 95% IC [28, 60]), en individuos entre los 10 y los 19 años, independientemente del sexo, la condición socioeconómica y la región de la que se provenga (ya sea Asia, Australia, Europa, América Latina, Norteamérica, Oriente medio, África Subsahariana u Oceanía). Según este estudio y el Ceballos y Toro (2008), la depresión puede conducir al suicidio, al influir en la aparición de ideas suicidas.

Como lo muestra el informe de la OMS (2014) titulado Health for the world's adolescents, estas dos problemáticas se encuentran entre las cinco principales causas de discapacidad en adolescentes entre los 10 y los 19 años. El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad para ambos sexos.

Diversos estudios no solo han encontrado una relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes latinoamericanos (Córdova, Rosales, Guzmán y Zúñiga, 2013; González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; González, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001; Pérez et al., 2010; Rosselló y Berrios, 2004), sino que también han identificado la sintomatología depresiva como la mejor variable para predecir la ideación suicida, entre otras variables asociadas, como la victimización escolar, la conducta alimentaria de riesgo, la funcionalidad familiar y los problemas de integración escolar (Sánchez, Villarreal, Musitu y Martínez, 2010).

En Colombia se han llevado a cabo algunos estudios en los cuales se ha encontrado una relación positiva entre la ideación suicida y la depresión, tal es el caso de la investigación de

Paniagua, González y Rueda (2014), en la que mediante una muestra de un grupo de adolescentes de Medellín evidenciaron que síntomas depresivos como el estado de ánimo negativo, la inefectividad, la anhedonia y la autoestima negativa están entre las variables que mejor explican el riesgo de orientación suicida. Por su parte, Toro, Paniagua, González y Montoya (2009) encontraron que la sintomatología depresiva aumenta 4.3 veces más el riesgo de suicidio en los adolescentes de esta misma ciudad.

Por otro lado, los estudios de regresión logística realizados por Carvajal y Caro (2011) con adolescentes residentes en Bogotá, revelaron que la depresión, la baja autoestima, los antecedentes de intento de suicidio y la disfuncionalidad familiar son las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida. En esta misma línea, Pérez, Téllez, Vélez e Ibáñez (2012) mostraron que la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar y la violencia intrafamiliar son factores asociados a comportamientos suicidas.

De igual manera, Villalobos-Galvis (2009), en su investigación con estudiantes de secundaria y universitarios en Pasto, destacan la depresión como una de las cinco variables más críticas para la aparición de ideas suicidas, siendo la desesperanza la mejor variable predictora. Ahora bien, no todos los estudios muestran una estrecha relación entre ambas variables, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Ceballos et al. (2015) en la ciudad de Santa Marta, se encontró una relación significativa entre depresión e ideación suicida, no obstante, sus magnitudes de asociación fueron débiles.

La Organización Mundial de la Salud-OMS, estima que “la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se señala de un 3% al 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio, La ideación suicida se da en el primer

año después de la aparición de la ideación. “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” Algunos detonadores son, la falta de sentido de la vida, como lo afirma Lukas (2001), que da lugar a los pensamientos suicidas así como a la frustración existencial en la que el individuo se desespera, porque el vacío existencial que siente lo ha conducido a la desesperanza, un estado desánimo, desmotivación, de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad en la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, problemas económicos, consumo de sustancias tóxicas, baja autoestima, así como disfunción familiar, ser víctimas de acoso escolar o sexual; otros aspectos que se relaciona con el género, la discriminación social y la carencia de redes apoyo. lo coloca frente a una tentativa suicido, hasta que finalmente hay un intento de suicidio.

El comportamiento normal en los adolescentes se caracteriza por ascenso y descenso en el estado de ánimo, periodos de alternancia entre el sentir que “el mundo es un lugar estupendo” y “la vida es una porquería”. Estos episodios pueden presentarse con periodos de duración variables de horas y días. El estado depresivo es común en los adolescentes como consecuencia del proceso de maduración y el estrés, de los conflictos con los padres, por la lucha de su independencia, también puede ser una reacción a un proceso perturbador como la muerte de un amigo, novio (a) o familiar, el fracaso en la escuela, etc.

La depresión es un estado emocional caracterizado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima que se presenta durante los años de adolescencia; este cambio se da como respuesta a muchos estímulos, La disminución en el rendimiento escolar, las relaciones caóticas con

familiares y amigos, el abuso de sustancias psicoactivas, cambios en los hábitos alimenticios, sentimientos de inutilidad, tristeza prolongada y obsesión con la muerte que pueda tomar la forma de pensamiento suicida; estos y muchos otros comportamientos negativos pueden ser signos y síntomas de depresión.

Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa pública del municipio de Corozal?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa pública del municipio de Corozal.

Objetivos Específicos

Identificar la prevalencia de la ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal.

Evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes de Una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal.

Analizar la relación entre la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución Educativa Pública del municipio de Corozal.

Marco Teórico

Teorías sobre la Ideación Suicida

De acuerdo con la literatura científica existen dos modelos o teorías preeminentes que intenta explicar la ideación suicida: la teoría cognitiva (De la Torre Martí, 2013) y la teoría Cognitiva - Mediacional – Psicodinámica (Casullo, 2005).

La teoría cognitiva asevera que las personas muestran una visión negativa acerca del futuro, el medio ambiente, ellos mismos y la manifestación de síntomas depresivos, lo cual incrementa la posibilidad de tener pensamientos suicidas y, posteriormente, llevar a cabo el acto suicida. Este estado de la cognición unido a dinámicas emocionales y del comportamiento no funcionales, pueden propiciar la concepción en la persona de que no existen soluciones a su alcance, lo que conlleva a perder toda esperanza, aumenta la probabilidad de suicidio.

Específicamente, uno de los postulados más aceptados para comprender la aparición de pensamientos suicidas y la conducta misma del suicidio implica la presencia de un evento estresante que desencadena emociones específicas (particularmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o comunicar sus problemas a otros, combinado con la evaluación de que dicha opción no es viable y la falta de recursos para superar la crisis (por ejemplo, carencia de apoyo social). Esta sucesión de ideas, unida a la disponibilidad de medios para llevarlo a cabo o a la observación de comportamientos suicidas previos, resulta en una sensación de indefensión que contribuye al desarrollo de conductas suicidas.

Por lo tanto, el enfoque del tratamiento estará orientado a crear ocasiones para investigar, clarificar significados y creencias diferentes, así como en obtener dominio mediante la creación de soluciones y el fortalecimiento de habilidades que posibiliten su aplicación de manera efectiva (De la Torre Martí, 2013). Para ello De la Torre Martí (2013) propone un esquema de pasos para

la evaluación del riesgo del suicidio: 1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales. 2. Evaluación del riesgo actual. 3. Valoración del riesgo de suicidio (p. 5).

Por otra parte, la teoría Cognitiva - Mediacional – Psicodinámica respaldada por varios estudios sobre el suicidio en adolescentes, plantea que la ideación suicida se trata de un fenómeno extremadamente complejo; en este, factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan, y se asume que la autopercepción de la muerte se convierte en una forma de aliviar el sufrimiento y la insoportable presión que experimenta este grupo de población.

A partir de este modelo los autores Casullo (2005) propone una perspectiva complementaria para la comprensión de la ideación suicida, desde la integración de diversos modelos, en palabras del autor: A) Se entiende al sujeto humano como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente. B) Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo especificado en A) y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico. C) Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas) (Casullo, 2005, p. 175).

Teoría Explicativa de la Depresión

La Teoría de Beck ha generado una gran cantidad de investigación empírica, sobre todo en la explicación de los trastornos depresivos. En este sentido, la teoría de Beck ha tenido un enorme impacto en la investigación psicopatológica de la depresión, estimulando desarrollos

metodológicos y conceptuales que han contribuido a la clarificación y precisión de los modelos explicativos del trastorno, así como de los métodos y diseños adecuados para evaluar tales modelos. (Beck et al., 1979), cuya eficacia en el caso de la depresión está firmemente establecida (cf. la revisión meta-analítica de Dobson, 1989a).

La depresión (Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-V), es un estado en el que la persona se siente muy triste y pierde el interés en la realización de actividades cotidianas. Aparecen sentimientos de inutilidad y desesperanza que se cristalizan en la idea de que la persona ha fracasado en su vida.

El cansancio frecuente e intenso es acompañado de una gran dificultad para tomar decisiones aún en actividades muy sencillas. De este modo, incluso prepararse un plato de comida o bañarse pueden transformarse en un problema imposible de resolver. El cuadro se completa con síntomas tales como insomnio o hipersomnia, dificultad para la concentración y falta de deseo sexual. Los pacientes graves pueden llevar a cabo intentos de suicidio.

La depresión, entonces, presenta diversas características clínicas en las siguientes áreas: Estado de ánimo como sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía, sensación de felicidad. Cognoscitiva permite las dificultades en la concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión, ideas suicidas. Conducta habla del retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto, suicidio. Somática se relaciona con el insomnio o hipersomnia, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas, falta de deseo sexual.

Además del Trastorno Depresivo Mayor, al cual comúnmente se lo llama simplemente “depresión”, existen otros Trastornos del Estado de Ánimo: Trastorno Distímico, Trastornos Bipolares, Trastorno Ciclotímico, etc.

Desde la perspectiva cognitiva (Aaron Beck, 1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

Otros enfoques plantean que el impacto de sucesos vitales estresantes predispone a la depresión cuando el paciente no posee habilidades específicas para enfrentarlos y resolverlos. El tratamiento conductual de la depresión está orientado a cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo; pues es frecuente que el paciente no reciba reforzamiento ambiental ni por las tareas que lleva a cabo ni en sus relaciones interpersonales. Comúnmente, el paciente no siente deseos de llevar a cabo actividades por lo cual se establecen objetivos pequeños al principio que se transforman progresivamente en otros de mayor complejidad.

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información. Así, en la depresión, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin

embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o deprivación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. Ese procesamiento cognitivo distorsionado que aparece en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos, sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.

Cualquiera que sea la etiología, sin embargo, ese tipo de procesamiento distorsionado forma parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos, el procesamiento distorsionado de la información en la depresión y se entiende en la teoría de Beck como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos.

Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (erg., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, etc.), la teoría cognitiva de Beck, afirma que en muchos casos de depresión la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un

suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

En el caso de la depresión el tema sería la autoconstrucción. El procesamiento sesgado de la información resulta de la activación de los esquemas relevantes al contenido común específico del trastorno y de la desactivación de los esquemas inconsistentes con él. En la depresión, los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constructivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva.

Finalmente, algunos autores identifican a la depresión como uno de los factores generadores de la ideación suicida en adolescentes (Vázquez, 2018; Serrano y Olave, 2017; González, 2023), debido a que la existencia de problemas que los llevan a cuestionar su existencia, los hace sentir vulnerables, confundidos e indefensos, por lo que se hace urgente identificar los factores de riesgo a los que los adolescentes están continuamente expuestos, tanto en entornos escolares, familiares y sociales.

Teoría Explicativa de la Ideación Suicida

El Modelo Cognitivo de la idea suicida nos dice que la variable más relevante para darle una predicción de las conductas o de los intentos suicidas, es la ideación suicida (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012; Ellis & Rutherford, 2008; Wenzel & Beck, 2008; Wenzel, Brown y Beck, 2009). La ideación suicida suele tener una definición como una cognición la cual es reportada como cualquier otra por el individuo un ejemplo de esto son los pensamientos, la imagen y las creencias, por medio de las cuales refieren que le pondrían fin a su propia vida, e incluso a la intención que se tenga de llevar a cabo la conducta suicida.

Autores como (Beck, et al., 2012; Wenzel, et al., 2009). Nos dicen que otra las variables cognitivas y las cuales tienen una gran importancia y que identifican este modelo es la desesperanza, ya que esta se le puede dar una definición como la creencia de que el futuro puede tornarse negro eh incluso se suele pensar que los problemas nunca van a tener solución. La desesperanza ha mostrado una correlación bastante notable con la conducta suicida, esto ah logrado que se haga una mediación con la relación entre aquellas situaciones que son estresantes y las ideas y conductas suicidas (Ellis, & Rutherford, 2008; Wenzel, et al., 2009).

De todo lo anterior podemos decir que la desesperanza es un factor bastante notable eh importante en la idea suicida.

Desde otra mirada el modelo cognitivo de la regulación emocional dentro de la psicopatología involucra cualquier proceso el cual puede ser explícito o implícito lo cual puede alterar las emociones, (Denny, Silvers & Ochsner, 2009). Que suelen estar dentro de los diferentes factores que se involucran en la RE de procesos cognitivos el cual por lo general poseen un rol el cual se destaca (Garnefski & Kraaij, 2007). Recientemente, Medrano, Muñoz-Navarro y Cano-Vindel (2016) estos autores hacen la propuesta de agrupar las estrategias cognitivas de regulación emocional, esto se hace en dos categorías que son: Automáticas y Elaborativas.

Lo que hace que estas agrupaciones busquen que se le dé una contemplación a el rol diferenciado el cual tiene las estrategias cognitivas de la regulación emocional en la patología y la salud mental, así mismo algunos de los hallazgos neurobiológicos encontrados (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Beauchaine & Zisner, 2017; Berking & Lukas, 2015; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Potthoff, et al. 2016; Taylor & Liberzon, 2007).

Las automáticas tienen una contemplación de las estrategias las cuales están mucho más vinculadas a lo que es una respuesta subcortical y que tienen una asociación que se ve que va en un aumento de la afectividad negativa, de este modelo podemos encontrar una asociación positiva el cual va de la mano con los trastornos mentales.

Marco Conceptual

Suicidio - Ideación Suicida

El suicidio se conceptualiza como un proceso que tiene una etapa inicial con la ideación con sus diversas manifestaciones como son la preocupación autodestructiva, la planificación de un acto letal y el deseo de muerte, continua con el intento suicida y finaliza con el suicidio acabado (Sánchez-Sosa, et al., 2010). Por tal razón, se considera, que los estudios de ideación suicida, así como la conducta suicida y la identificación de factores relacionados son relevantes en la prevención del suicidio (Paneth y Susser, 2002).

La ideación suicida es un fenómeno donde se conjugan varios elementos como son los personales, sociales, escolares y familiares (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009). Los elementos relacionados con la ideación suicida son diversos, lo que da cuenta de una característica multifactorial y multidimensional. Factores subjetivos como la falta de esperanza, impulsividad, agresividad, percepción del cuerpo, dificultades en la comunicación y la falta de sentido de pertenencia social, han sido definidos como elementos que generan el proceso de la ideación suicida (Braga y Dalbosco, 2013).

La ideación suicida se ha caracterizado por varias formas presentación (Pérez, 1999, como se cita en Salazar, 2021): El deseo de morir (constituye pensamientos negativos acerca de la vida y de seguir dando frente a la misma), la representación suicida (como se imagina la muerte), la idea de la conducta de muerte sin planificación de cómo se realizará la situación, la idea de autodestruirse sin un plan y la idea suicida como una planificación completa.

Adicionalmente, Lukas (2001) sostiene que el mayor riesgo de suicidio ocurre un año después de que aparece la ideación suicida, existiendo varios factores desencadenantes, como la carencia de propósito en la vida, que puede generar pensamientos suicidas y provocar una

frustración existencial en la que la persona se siente desesperada. Esta falta de sentido puede llevar a un estado de desesperanza que está íntimamente relacionado con el desánimo, la falta de motivación, la desilusión y la apatía hacia el futuro, sentimientos de cansancio, inutilidad, fatalismo y desorientación existencial pueden conducir a alguien hacia el intento de suicidio y, en última instancia, al acto suicida.

Por otra parte, Casullo (2005) afirma que la literatura científica reciente aborda el suicidio desde tres categorías: ideaciones suicidas, para suicidios y suicidios. Las ideaciones suicidas hacen referencia a las distintas dinámicas afectivas y cognitivas que van desde percepción de ausencia de sentido en la vida, la planeación para quitarse la vida, sentimientos de autodestrucción, que se manifiestan como complejas preocupaciones, los para suicidios incluyen una variedad de comportamientos que van desde gestos manipuladores hasta intentos fallidos de acabar con la vida, o se llevan a cabo, pero causan daño al sujeto que los realiza; estos no se llevan a cabo con frecuencia. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o la adicción grave no se incluyen en esta categoría. Por último, el suicidio comprende las muertes acaecidas, producto directo o indirecto de comportamientos realizados por la misma víctima, la que realiza la acción de manera consciente.

Intento Suicida - Conducta Suicida

Según la OMS (2014) la conducta suicida es todo comportamiento que esté orientado a dañarse a sí mismo e incluye los pensamientos e ideaciones. Esta organización lo diferencia del suicidio, el cual es el acto de matarse a sí mismo voluntariamente, y del intento de suicidio, esto es, de cualquier intento de dañarse a sí mismo sin consecuencias fatales. Según el Boletín de salud mental, el comportamiento suicida es un conjunto de eventos que pueden afectar a

personas de cualquier edad, nivel socioeconómico y raza; y cuando se presenta como suicidio consumado, tiene secuelas desfavorables duraderas para el individuo, su familia y su comunidad.

Salud Mental - Trastorno Mental

La Ley 1616 de 2013 define a la Salud Mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción” y que permite utilizar los recursos emocionales, cognitivos y mentales de los individuos y de los grupos humanos, para vivir su cotidianidad de la manera más adaptativa posible. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define a la salud mental como ese estado de bienestar que permite al individuo ser consciente de sus capacidades y afrontar las tensiones normales, trabajar productivamente y ser capaz de contribuir a su comunidad. Por otro lado, la ley 1616 de 2013 entiende como trastorno mental “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia”. Esta condición no permite la adaptación adecuada de los individuos a sus condiciones de vida.

Teniendo en cuenta el referente teórico de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2015). (Suk, Van Mill, Vermeiren, Ruchkin, Schwab-Stone, Doreleijers y Deboutte 2015; World Health Organization, 2001). Se evidencia que muchos de los características y sintomatología de las tendencias suicidas e ideación suicida son similares a los de la depresión, por lo que se deben considerar las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio: 1. Presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año. 2. Alteraciones emocionales graves. 3. Desesperanza. 4. Agitación o extrema violencia. 5. Conducta poco comunicativa. 6. Aislamiento social. 7. Cambios en los hábitos de dormir y de comer. 8. Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales. 9. Uso de drogas o de bebidas alcohólicas. 10. Abandono

fuera de lo común en su apariencia personal. 11. Cambios pronunciados en su personalidad. 12. Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar. 13. Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven. 14. Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones. 15. Poca tolerancia de los elogios o los premios.

Un adolescente que está contemplando el suicidio también puede: 1. Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable. 2. Lanzar indirectas como: no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez. 3. Poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc. 4. Ponerse muy contento después de un período de depresión. 5. Tener síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

Depresión y Suicidio

En la literatura se muestra que existe una estrecha relación entre la depresión e ideación suicida, ya que la asociación entre los síntomas depresivos aumenta la presencia y el comportamiento suicida, afectando de manera severa cuando no se interviene a tiempo en la etapa de la adolescencia, siendo esta la etapa más vulnerable de la vida (Ceballos-Ospino et al., 2015; Guedria-Tekari et al., 2019; Narváez- Sánchez et al., 2017).

En el sentido de considerar que los adolescentes son la población con mayor riesgo e ideación suicida en comparación a otras etapas de la vida, encontrándose que factores como la depresión, problemáticas psicosociales, consumo de drogas y alcohol, disfuncionalidad familiar, baja tolerancia a la frustración, impulsividad aumentan el riesgo de suicidio y son predictores de la ideación suicida (Madge et al., 2011). Estos factores generan un malestar psicológico

manifestándose en sentimientos de soledad, confusión, desesperanza y minusvalía, aumentando la posibilidad de presentar ideas suicidas (Amezquita et al., 2008; Franklin et al., 2017).

La ideación suicida con sintomatología depresiva en adolescentes se enmarca de una manera donde se ponen límites a la vida. Si bien se hace importante conocer que esta se asocia vulgarmente a la muerte a muchos de los jóvenes. Adam (1985) se encarga de proponer el concepto de “Continuum autodestructivo” para que así se logre dar cuenta de la progresividad: si bien la primera etapa connotada por las distintas fantasías la más conocida como ideación suicida, la crisis se conoce como la expresión de rápida salida, mientras que la tentativa suicida con sintomatología depresiva se constituye como un aviso denunciante.

Se puede decir que hoy por hoy que la relación que tiene la ideación suicida con sintomatología depresiva se puede vincular con un concepto el cual se consolida dentro de una disciplina, entre algunos autores lo toman Bonilla (1992) y Di león (2004) conceptualizan la teoría de la tendencia suicida el cual propuso 3 fases Consideración, Ambivalencia, Decisión

La relación que se tiene entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva existen dos autores los cuales plantean el tema como la diferenciación conceptual que se refiere a los dos marcos disciplinarios, sosteniendo que el termino suicidio es propio de la medicina legal, la conducta depresiva se conoce como un término psicológico proveniente de las diferentes corrientes Farberonw y Shneideman (1961).

De otro lado, el soporte empírico en diversos estudios (Coffin, Álvarez, & Marín, 2011; Siabato, & Salamanca, 2015; Siabato, Forero, & Salamanca, 2017; Villalobos-Galvis, 2009b^a; Amezquita et al., 2008; Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez Marqueo, & Forns, 2012) muestran que la depresión es uno de los principales predictores de la ideación suicida en población adolescente y joven, a su vez, tanto la sintomatología depresiva como el cuadro clínico,

especialmente la depresión mayor, son los principales factores que explican la ideación y el riesgo suicida. Según la OMS (2017), la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño laboral, escolar o familiar y en la capacidad para afrontar la vida diaria, aspectos que permitan explicar cómo en su forma más grave, puede conducir al suicidio (Croarkin et al., 2018; Miché et al., 2018).

Adolescente

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano ubicada entre la niñez y la adultez, donde hay un creciente proceso de maduración física, psicológica y social que transforma a una persona en un adulto (Gaete, 2015), por lo tanto, la adolescencia ocurre entre las edades comprendidas de 10 a 19 años, comprendiendo dos etapas: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Algunos cambios que se presentan durante esta etapa son cambios físicos rápidos, gran curiosidad sobre estos cambios corporales, egocentrismo y radicalidad en las ideas, creciente necesidad de la privacidad, interés en las relaciones amorosas, interés en la sexualidad, entre otros.

Ley de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006 (noviembre 8)

El Código de Infancia y Adolescencia busca garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna, garantizar sus derechos teniendo múltiples derechos como lo son; el derecho.

Artículo 7°. Protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los

mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

Alcance

El objetivo general de esta tesis se fundamentó en analizar la relación entre la sintomatología suicida con sintomatología depresiva, es necesario que se logre analizar como primero dichos fenómenos de manera individual y luego si la relación entre ambos.

Respecto a la variable de sintomatología depresiva de los 112 estudiantes que dieron respuestas a los instrumentos un 12,817% de la población ha tenido depresión en algún momento de la vida y un 6,632% ha tenido ideación suicida.

Estos resultados se hacen bastante significativos porque, aunque no se encuentre una correlación de gran importancia en las estadísticas, aun es así los resultados se hacen de gran significancia ya que ha al padecer depresión mucho mayor riesgo de ideación suicida vamos a encontrar.

De acuerdo con Nixon y Heath (2009) si bien las divergencias son resultados de relatividad en un nuevo campo de estudio de las autolesiones que se pueden causar por la sintomatología depresiva esto puede indicar que la necesidad de que se contemple algunos aspectos como lo pueden ser: la consistencia metodológica, definiciones teóricas y operacionales, estrategias de medición, selección y composición de las muestras, entre otras más, Si bien a pesar de las divergencias encontradas debemos tener en cuenta que hay algo que es muy claro, lo que está de acuerdo con Lewis y Wash (2011) la prevalencia de autolesiones en la población adolescentes va en aumento y la gran mayoría de personas que inician con este tipo de problemáticas son los adolescentes.

Se hace de gran importancia que se tenga consideración en cuanto a lo anterior las autolesiones tiene una asociación clínica de manera restringida tales como son: Los pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas, esto también como quienes acuden a una atención

psiquiátrica de emergencia esto con las poblaciones de cárceles, jóvenes de internados y las escuelas de educación especial.

Tabla 1

Fases del Proyecto

Fases	Actividades Generales
Fase 0. Revisión de documentación	Recopilar la información de la compañía en cuanto a las políticas de seguridad Revisar los controles y la documentación asociada Identificar la necesidad
Fase 1. Seguridad Servidores	Evaluación de la infraestructura. Verificación del directorio activo. Verificación de las políticas de contraseñas. Verificación seguridad en el servicio de correo. Verificación de los Firewall.
Fase 2. Seguridad Entorno usuario final	Estado de roles de usuarios y perfiles. Seguridad de la información en portátiles y uso. Administración y manejo de dispositivos móviles. Uso de dispositivos USB. Estudio entorno antivirus
Fase 3. Seguridad bases de datos	Análisis de vulnerabilidades de bases de datos Manejo de seguridades Backus y contingencias

Nota. Fases del Proyecto de Investigación.

Antecedentes

Ideación Suicida

De acuerdo con la investigación documental realizada en distintas fuentes, se encontraron que existen una infinidad de variables que analizan los diversos estudios donde destaca la ideación suicida como uno de los factores de riesgo que se hace acompañar de diferentes elementos. Algunos señalados por Serrano, et. al (2017) son, la desesperanza, el vacío existencial, la depresión, la ansiedad, los problemas económicos, el consumo de sustancias tóxicas, la baja autoestima, así como disfunción familiar, el ser víctimas de acoso escolar o sexual; la desigualdad de género o la discriminación social.

Para Cañón y Carmona (2018), la relación que existe entre la Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes de diferentes países del mundo, como Australia, Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, España, EE. UU., México, Portugal y Taiwán. Se observó que la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. Dichos autores encuentran una asociación entre los diferentes factores de riesgo como son: a) emociones negativas y factores estresantes; b) interacciones familiares, relaciones interpersonales; c) factores biopsicosociales, d) problemas de desigualdad social, y trastornos mentales que podrían estar asociados a las ideaciones y comportamientos suicidas. (pp. 387-395). Al considerar estos factores de riesgo se podrían generar redes de apoyo entre (familia, amigos, pares, profesores) que estuvieran dispuestas a escuchar y crear vínculos que den sentido de vida, cuando un individuo expresa que piensa suicidarse habría más oportunidad para su intervención, así como para su prevención.

Algunas investigaciones en Latinoamérica analizan la relación que existe entre la desesperanza que se asocia a todas las conductas suicidas, que parte de la desmotivación y del

sentimiento de soledad, la disfunción familiar y que está se considera como el mayor predictor de la ideación suicida en los adolescentes, debido a que sucede al interior de los hogares en los que conviven los estudiantes la mayor parte de su tiempo y es el espacio en el que adquieren hábitos, valores y costumbres. Quiceno y Vinaccia (2013), señalan que, “los adolescentes que cuentan con una buena relación con los padres mejoran su calidad de vida, se sienten felices, dándole valor y sentido a su vida, manteniendo una mejor orientación positiva hacia el futuro, así como ideas positivas frente a la vida y la felicidad tienen un peso significativo sobre el bienestar psicológico, viene a ser la parte la resiliencia para afrontar las vicisitudes de la vida” (pp. 263-271).

Por su parte, De La Cruz y Zúñiga (2017) “buscan la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional. Los adolescentes que presentan problemas al no reconocer sus propias emociones en el momento que las experimentan, están más expuestos a presentar ideas suicidas”. (p.40-42). Aseguran los autores que soportar humillaciones por familiares o amigos, sufrir acoso, dificultades con su orientación sexual, fracaso escolar, depresión y ansiedad, son señales de alerta que propician la aparición de conductas impulsivas, como la intención suicida donde las habilidades socioemocionales tendrían que regular las emociones.

Ruiz, Castro y Rodríguez (2021) señalan que, un adolescente con ideación suicida intenta quitarse la vida, al observar en un estudio de caso desde la perspectiva humanista logoterapéutica. Los investigadores se plantearon trabajar con intervención psicoterapéutica, la cual consistió en aplicar instrumentos como la entrevista psicológica la escala de ideación suicida de Beck, inventario de depresión de Beck la técnica de la silla vacía y la línea de la vida, dichos instrumentos permitieron obtener información necesaria para el procedimiento terapéutico. Como resultado, revelan al explorar a fondo las características del adolescente desde

sus vivencias, emociones y experiencias, se pudo comprender de manera más asertiva los motivos que llevaron a cometer el acto suicida.

Las investigaciones llegaron a la conclusión que es de suma importancia incluir a los docentes y padres, madres en la implementación de medidas de prevención, así mismo hacer uso de métodos cualitativos. Como se observa al revisar los resultados obtenidos en su estudio cualitativo de Martínez y Guinsberg, (2008), quienes aplicaron entrevistas a los adolescentes que compartieron su experiencia en torno a la decisión de abandonar la vida. Consideran la necesidad de revisar el cómo viven tanto hombres y mujeres, con conductas suicidas, para construir desde una mirada que dé cuenta del significado de la muerte, del sentido de la vida (pp.33-38). Esto implica el cuestionamiento de los modos de vida desde su contexto y las formas de morir.

La OMS (2019) destaca que cada cuarenta segundos se suicida una persona; y otras más lo estarán pensando, que el suicidio ocurre a lo largo de la vida y es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años, de esta manera en el estado de la cuestión se centrará, en las causas psicosociales de los factores riesgo, que se vinculan con los pensamientos suicidas, nos permiten entender como el adolescente llega a desarrollar dichas conductas suicidas. (Leticia González González, p. 114, 2023).

Sintomatología Depresiva

Según los diferentes estudios, la sintomatología depresiva en adolescentes , en La población adolescente parece ser especialmente vulnerable a la depresión, ya que muestra una prevalencia del 4% al 8% en población no clínica y del 27% al 40% en población clínica (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007), con múltiples consecuencias a corto, mediano y largo plazos, como la ideación suicida (Benjet et al., 2009), y el suicidio consumado en el 15% al 20% de los que la presentan (OMS, 2001). A mediano plazo la

depresión predice conducta antisocial, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004; Colman, Wadsworth, Croudace & Jones, 2007; Rice, Lifford, Thomas & Thapar, 2007).

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007). Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos.

El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008). El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) que se miden mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos.

Estudios recientes del BDI-IA han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia con el modelo original propuesto por Beck, Steer & Garbin (1988). El factor 1 se denomina cognitivo-afectivo y el factor 2, somático-vegetativo, los cuales explican el 37.41% y 6.28% de la varianza respectivamente, y muestran un alfa de Cronbach de .89 para el primero y .72 para el segundo (Mukhtar & Tian, 2008). No obstante, Steer, Beck y Brown (1989) han

advertido que este arreglo podría variar de una población clínica a otra, lo que hace necesaria su confirmación en otras poblaciones.

Si bien la versión del BDI-IA se revisó y actualizó en 1996 para conformar el BDI-II (Beck et al., 1996) que evalúa las últimas dos semanas, e incluye los nueve síntomas depresivos del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995), la traducción y estandarización de este inventario no se ha difundido y estudiado tanto como su predecesora respecto a sus propiedades psicométricas. En México, la versión estandarizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998) constituye la versión de uso más común en estudios con población adolescente (Universidad Complutense Madrid, 2006), mientras que el BDI-II se ha empleado para estudios con adultos mayores (González-Celis, 2009) o con capacidades diferentes (Estrada, Beyebach, Delgado & Freire, 2008), y sólo en un estudio con adolescentes deprimidos, sin describir las propiedades psicométricas del instrumento para este grupo de edad (Ponce et al., 2010). La versión de Jurado et al., (1998) presenta sesgos, tales como no realizar un análisis factorial confirmatorio del modelo de medida propuesto por Beck, no especificar la versión estudiada, ni describir los motivos para eliminar en el formato las etiquetas de los síntomas que mide cada ítem. Tampoco señala los criterios en los que se basó el diagnóstico psiquiátrico de la muestra utilizada, integrada sólo por un 9% de adolescentes, de población no clínica, y de edades entre los 15 y 21 años. Aunado a ello, no se realizó una evaluación de la validez discriminante del instrumento.

Según las baterías aplicadas en la institución educativa en corozal sucre se logra hacer una correlación entre sintomatología depresiva e ideación suicida, Ambos guardan una asociación positiva con algún diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo señalados en el

DSM-IV (APA, 1995), aunque ninguna de las dos versiones ha demostrado su especificidad con alguno en particular (Beck et al., 1996; Beck, Steer & Brown, 2006).

A la luz de los datos revisados, el presente estudio se ha propuesto investigar la validez de constructo de la versión en español para México del BDI-IA (Beck & Steer, 1984; Steer et al., 1989). Se pretende someter a prueba si se confirma el modelo original de dos factores propuesto por Beck en la versión mexicana en población adolescente, tanto clínica como no clínica. Para profundizar más sobre la validez se propuso el estudio determinar la validez convergente del instrumento. Otro propósito fue corroborar si el BDI-IA distingue entre población no clínica y clínica, y entre personas con diagnóstico de depresión y personas con otros diagnósticos, mediante el cálculo de su validez discriminante, así como la posible diferencia en los puntos de corte necesarios para detectar el trastorno de acuerdo al género. Finalmente, indaga sobre su consistencia interna, mediante el alfa de Cronbach.

El presente estudio se realizó para validar la correlación existente entre sintomatología depresible e ideación suicida, continuidad en el uso del BDI-IA, con población adolescente en una institución educativa en el municipio de corozal, tanto clínica como no clínica. Sus escalas se sujetaron a un AFC y a un análisis psicométrico más profundo que el planteado por Jurado et al., (1998) para este grupo de edad.

Un primer propósito fue investigar si se confirmaba el modelo de dos factores correlacionados, propuesto por Beck para el BDI-IA, en adolescentes mexicanos, de población clínica y no clínica. El AFC para el modelo de medida, que incluyó los 21 ítems, al revelar buenos índices de bondad de ajuste, confirmó la estructura factorial informada por Beck et al., (1988). Estos resultados son consistentes con aquellos encontrados por otros investigadores como Mukhtar & Tian (2008) en población adolescente clínica y general. Estos datos avalan la

validez de constructo del instrumento ya que los ítems de la dimensión cognitivo-afectiva integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales conforman la denominada tríada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión, esto es, la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Por otra parte, los síntomas agrupados en la dimensión somática forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual que, desde la perspectiva del modelo cognitivo de la depresión, suelen acompañar a los trastornos psicológicos (Jorquera, 1992 citado en Vallejo, 1992). Así, es posible aceptar la noción de que el BDI-IA mide un síndrome depresivo compuesto por dos dimensiones relacionadas, que recogen los síntomas cognitivo-afectivos y somáticos de la depresión.

La estructura factorial hallada en el presente estudio difiere de la informada por Jurado et al. (1998) en su análisis factorial exploratorio, la cual arrojó tres factores. Las diferencias podrían atribuirse a la variabilidad normal entre poblaciones advertida por Steer et al., (1989), así como a las características particulares de la población estudiada, ya que, a diferencia del estudio de Jurado et al., que incluyó en su muestra sólo un 9% de adolescentes de población no clínica, el presente estudio incluyó en su totalidad adolescentes de población clínica (evaluados y diagnosticados por un pidiopsiquiatra con base en los criterios de la CIE-10) y no clínica.

Por otra parte, si bien el BDI-II se presenta como una versión más actualizada del BDI-IA, la cual integra nueve, en vez de siete, de los síntomas enlistados como criterios diagnósticos en el DSM-IV (APA, 1995) para la depresión, y amplía su tiempo de evaluación a las dos últimas semanas, su composición factorial y propiedades psicométricas no difieren en gran medida de las informadas para el BDI-IA (Joe, Woolley, Brown, Ghahramanlou-Holloway &

Beck, 2008), cargando también para un factor somático y un factor cognitivo-afectivo, en adolescentes y adultos.

El segundo propósito de este estudio fue indagar sobre la validez convergente del BDI-IA, es decir, su intercorrelación con otros instrumentos que miden constructos similares. La correlación entre depresión y ansiedad encontrada en este estudio fue similar a la informada por Hernández-Guzmán et al. (2010) en niños y adolescentes (.56), y a la encontrada por Beck et al., (1996) en población clínica adulta con diversos trastornos psiquiátricos (.65, $p > .001$). Steer, Clark, Beck & Ranieri (1998) señalan a este respecto que los autoinformes de síntomas de ansiedad y depresión contienen un amplio factor de distrés inespecífico, lo que hace esperable que se presente hasta un 50% de varianza compartida.

La correlación entre el BDI-IA y la ERR fue también positiva y significativa (.39, $p = .001$) como la referida por Hernández-Guzmán et al., (2009) en adolescentes y adultos (.53), y la encontrada por Cova, Rincón & Melipillán (2009) en mujeres adolescentes (.46), quienes señalan a la rumia negativa como un factor de riesgo relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos en este grupo de edad.

Los hallazgos del presente estudio verificaron así la validez convergente del BDI-IA con la CBAS, la ERR y el BAI, en congruencia con lo que se esperaba teóricamente, pues investigaciones previas señalan como componentes de la depresión a la rumia (Cova et al., 2009; Muris, Fokke & Kwik, 2009; Nolen-Hoeksema et al., 1993) y al afrontamiento de evitación (D'Zurilla, Chang, Nottingham & Faccini, 1998; Ottenbreit & Dobson, 2004). Por otra parte, existen suficientes datos que sugieren que, al compartir la ansiedad y la depresión un buen número de síntomas, éstas coocurren (Cova et al., 2009; Beck & Perkins, 2001). Incluso se ha propuesto que ambas corren a lo largo de un mismo continuo que apoya la noción de

dimensionalidad de la depresión, según la cual la norma es que ésta generalmente se acompaña de síntomas de ansiedad, inatención y problemas de conducta. En consecuencia, resulta difícil distinguir entre la presencia de una verdadera comorbilidad psiquiátrica y la existencia de síntomas ansiosos o conductuales como parte del espectro sintomático del mismo trastorno depresivo (Herman, Ostrander, Walkup, Silva & March, 2007). Se esperaba entonces que la depresión, medida por el BDI-IA, se relacionara fuertemente, tanto con la rumia y el afrontamiento de evitación medidos por la ERR y la CBAS respectivamente, como con la ansiedad, medida por el BAI. Las correlaciones halladas entre estos constructos, al constatar el vínculo existente entre ellos, ofrecen un dato hacia la validez de constructo del BDI-IA, mediante su validez convergente. Por otra parte, la confirmación de la estructura factorial del BDI-IA, con sus dimensiones cognitivo-afectiva y somática, y el mayor porcentaje de varianza explicado por la primera, así como la convergencia de la depresión con los constructos de rumia y evitación, son consistentes con el modelo teórico propuesto por Beck et al., (1979), los cuales enfatizan los aspectos cognitivos, como factores de riesgo que pueden desencadenar o mantener el ánimo depresivo.

El tercer propósito de este estudio fue indagar la validez discriminante del BDI-IA, es decir, su capacidad para discriminar entre sujetos que presentan depresión y aquéllos que no, así como la posible diferencia en los puntos de corte necesarios para detectar el trastorno de acuerdo al género. Según los criterios de Swets (1988), los resultados de la curva ROC mostraron que el BDI-IA es una medida con eficacia moderada para el diagnóstico de la depresión pues se obtuvo un área bajo la curva de .84, IC 95% [.80, .88]. Esta área equivale a la probabilidad de que el BDI-IA identifique correctamente a dos sujetos como normales o deprimidos si uno de ellos fuera elegido aleatoriamente de la muestra general y el otro aleatoriamente de la muestra clínica.

El BDI-IA no sólo tiene capacidad para discriminar sino también es sensible (probabilidad de que detecte el trastorno cuando está presente) y específico (probabilidad de que descarte el trastorno cuando no está presente; Zweig & Campbell, 1993) a partir de diferentes puntos de corte, en general y por género. Los resultados indicaron que con el punto de corte tradicional (10 puntos) establecido por Beck et al., (1988), y adoptado por Jurado et al., (1998) para población mexicana, el BDI-IA discriminó entre población con y sin trastorno depresivo con una sensibilidad de .92 y una especificidad de .59., resultando así un instrumento suficientemente sensible pero poco específico que tiende a sobre diagnosticar. Al examinar la curva ROC con los diferentes puntos de corte alternativos, se encontró que un valor de 14 puntos maximiza conjuntamente la sensibilidad del diagnóstico a .80 y la especificidad a .76, lo que haría preferible su uso. Según Burgueño, García-Bastos & González-Buitrago (1995), se debe desconfiar de instrumentos cuya sensibilidad y especificidad sean inferiores a .80. Estos resultados coinciden con los encontrados por Ambrosiana, Metz, Bianchi, Rabinovich & Undie (1991) en adolescentes norteamericanos, autores que, utilizando como criterio de validación diagnóstica el Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), determinaron que puntajes superiores a 13 en el BDI-IA muestran una sensibilidad de .86, una especificidad de .82, y un poder predictivo positivo del 83% para poder discriminar entre pacientes con y sin presencia de depresión.

En concordancia con estudios previos con adolescentes (Ambrosini et al., 1991) y adultos (Gempp, Avendaño & Muñoz, 2004), aquí se confirmó la tendencia de las mujeres adolescentes a informar niveles de severidad de los síntomas depresivos más altos que los hombres, por lo que es necesario ajustar el punto de corte a un nivel más alto (18 puntos) para lograr la máxima sensibilidad y especificidad del instrumento en mujeres adolescentes. Este hallazgo se considera

una contribución relevante del presente estudio, ya que en el de Jurado et al., (1998) no se estableció una diferenciación de los puntos de corte por grupo etario ni por género, que resultan fundamentales para la evaluación diagnóstica y elección del abordaje terapéutico más apropiado al estado clínico actual. Estos datos invitan también a reconsiderar, en el momento de la evaluación clínica, los diferentes modelos explicativos de estas diferencias y que apuntan a las altas demandas inherentes al rol de género durante la adolescencia, a una alta exposición a situaciones adversas y a eventos de vida negativos, la mayor reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en respuesta al estrés, así como a una potencial diferencia en la disponibilidad para el llenado de los instrumentos (Benjet et al., 2009).

El cuarto propósito de este estudio fue indagar sobre la consistencia interna del BDI-IA en su versión en español, la cual se corroboró tanto para el instrumento en su totalidad como para cada una de sus dimensiones, ya que se observó una alta correlación entre los ítems del instrumento, que muestra como cada uno de ellos refleja el mismo constructo de depresión propuesto por el modelo teórico de Beck (Salkind, 1999). Estos datos concuerdan con los hallazgos en otras muestras tanto clínicas como no clínicas (Ambrosini et al., 1991; Beck et al., 1988; Mukhtar & Tian, 2008) y avalan al BDI-IA como un instrumento confiable en la evaluación de los síntomas depresivos.

Finalmente, los resultados globales del presente estudio en cuanto a composición factorial, validez de constructo, validez discriminante y consistencia interna, corroboraron las adecuadas propiedades psicométricas del BDI-IA, las cuales lo avalan como un instrumento suficientemente válido y confiable para la medición de los síntomas depresivos en población adolescente mexicana, con lo cual también apoya la validez transcultural del instrumento.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, queda pendiente indagar la confiabilidad test-retest y estabilidad del BDI-IA a lo largo del tiempo, que permita establecer relaciones de direccionalidad o causalidad entre las dimensiones del instrumento y el trastorno depresivo. Queda pendiente también establecer su validez concurrente con algunas de las escalas más utilizadas en nuestra población para este grupo de edad, como la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) desarrollada por Radloff en 1977 (Gempp et al., 2004), lo cual podría incrementar su validez de criterio. Habría también que estudiar las propiedades psicométricas del BDI-II en población adolescente para contrastar sus beneficios contra los obtenidos en el BDI-IA en el presente estudio.

Es preciso también indagar más sobre los factores específicos que contribuyen en este grupo de edad para informar puntuaciones más altas en los síntomas depresivos en las mujeres adolescentes, así como sobre la mayor correlación entre la sintomatología ansiosa y depresiva, que, entre la rumia y evitación con la depresión, toda vez que estos dos factores cognitivos se consideran factores de alto riesgo asociados al desarrollo de la misma. Finalmente, los hallazgos contrastantes con otros informes de la literatura podrían seguir dando cuenta del carácter complejo, multifactorial y dimensional propio de la depresión en este grupo de edad en particular.

Metodología de la Investigación

Diseño

Este proyecto está fundamentado en un paradigma positivista, de enfoque cuantitativo debido a que se fundamenta en la medición numérica y el uso de la estadística para llevar a cabo la recolección de los datos y dar respuesta a la pregunta de investigación. Es de tipo correlacional debido a que se pretende establecer el grado de asociación entre dos o más variables de investigación, asimismo es de diseño no experimental, debido a que busca observar las variables sin necesidad de manipularlas de forma deliberada. Finalmente, es de corte transversal puesto que la recolección de los datos se realizará en un único tiempo y momento (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Población y Muestra

El muestreo utilizado es intencional, no probabilístico. La muestra estará constituida por 112 estudiantes adscritos a una institución educativa pública, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

Adolescentes entre los 14 a los 17 años.

Que cuenten con matrícula activa en la institución educativa.

Que autorice participar de la investigación a través del consentimiento informado voluntario.

También se tendrán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

Adolescentes menores a 14 años o mayores a 17 años.

Instrumentos de recolección de información.

Escala de intencionalidad suicida positiva y negativa la Pansi:

Es una escala que evalúa las características de los intentos de suicidio de un sujeto: circunstancias del hecho; actitud hacia la vida y la muerte; pensamientos antes, durante y después de la ideación suicida. Consta de 19 reactivos, los cuales se evalúan con valores de 0 a 2. Consta de tres partes, parte objetiva, parte subjetiva y otros aspectos de la ideación. El resultado de la escala lo que busca es dar una valoración a la gravedad de una tentativa de suicidio y sólo se puntúan los primeros 15 reactivos, los otros reactivos no suman a la conducta medida (Rodríguez-Pulido & González de Rivera, 2000).

Beck Depresión Inventory BDI II

Para evaluar la prevalencia de sintomatología depresiva en jóvenes, será utilizado el Beck Depression Inventory (Beck, 1996). El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) evalúa y detecta la gravedad de la sintomatología depresiva de los jóvenes, es un cuestionario de 21 ítems que examina los síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y somáticos. Cada elemento del BDI-II se compone de una serie de declaraciones ordenadas de menor a mayor gravedad.

Análisis de Datos

El análisis estadístico de la información se realizará a través del IBM SPSS Statistics, para los objetivos específicos, se utilizaron los estadísticos descriptivos y de frecuencia, y para la parte correlacional se aplicó la fórmula estadística R – Pearson, debido a que las variables tuvieron una distribución normal.

Cronograma

Tabla 2

Cronograma de Actividades

Actividad	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Teórica y construcción de estado de arte.	x											
Socialización del Proyecto y firma de consentimientos	x											
Recolección de Información	x											
Análisis de Datos		X										
Descripción de resultados		X	x									
Discusiones			x	X								
Conclusiones			x	X								
Presentación del trabajo final				X	X							

Nota. Cronograma de Actividades. Revisión Teórica, Socialización del Proyecto y Firma de Consentimientos, Recolección de Información y Análisis de Datos.

Tabla 3*Recursos Necesarios*

Recurso	Descripción	Presupuesto
Equipo Humano	NA	
Equipos y Software	NA	
Viajes y Salidas de Campo	Salidas de campo para aplicación de instrumentos de recolección de información	200.000
Materiales y suministros	Fotocopias de consentimientos informados, cuestionarios y lapiceros.	200.000
Bibliografía	NA	
Total		400.000

Nota. Recursos Necesarios. Equipo Humano, Equipos y Software, Viajes y Salidas de Campo y

Materiales y Suministros.

Resultados

Los resultados están expuestos a través de tablas de frecuencia y los descriptivos para cada una de las variables individuales, y también para el componente correlacional.

Caracterización de la Población

Respecto a la variable sociodemográfica, sexo, se encontró que el 68,8% de los participantes fueron mujeres, y el 31,3% hombres. A continuación, se detallan datos alrededor de esto.

Tabla 4

Caracterización de la Población – Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Femenino	77	68,8	68,8	68,8
	Masculino	35	31,3	31,3	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Nota. Caracterización de la Población – Sexo.

Con relación a las edades, la mayor parte de la población, tenía 15 años, esto representado en un 32,1%.

Tabla 5*Caracterización de la Población - Edades*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	13	1	,9	,9	,9
	14	6	5,4	5,4	6,3
	15	36	32,1	32,1	38,4
	16	28	25,0	25,0	63,4
	17	30	26,8	26,8	90,2
	18	7	6,3	6,3	96,4
	19	4	3,6	3,6	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Nota. Caracterización de la Población - Edades.

En cuanto al estrato socioeconómico, se encontró que, el 82,1% pertenecen al estrato 1, el 17,0% al estrato 2, y el ,9% al estrato 3.

Tabla 6*Caracterización de la Población - Estrato Socioeconómico.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	1	92	82,1	82,1	82,1
	2	19	17,0	17,0	99,1
	3	1	,9	,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Nota. Caracterización de la Población - Estrato Socioeconómico.

Con relación a víctimas del conflicto armado, se encontró, que el 84,8% no son víctimas del conflicto armado, y el 15,2% sin son víctimas del conflicto.

Tabla 7*Caracterización de la Población - Víctimas del Conflicto Armado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Si	17	15,2	15,2	15,2
	No	95	84,8	84,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Nota. Caracterización de la Población - Víctimas del Conflicto Armado.

Respecto a con quien viven, se encontró, que el 33,9%, viven con sus padres y hermanos, el 29,5 % viven con ambos padres, y el 4,5 % viven con su papá.

Tabla 8*Caracterización de la Población - Con quién Vive*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Papá	5	4,5	4,5	4,5
	Mamá	17	15,2	15,2	19,6
	Ambos Padres	33	29,5	29,5	49,1
	Padres y Hermano	38	33,9	33,9	83,0
	Otros Familiares	19	17,0	17,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Nota. Caracterización de la Población - Con quién Vive.

Prevalencia de la Ideación Suicida en Adolescentes

En lo que respecta a la ideación suicida en adolescentes no se encontró presencia de ideación suicida en la muestra poblacional según el rango clínico sugerido por la prueba aplicada. En la siguiente tabla se presentan a detalle los resultados para esta variable.

Tabla 9*Ideación Suicida*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Varianza
Ideas suicidas positivas	112	0	10	3,26	3,287	10,806
Ideas suicidas negativas	112	0	14	4,04	3,633	13,196
Ideación suicida	112	0	23	7,30	6,632	43,979
N válido (por lista)	112					

Nota. Ideación Suicida.

Sintomatología Depresiva en Adolescentes

Con relación a la sintomatología depresiva en la población de jóvenes escolarizados, los hallazgos indican que la media poblacional se sitúa en 16,95 con una desviación de 12,8, lo que indica según el rango clínico establecido por el instrumento, que se sitúan en un nivel de depresión leve, evidenciando la existencia de cinco o seis síntomas de depresión en esta población y la necesidad de realizar esfuerzos significativos para el funcionamiento normal en la vida diaria. En la siguiente tabla, se describen en mayor medida los resultados de esta variable.

Tabla 10*Síntomas Depresivos*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Varianza
Depresión	112	0	61	16,95	2,817	164,285
N válido (por lista)	112					

Nota. Síntomas Depresivos.

Correlación entre Ideación Suicida y Sintomatología Depresiva en Adolescentes

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, se encontró relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y las

ideas suicidas negativas ($,525^{**}$) y las ideas suicidas positivas ($,344^{**}$). Esto podría indicar que, a mayor presencia de sintomatología depresiva en adolescentes, mayor presencia de ideación suicida.

Tabla 11

Correlación entre Sintomatología Depresiva e Ideación Suicida

Correlación entre variables		Depresión
Ideas suicidas negativas	Correlación de Pearson	$,525^{**}$
	Sig. (bilateral)	,000
	N	112
Ideas suicidas positivas	Correlación de Pearson	$,344^{**}$
	Sig. (bilateral)	,000
	N	112

Nota. Correlación entre Sintomatología Depresiva e Ideación Suicida.

Por otra parte, se establecieron diferencias por sexo en cuanto a las variables ideación suicida y sintomatología depresiva, donde solo se encontraron diferencias en las medias de síntomas depresivos, destacando que, las mujeres presentaron medias más altas ($M=19,73$; $d=13,4$) a comparación de los hombres ($M=10,83$; $D=8,78$). En cuanto a la ideación suicida no existieron diferencias a partir del sexo. En las tablas expuestas a continuación se detalla esta información.

Tabla 12

Diferencias en Sintomatología Depresiva por Sexo

Sexo	Media	N	Desv. Desviación
Femenino	19,73	77	13,430
Masculino	10,83	35	8,783
Total	16,95	112	12,817

Nota. Diferencias en Sintomatología Depresiva por Sexo.

Tabla 13*Diferencias en Ideación Suicida por Sexo*

Sexo	Media	N	Desv. Desviación
Femenino	7,30	77	6,724
Masculino	7,31	35	6,520
Total	7,30	112	6,632

Nota. Diferencias en Ideación Suicida por Sexo.

Discusiones

El presente estudio propició una aproximación a la realidad psicosocial de una institución educativa pública del municipio de Coroza, Sucre, lo que determinó la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa pública del municipio de Coroza de 112 adolescentes, entre los 14 y 17 años. La muestra fue mayoritariamente integrada por mujeres (68,8% frente al 31,2%); a la vez, el 82% de la muestra pertenece al estrato más vulnerable (estrato 1).

Con respecto a los resultados del estudio se encontró la variable sociodemográfica, sexo, que el 68,8% de los participantes fueron mujeres, y el 31,3% hombres, con relación a las edades, la mayor parte de la población, tenía 15 años, esto representado en un 32,1%, en cuanto al estrato socioeconómico, se encontró que, el 82,1% pertenecen al estrato 1, el 17,0% al estrato 2, y el ,9% al estrato 3; por otro lado las víctimas del conflicto armado, se encontró, que el 84,8% no son víctimas del conflicto armado, y el 15,2% sin son víctimas del conflicto y con quien viven, se encontró, que el 33,9%, viven con sus padres y hermanos, el 29,5 % viven con ambos padres, y el 4,5 % viven con su papa. En lo que respecta a la ideación suicida en adolescentes no se encontró presencia de ideación suicida en la muestra poblacional según el rango clínico sugerido por la prueba aplicada. Con relación a la sintomatología depresiva en la población de jóvenes escolarizados, los hallazgos indican que la media poblacional se sitúa en 16,95 con una desviación de 12,8, lo que indica según el rango clínico establecido por el instrumento, que se sitúan en un nivel de depresión leve, evidenciando la existencia de cinco o seis síntomas de depresión en esta población y la necesidad de realizar esfuerzos significativos para el funcionamiento normal en la vida diaria. Por último, de acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, se encontró una relación estadísticamente

significativa entre los síntomas depresivos y las ideas suicidas negativas ($,525^*$) y las ideas suicidas positivas ($,344^*$). Esto podría indicar que, a mayor presencia de sintomatología depresiva en adolescentes, mayor presencia de ideación suicida.

La presente investigación tiene mucha similitud con otros estudios desarrollados previamente de autores como Ceballos et al., (2015); González et al., (2021); Hernández et al., (2020), entre otros; no se encontró prevalencia de ideación suicida en la muestra poblacional, lo que podría ser explicado por múltiples razones, las cuales pueden ser indagadas a profundidad en futuras investigaciones; una de las razones podría atribuirse a la conformación del núcleo familiar de los adolescentes a los que se les aplicó el instrumento, quienes en su mayoría viven con papá y mamá (63%). No obstante, estos resultados se asemejan a los de Alfaro y Centella (2021), quienes encontraron un nivel bajo de ideación suicida en un plantel educativo estatal en Perú, en el que la variable de composición familiar también fue evaluada.

Otro resultado importante es la evaluación de la sintomatología depresiva en los adolescentes, la cual muestra, de acuerdo al rango clínico, un nivel de depresión leve, resultado de la presencia de cinco o seis síntomas de depresión en la muestra, con una media de 16,95, lo que es similar a los resultados encontrados por Lara et al., (2018) quienes identificaron una baja sintomatología depresiva en adolescentes en Chiapas, México.

Para el caso específico de las mujeres, los resultados sugieren que existen medias más altas relacionadas con los síntomas depresivos ($M=19,73$; $d=13,4$), en contraste de los resultados en los hombres ($M=10,83$; $D=8,78$); hallazgo previamente expuesto por Camus (2020) quien identificó que aspectos como el estado de ánimo, la depresión y las conductas violentas favorecen el aumento de síntomas depresivos en el género femenino. En cuanto a la ideación suicida no se identificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Los resultados de la investigación de una comunidad rural de México, tiene similitud con el presente estudio, ya que permiten obtener información inicial sobre cuáles son los sucesos estresantes que experimentan los adolescentes, así como cuáles son los síntomas depresivos que presentan más y la relación existente entre ambas variables, así como las diferencias de género, contribuyendo a tener más evidencia de lo que ocurre con los jóvenes que viven y estudian en una comunidad rural en México. (Veytia López, Marcela, González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, Andrade Palos, Patricia, & Oudhof, Hans, 2012).

En cuanto al objetivo de identificar la sintomatología depresiva y los sucesos vitales estresantes presentados con mayor frecuencia en los participantes, se encontró que los sucesos vitales estresantes que mencionaron los adolescentes con mayor frecuencia se relacionan con eventos cíclicos vinculados con el ámbito escolar en los que también participa de alguna forma la familia en consonancia con el ritmo que marcan las instituciones educativas, tales como las navidades, vacaciones o el inicio y cierre del ciclo escolar. Y es que tanto la Psicología del Desarrollo adolescente, como el análisis del ciclo vital de la familia, hacen referencia a las crisis previsibles e imprevisibles por las que los individuos y sus sistemas circundantes enfrentan (Semenova Moratto et al., 2015). Por lo que esas transiciones entre la escuela y casa implican para los adolescentes de este estudio, momentos críticos, o por lo menos, momentos percibidos como sucesos estresantes. También aparecen mencionados otros aspectos de tipo familiar e interpersonal como son los problemas familiares y la falta de comprensión por parte de los padres. Además, se mencionaron algunos indicadores de riesgo para la trayectoria académica como variables económicas, de salud y problemas de tipo amoroso (ej: “el enamoramiento que lleva a descuidar la escuela”). (Veytia López, Marcela, González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, Andrade Palos, Patricia, & Oudhof, Hans, 2012).

En los adolescentes de este estudio, así como en población adulta de México (Acuña et al., 2012; Bruner, 1994) y de otros países (Holmes y Rahe, 1967), la muerte de un familiar cercano es uno de los sucesos de vida estresantes que ocupa uno de los primeros lugares como experiencia estresante, independientemente de la edad y de la nacionalidad. Para los adolescentes rurales ocupó el segundo lugar de entre los 43 sucesos estresantes evaluados. En esa misma línea, mencionan en sexto lugar la enfermedad de un pariente cercano. En sintonía, en el apartado de “otros problemas” los participantes resaltaron estos mismos temas al mencionar como sucesos estresantes “la muerte de una hermana”, “el tener a mi hijo y después perderlo”, “la muerte de mi abuelita”, así como diversas situaciones de enfermedad en la familia. Respecto al segundo objetivo del estudio de conocer las diferencias de género en cuanto a sintomatología depresiva y sucesos estresantes, los resultados de esta investigación sugieren la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de zonas rurales, observándose diferencias entre los hombres y las mujeres. (R. Interam. Psicol. 46(2), 2012).

Dichos resultados son coincidentes con otros estudios realizados en población urbana (Ramírez, 2010; Resende & Ferrao, 2013) y con población que incluye tanto adolescentes de zona rural como urbana (Rivera-Heredia et al., 2013), en los cuales señalan la existencia de otras variables asociadas a la presencia de síntomas depresivos, tales como el estrés social, ansiedad, locus de control externo, abuso sexual, agresión escolar, migración y la existencia de conflictos dentro del sistema familiar. De igual forma, Bernaras et al. (2015) reportaron que la sintomatología depresiva en los hombres disminuye antes de los 12 años, mientras que, en las mujeres se registró un ligero aumento de dichos síntomas a esa misma edad. (Morelia Erandeni Gil-Díaz, María Elena Rivera-Heredia y María de Lourdes Vargas-Garduño, 2022).

Al analizar las hipótesis generales entre el funcionamiento familiar, los estilos parentales y los síntomas depresivos, se halla que la asociación entre el funcionamiento familiar y los estilos parentales es estadísticamente significativa, de igual forma la relación entre el funcionamiento familiar y los síntomas depresivos muestra una relación significativa. Sin embargo, la asociación entre los estilos paternos y los síntomas depresivos no es significativo; paradójicamente los factores de los estilos parentales como son afecto y sobreprotección se relacionan significativamente con los síntomas depresivos.

En relación a la correlación entre ideación suicida y sintomatología depresiva se encontró una relación estadísticamente significativa, como en la mayoría de las investigaciones previamente consultadas, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los factores protectores como la relaciones familiares y los vínculos sociales, con el propósito de generar dinámicas de prevención de la depresión y el suicidio en los adolescentes, quienes se constituyen en una de las poblaciones más vulnerables frente a estas amenazas psicoemocionales.

Según el reporte de salud mundial del 2011 de la OMS entre el 10% y el 20% de los niños y adolescentes sufren un trastorno de salud mental como la depresión, la cual afecta su percepción de la calidad de vida, y en caso de no detectarse y tratarse oportunamente, puede trascender a la vida adulta con secuelas irreparables en el desarrollo físico, emocional y social del individuo; lo que pone de manifiesto la necesidad de la evaluación simultánea de ambas condiciones, la depresión y la calidad de vida (WHO, 2015). Además, se debe tener presente que la prevalencia de depresión en niños preescolares puede oscilar entre el 1% y 2,5% y hasta el final de adolescencia entre el 4% y 9% de los sujetos presentan un episodio depresivo en un período de 12 meses (Goldman, 2012). Durante la adolescencia, el riesgo de ocurrencia de un episodio depresivo se eleva del 5% al 20% (Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012).

En Colombia el 21,8% de la población desplazada es adolescente y procede de zonas rurales, viéndose obligados a vivir en grandes ciudades en condiciones no favorecedoras para su bienestar físico y emocional (OMS y Organización Panamericana de la Salud, 2001), llevándolos a una situación de vulnerabilidad, deteriorando su percepción de una buena vida, comparado con adolescentes que no la padecen, dadas las condiciones vividas, acciones estresantes, temor constante, violaciones y menos oportunidades educativas y de apoyo familiar.

De acuerdo con los planteamientos de Rosselló y Berríos (2004), y debido a que la adolescencia se caracteriza por ser un período en el que se producen cambios físicos, emocionales y sociales, muchas de las situaciones que ocurren en esta etapa pueden llevar al adolescente a presentar pensamiento suicida. Al respecto, Villalobos-Galvis (2009a) hace referencia a otras investigaciones realizadas en Latinoamérica en las que se reportan indicadores de ideación suicida que oscilan entre el 8% y el 25% en estudiantes de educación secundaria y universitaria. Sin embargo, es de resaltar que en el presente estudio con adolescentes tunjanos se encontró un porcentaje mayor: 28%.

Además, para el diseño de estos programas de prevención y atención al suicidio para los adolescentes es importante tener en cuenta un manejo diferencial por sexos, puesto que los resultados de este estudio demostraron que la ideación suicida es más frecuente en mujeres que en hombres. Del mismo modo, Sánchez y Tejada (2003) ya habían reportado que a nivel nacional el sexo femenino duplica el riesgo de suicidio, tanto la ideación como el intento de suicidio, en relación con el sexo masculino (Ministerio de Protección Social y Universidad CES, 2010, OMS, 2014).

En cuanto a la evaluación entre ideación suicida y síntomas depresivos, los resultados indicaron que el estado de ánimo negativo, la incapacidad para experimentar placer en

actividades que normalmente se encuentran agradables. La anhedonia, la falta de efectividad o capacidad de lograr el efecto deseado, la ineffectividad y la autoestima negativa se correlacionan positivamente con la ideación suicida en la muestra estudiada; datos que concuerdan con lo reportado por Paniagua et al. (2014). Tal como lo refieren Ellis (2006) y Kaplan y Sadock (2004), parece ser que las creencias negativas de las personas con depresión generan que perciben que carecen de control de los eventos importantes en su vida y se sientan impotentes, lo que las lleva a considerar el suicidio como única salida a sus problemas. Carris, Sheeber y Home (1998) afirman que la ausencia de habilidades efectivas en la solución de situaciones problemáticas y la carencia de confianza en la capacidad personal para manejar dichas situaciones, incrementan la posibilidad de ideación suicida. (Siabato-Macías, E. F., Forero-Mendoza, I. X. y Salamanca-Camargo, Y. 2017).

Conclusiones

Desde la construcción de los objetivos de esta investigación, se logró determinar la relación entre ideación suicida y la sintomatología depresiva en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco José de Caldas del Municipio de Corozal Sucre, se basaron en algunas diferencias teóricas, y así mismo dentro de las investigaciones que se realizaron tanto a nivel nacional como internacional, donde se pudo tener una base de la existencia que suele tener la ideación suicida y con esto un riesgo para la conducta depresiva en los adolescentes de esta Institución Educativa.

Pero, en relación a la sintomatología depresiva se encontraron ciertos hallazgos los cuales dan indicaciones que en la población se sitúa en un 16,95 con una desviación de 12,8 lo que indica que el rasgo clínico que establece el instrumento se logra situar dentro de un nivel de depresión leve, se debe tener en cuenta que la correlación de Pearson, aquí se logró encontrar que existe una relación estadísticamente significativa para la sintomatología depresiva y la ideación suicida negativa, que indica que a mayor presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes un mayor riesgo de la presencia suicida podría existir en la población.

Para esto se recomienda, crear algunas estrategias que logren hacer intervenciones de forma preventiva dentro de esta institución educativa, contando con el acompañamiento y una óptima intervención psicoeducativa en acompañamiento con las familias de los adolescentes que si bien la identificación temprana de algunos factores que se asocian con ideación suicida y la conducta depresiva se juega un rol el cual se hace fundamental para el desarrollo de los programas de promoción y prevención así como cada una de las intervenciones que se basan dentro de cada una de las comunidades y las escuelas donde se requiera, de esta misma manera, se logra realizar una comparación de cada uno de los instrumentos que se aplicaron dentro de

esta investigación ya que se logra evidenciar que al escala de la ideación suicida la PANSI, ya que pueda que arroje ciertos porcentajes mayores a un riesgo de la conducta depresiva. (Alfaro-Ticona, M., & Centella-Centeno, D. M. 2021).

Se parte de cada uno de los alcances que arroja esta investigación, se logra concluir una mayor presencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes de la Institución Francisco José de Caldas, ya que se analizaron los resultados de esta investigación y así mismo la teoría sobre la problemática de la ideación suicida acompañada de la conducta depresiva se hace evidente la importancia que tiene el acompañamiento de las familias, el lugar donde se desenvuelvan los adolescentes, las instituciones educativas y la sociedad en general.

Finalmente se logró resaltar que los instrumentos que se seleccionaron para lograr llevar a cabo esta investigación cumplen con todos los requisitos psicométricos necesarios y establecidos para poseer la validez y la confiabilidad para una óptima consistencia interna la cual se estipula desde la teoría lo que permitió que se logrará medir de forma acertada la ideación suicida y el riesgo de la sintomatología depresiva.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Monsalve, M. P., & Moreno Paredes, M. I. (2017). Determinación de la ideación suicida en adolescentes de dos instituciones de básica secundaria.
https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/292/2017_Tesis_Maria_Paula_Alvarez_Monsalve.pdf?sequence=1
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression inventory*.
- Bustillo, M. A., Gómez, E. P., Hernández, L. M., Padilla, J., y Bahamon, M. (2017). Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes de noveno grado de una institución educativa de la ciudad de Barranquilla. *Revista de Psicología GEPU*, 18(2), 75-83.
- Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 05 de abril de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.
- Casullo, M. M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, 12, 173-182.
- Ceballos-Ospino, A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K. & Sotelo-anjarres, A. (2015). Ideación Suicida, Depresión y Autoestima en Adolescentes Escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-20.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156301003.pdf>
- Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, Tian B, Hu J, & Chen D. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child Care Health Dev*. 2009 May;35(3):313-22. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00955. x.

- Constanza, S., Castaño, J. J., Mosquera, A. M., Nieto, L. M., Orozco, M., y Giraldo, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Córdoba, M., González, J.C., y Montufa, E. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialectico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 79-100.
- De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio. Madrid, España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- De la Villa, M., y Quintana, S. (2018). Ideaciones suicidas en adolescentes, relaciones paternofiliales y apego a los iguales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 163-177.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gil Díaz, M. E., Rivera Heredia, M. E., & Vargas Garduño, M. D. L. (2022). Situaciones vitales estresantes y sintomatología depresiva en adolescentes rurales. *Revista de psicología y educación*. <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/219.pdf> n y Ledesma, 2012).
- Gómez Tabares. A.S, Núñez.C, Agudelo Osorio.M. P, & Grisales Aguirre.A.M. (2014). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación* 54 (1), 147-163. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664448014/459664448014.pdf>

- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. D. L. Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 72(2), 149-155. <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-depresion-adolescentes-un-problema-oculto-S1665114615000659>
- González, P. C., Medina, O. A., y Ortiz, J. C. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016, 15(1), 136-146.
- González, L. G. (2023). La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista Construyendo Paz Latinoamericana*, (17), 114-129.
- González González, L., (2023). La ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana* , 8 (17), 114. <https://doi.org/10.35600/25008870.2023.17.0270>
- González González, L. (2022). La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista Construyendo Paz Latinoamericana*, 8(17), 114 - 129. <https://doi.org/10.35600/25008870.2023.17.0270>
- Guedria-Tekari A, Missaoui S, Kalai W, Gaddour N & Gaha L. (2019). Suicidal ideation and suicide attempts among Tunisian adolescents: prevalence and associated factors. *Pan Afr Med J.* 2019 Oct 22; 34:105. doi: 10.11604/pamj.2019.34.105.19920.
- Hidalgo-Rasmussen, C., y Hidalgo-San Martín, A. (2015). Suicidal-related behaviors and quality of life according to gender in adolescent Mexican high school students. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3437-3445. 812320152011.18692014
- Lukas. E. (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir*. Barcelona: Paidós

- Medellin-Marin. E, Reyes-Cruz.R. A, Reyes Baldivia.S.C, Rodríguez-González.K. Y, & Ramos-Martínez.L. (2019) Depresión y Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria. *Salud y administración* 9 (25), 23-29.
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/234/177>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2024, 01 de febrero). *Prevención del suicidio*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/suicidio.aspx>
- Moscoso, M. R., Rodríguez-Figueroa, L., Reyes-Pulliza, J. C., y Colón, H. M. (2016).
Adolescentes de Puerto Rico: Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(2), 320-332.
- Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M.I., Vázquez Hernández, M., Miranda, A. & Magaña, L. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique. *Salud en Tabasco*, 23(1), 28-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 31 de marzo). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024, 01 de febrero). *Depresión*.
<https://www.paho.org/es/temas/depression>
- Paneth, N., Susser, E., & Susser, M. (2002). Origins and early development of the case-control study: Part 1, Early evolution. *Sozial-und Präventivmedizin*, 47, 282-288.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.

- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
- Retamal, P. (1998). Depresión.,16(2), 144 – 165 <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 22.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf>
- Sánchez Teruel, D., Muela Martínez, J. A., & García León, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.
- Serrano Ruiz CP y Olave Chaves J. A. (2017), Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB [Internet]*, 20(2):139-47. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272>
- Siabato, E.F., Forero, I.X., y Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 5161. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS

- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 22(1)
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Sobowale, K., Ning, A., Fan, J., Liu, N., y Sherer, R. (2014). Depression and suicidal ideation in medical students in china: a call for wellness curricula. *International Journal of Medical Education*, 5, 31-36.
- Soriano-Sánchez, J. G., & Jiménez-Vázquez, D. (2022). Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes. *Revista revoluciones*, 4(10), 48-63.
- Soriano-Sánchez, J. G. (2022). Factores Psicológicos y consecuencias sobre el Síndrome Fear of Missing Out: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 17(1), 6978.
<https://doi.org/10.23923/rpye2022.01.217>
- Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. P., & Aguirre, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(54).
- Varela Macedo, M. (2006) Un estudio sobre depresión en Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación- e Avaliação Psicológica*, 9(22) 12- 15.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645446002.pdf>
- Vázquez, J., De Haro, A. (2018), Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Aten. Fam.* 2018; 25(2):59-64.

ZARE, M. R. P., & Rosario, M. (2018). *Funcionalidad familiar, estilos parentales y sintomatología depresiva en adolescentes de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chorrillos* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/847adb68-1de9-464b-8ef1-f002cc95ee8c/contents>